	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

## SOMMARIO

- 8. Misurazione, analisi e miglioramento**
- 8.1 Generalità**
- 8.2 Monitoraggi e misurazioni**
  - 8.2.1. Soddisfazione dell'utente**
  - 8.2.2. Audit Interni**
  - 8.2.3 Monitoraggio dei processi**
- 8.3 Tenuta sotto controllo del servizio non conforme**
- 8.4 Analisi dei dati**
- 8.5 Miglioramento**
  - 8.5.1. Miglioramento continuo**
  - 8.5.2. Azioni correttive**

### 8.1. Generalità

La Croce Bianca di Orbassano 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 dall'interno che da enti esterni.


### 8.2. Monitoraggio e misurazioni

#### 8.2.1. Soddisfazione dell'Utente

La Croce Bianca di Orbassano ha stabilito opportuni Questionari atti a raccogliere le informazioni relative alle percezioni dell'utilizzatore e/o dall'ente affidatario dei servizi su quanto la stessa Associazione abbia soddisfatto le aspettative dell'utilizzatore e/o affidatario, nonché la soddisfazione del personale interno: la raccolta dati debitamente elaborata sarà oggetto di eventuale miglioramento ed inserita nel riesame della direzione ed al piano di miglioramento.

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

**Questionari di valutazione:**

- **Soddisfazione del personale interno e della popolazione sul territorio via internet/sito.**
- **Soddisfazione dell'utente del servizio di trasporto – accompagnamento**

**8.2.2. Audit Interni**

La Croce Bianca di Orbassano ha definito procedure documentate per la pianificazione e l'esecuzione di Audit Interni, allo scopo di accertare se le attività attinenti la Qualità ed i relativi risultati sono in accordo con quanto pianificato nelle procedure, Istruzioni Operative del Sistema di gestione della Qualità e per 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 Azioni Correttive immediate, e mirate alle singole aree, costituiscono lo strumento fondamentale 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.

Generalmente gli Audit Interni sono effettuati dal Responsabile di gestione della Qualità.

Gli Audit Interni consistono in:


- Verifica della corretta attuazione del Sistema di gestione della Qualità: si accerta che l'Ente in oggetto utilizzi e applichi, in modo completo e corretto, le procedure e/o le Istruzioni Operative del Sistema di gestione della Qualità di propria competenza.
- Verifica dell'efficacia del sistema: si accerta che i risultati o le informazioni sul servizio rilevati all'interno dell'azienda e/o provenienti dal Utilizzatore del servizio evidenzino andamenti tendenti alla diminuzione degli insuccessi.

È previsto un "Piano Annuale di Audit interni". Inoltre possono essere effettuate verifiche straordinarie.

La programmazione annuale delle Verifiche Ispettive Interne 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. Le verifiche sono collegate tra loro in modo da individuare i punti chiave del Sistema di gestione della Qualità e seguirne l'evoluzione nel tempo.

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

Le verifiche ispettive straordinarie, sono effettuate generalmente per verificare l'attuazione e/o l'efficacia d'Azioni Correttive o Preventive oppure come conseguenza delle valutazioni emerse a seguito di verifiche da parte d'Enti terzi (Ente di Certificazione, Affidatari dei servizi etc.).

Per ogni area sono definiti i contenuti da sottoporre a verifica e i criteri d'oggettivazione dei risultati, utilizzando in particolare i vari indicatori previsti dalla procedura.

I risultati delle verifiche sono analizzati e valutati con tutti i Responsabili delle aree interessate, pianificando le eventuali Azioni Correttive o, in generale, di Miglioramento.

Sono verificate l'attuazione e l'efficacia delle eventuali Azioni Correttive.

E' conservata documentazione dei "Rapporti di Verifica Ispettive" e delle eventuali conseguenti azioni correttive e preventive.

### **Tecniche statistiche**

La Croce Bianca di Orbassano utilizza semplici tecniche statistiche per accertare l'idoneità dei processi e la gestione del Sistema Qualità.

La scelta di metodi statistici appropriati è effettuata tenendo conto sia dei risultati che si desidera raggiungere, sia delle risorse necessarie allo scopo, sia dei costi dei rilevamenti.

L'adozione di tecniche statistiche serve principalmente ad individuare l'andamento nel tempo e le linee di tendenza di caratteristiche qualitative, ricavati dal sistema PASS.

### **8.2.3. Monitoraggio dei processi**

Per la tipologia di attività della Croce Bianca di Orbassano il monitoraggio è relativo al solo aspetto di verifica che quanto pianificato sia rispettato alle tempistiche che al servizio reso.

