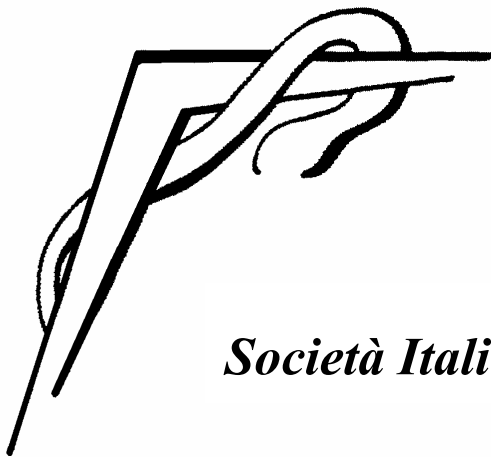
 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE


MANUALE DELLA QUALITÀ

MQ01

della
 “Società Italiana di Medicina Antroposofica”
 Via Privata Vasto, 4
 MILANO




Società Italiana di Medicina Antroposofica

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

INDICE

1	INFORMAZIONI GENERALI	3
1.1	NOTE INTRODUTTIVE A SIMA	3
1.2	NOTE INTRODUTTIVE AI PROCESSI DI SIMA	4
1.3	NOTE INTRODUTTIVE AL MANUALE	7
2	APPROVAZIONE E GESTIONE DEL MANUALE DELLA QUALITÀ	8
2.1	APPROVAZIONE	8
2.2	SCOPO e CAMPO di APPLICAZIONE	9
2.3	RESPONSABILITÀ	9
2.4	RIFERIMENTI	9
2.5	REGISTRAZIONI	9
2.6	DISTRIBUZIONE E CONTROLLO	9
2.7	REVISIONI	9
3	ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ.....	10
3.1	GENERALITÀ.....	10
3.2	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	10
3.3	ORGANIGRAMMA	12
4	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ.....	12
4.1	REQUISITI GENERALI	12
4.2	REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE	13
	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	15
5	RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE	16
5.1	IMPEGNO DELLA DIREZIONE	16
5.2	ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE	16
5.3	POLITICA PER LA QUALITÀ.....	16
5.4	PIANIFICAZIONE	18
5.5	RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE	19
5.6	RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE	19
	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	20
6	GESTIONE DELLE RISORSE	20
6.1	MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE	20
6.2	RISORSE UMANE	20
6.3	INFRASTRUTTURE.....	21
6.4	AMBIENTE DI LAVORO	22
	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	22
7	REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO.....	22
7.1	PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	22
7.2	PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE	22
7.3	PROGETTAZIONE E SVILUPPO	23
7.4	APPROVVIGIONAMENTO	23
7.5	PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI	24
	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	24
8	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	25
8.1	GENERALITÀ.....	25
8.2	MONITORAGGI E MISURAZIONI	25
8.3	TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI / SERVIZI NON CONFORMI	26
8.4	ANALISI DEI DATI	27
8.5	MIGLIORAMENTO	27
	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	27

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

1 INFORMAZIONI GENERALI

Questa sezione si compone di 3 parti:

- 1.1 - NOTE INTRODUTTIVE A SIMA
- 1.2 - NOTE INTRODUTTIVE AI PROCESSI SIMA
- 1.3 - NOTE INTRODUTTIVE AL MANUALE DELLA QUALITÀ

1.1 NOTE INTRODUTTIVE A SIMA

La società SIMA, costituita il 13 giugno 2005 in sostituzione della Associazione GMAI costituita il 20 marzo 1990, con sede a Milano, in via privata Vasto, 4, è una organizzazione apolitica, priva di fini di lucro, che aderisce alla Società Antroposofica in Italia e alla società Medica Internazionale per la Medicina Antroposofica con sede ad Arlesheim in Svizzera.