### **8.3. Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi**


Il presente capitolo fornisce le modalità attraverso cui rilevare e gestire le non conformità sia di prodotto che di processo della Croce Bianca di Orbassano al fine di evitare che queste compromettano la qualità del servizio offerto e la soddisfazione dell'utilizzatore finale; a tale proposito è stata formalizzata la relativa procedura .

Le non conformità possono essere ricondotte a due tipologie:

- A carico dei fornitori e forniture speciali soggette a convenzioni
- Di processo/sistema.

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

Non conformità a carico dei fornitori e forniture speciali soggette a convenzione

Le non conformità a carico dei fornitori vengono prese in considerazione per la valutazione dei fornitori come prescritto nel capitolo 7 del presente manuale; la Croce Bianca di Orbassano può effettuare segnalazioni relative ad eventuali non conformità nel caso di forniture che non rispettano le specifiche o il contratto stipulato.

#### **Non conformità di processo/sistema**

Le non conformità di processo, interne alle diverse aree di attività, possono essere segnalate durante:

1. l'espletamento dell'attività di volontariato da parte dei volontari dell'Associazione.
2. l'esecuzione di Audit interni

in questo caso la formalizzazione avviene attraverso la relazione del Rapporto Audit.

3. In seguito a reclami da parte di utilizzatori finali, enti affidatari

Gli eventuali reclami da parte di utilizzatori finali e/o enti affidatari vengono registrati sul registro reclami, il Responsabile di gestione della Qualità valuta l'effettiva esistenza della non conformità ed all'occorrenza apre un'azione correttiva.

Chiunque rilevi una potenziale non conformità durante i processi di erogazione del servizio è tenuto a segnalarla al Responsabile di gestione della Qualità.

La valutazione della non conformità e l'attuazione del rimedio sono di pertinenza del Responsabile di funzione interessato.

Il Responsabile di gestione della Qualità deve monitorare le attività di gestione delle non conformità e provvedere alla registrazione ed archiviazione di tutta la documentazione relativa alla non conformità rilevata.

Il Responsabile di gestione della Qualità unitamente al Presidente ed ai Direttori Responsabili di funzione interessati, durante il riesame della direzione analizza le cause delle non conformità rilevate nel periodo relativo decidendo eventualmente l'attuazione di azioni correttive/preventive.

#### **8.4. Analisi dei dati**


L'analisi dei dati ha lo scopo di portare l'evidenza testimoniale del soddisfacimento o meno del servizio alle specifiche ed alle conformità con quanto stabilito dalle Leggi o dal contratto.

Le registrazioni rappresentano quindi quanto necessario per evidenziare:

- L'efficace applicazione del sistema di gestione della qualità
- La conformità dei servizi ai requisiti specificati
- Dati ricavati dal sistema PASS

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

La documentazione di registrazione della qualità risponde a due esigenze:

- Evidenziare il reale funzionamento del sistema di gestione della qualità
- Costituire una raccolta di documenti e dati che attestino il livello di qualità effettivamente raggiunto e consenta corrette decisioni.

I documenti di registrazione della qualità sono pertanto il risultato di un'osservazione o di una misura.

Alla documentazione di registrazione dei dati della qualità appartengono principalmente:

- Piani annuali della qualità
- Valutazione dei fornitori
- Rapporti di prove, controlli e collaudi (documentazione degli interventi fatti, schede di manutenzione mezzi)
- Rapporti di audit interni ed esterni
- Registro dei reclami
- Registro delle non conformità
- Raccolta delle azioni correttive
- Registrazioni addestramento del personale
- Verbali del riesame della direzione
- Schede personale dei volontari e dei dipendenti
- Verbali riunioni
- Contratti assicurativi

Le registrazioni sono in forma cartacea e/o memorizzate su supporto informatico.

Gli archivi di tali documenti o software vengono gestiti a seconda delle competenze, dal Responsabile di gestione della qualità e da ciascun Direttore Responsabile di funzione.

La durata di conservazione di tali documenti può dipendere da:


- Disposizioni legislative vigenti
- Accordi contrattuali con gli enti affidatari dei servizi.

E' responsabilità del Responsabile di gestione della qualità predisporre la modulistica, identificarla, archivarla ed aggiornarla eliminando prontamente le copie superate.

I documenti di registrazione della qualità sono indicati in un apposito elenco riepilogativo tenuto dal Responsabile di gestione della qualità.

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

## 8.5. Miglioramento

La Croce Bianca di Orbassano ha definito procedure documentate per prevenire, eliminare o ridurre le Non Conformità reali o potenziali, o altre situazioni indesiderabili, intervenendo in modo efficace sulle loro cause mediante Azioni Correttive.

Le Azioni Correttive hanno lo scopo di identificare le cause delle non conformità reali o potenziali, e pianificare provvedimenti correttivi atti ad eliminare o ridurre le cause. Quando, all'interno del Sistema di gestione della Qualità, si verifica una non conformità si provvede alla valutazione ed alla risoluzione della singola non conformità. E' quindi presa in esame, la possibilità di individuare ed eliminare la causa della non conformità al fine di prevenirne il ripetersi (Azione Correttiva su Non Conformità reali).

Periodicamente vengono prese in esame tutte le informazioni che fornisce il Sistema di gestione della Qualità al fine di individuare ed eliminare le cause di possibili non conformità (Azione Preventiva su Non Conformità potenziali).

Le azioni correttive intraprese per l'eliminazione delle cause delle non conformità reali o potenziali sono proporzionali all'entità del problema e/o rischi da esso derivanti.

Qualsiasi modifica apportata a documenti e/o procedure come conseguenza di un'azione correttiva è gestita in modo documentato.

### 8.5.2. Azioni Correttive

Le Azioni Correttive sono una conseguenza delle non conformità reali che non si chiudono con il solo trattamento della non conformità (Correzione). Le Azioni Correttive consistono nelle seguenti attività:

- Identificare le cause delle non conformità reali.
- Gestire i processi, servizi, parti di Sistema di gestione della Qualità su cui tali non conformità si sono manifestate (a seguito di Rapporto di Non Conformità, Reclamo dei Clienti, etc.).
- Pianificare provvedimenti correttivi in grado di eliminare o minimizzare le cause delle non conformità (definendo attività, risorse, responsabilità, tempistiche d'attuazione e modalità di verifica).
- Attuare i provvedimenti correttivi.
- Verificare l'efficacia dei provvedimenti correttivi.


L'Azione Correttiva può essere richiesta con opportuna modulistica dal Responsabile di gestione della Qualità o da qualsiasi Ente dell'Associazione in funzione di dove si è verificata la Non Conformità e della sua gravità.

Possano essere uniti alla richiesta, ad esempio, copia del:

- Rapporto di Non Conformità
- Reclamo dell'Utente
- Rapporto delle Verifiche Ispettive interne del Sistema di gestione della Qualità

Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015

Documento di proprietà dell'Associazione di volontariato Croce Bianca di Orbassano. E' vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

	<b>Manuale di gestione della Qualità</b>  <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b>	<b>Capitolo 8</b>
		<b>Edizione MQ 4</b>
		<b>Revisione 15/10/2018</b>

Il Responsabile di gestione della Qualità analizza le informazioni contenute nel modulo e nei relativi documenti allegati e valuta se attivare l'Azione Correttiva. Nel caso ritenga preferibile non attivare o rimandare nel tempo l'Azione Correttiva è in ogni caso tenuto ad inviare risposta scritta, a mezzo dello stesso modulo, al richiedente.

Le Azioni Correttive sono gestite da un Gruppo di Miglioramento composto, generalmente, da:

- Presidenza;
- Responsabile dell'ente interessato;
- Responsabile di gestione della Qualità

Generalmente il Responsabile della gestione dell'Azione Correttiva è il Responsabile di gestione della Qualità stesso.

Il Gruppo di Miglioramento si riunisce, analizza la non conformità denunciata e definisce i singoli provvedimenti per eliminarne o minimizzarne le cause, precisando, in particolare, risorse, responsabilità, tempistiche d'attuazione e modalità di verifica.

I relativi Responsabili attuano le Azioni Correttive secondo quanto pianificato.

Il Responsabile di gestione della Qualità coordina tale attuazione e tiene al corrente i vari Enti interessati dello stato d'avanzamento dell'Azione Correttiva.

Ad Azione Correttiva attuata se ne verifica l'efficacia. Generalmente tali verifiche sono effettuate dal Responsabile di gestione della Qualità mediante valutazione diretta documentata oppure tramite Verifica Ispettiva Interna. L'esito positivo della verifica consente la chiusura della richiesta di Azione Correttiva, ovvero l'archiviazione della modulistica.

Vengono tenute in considerazione le informazioni contenute nel documento “ Analisi dei Rischi/ Contesto Associativo”.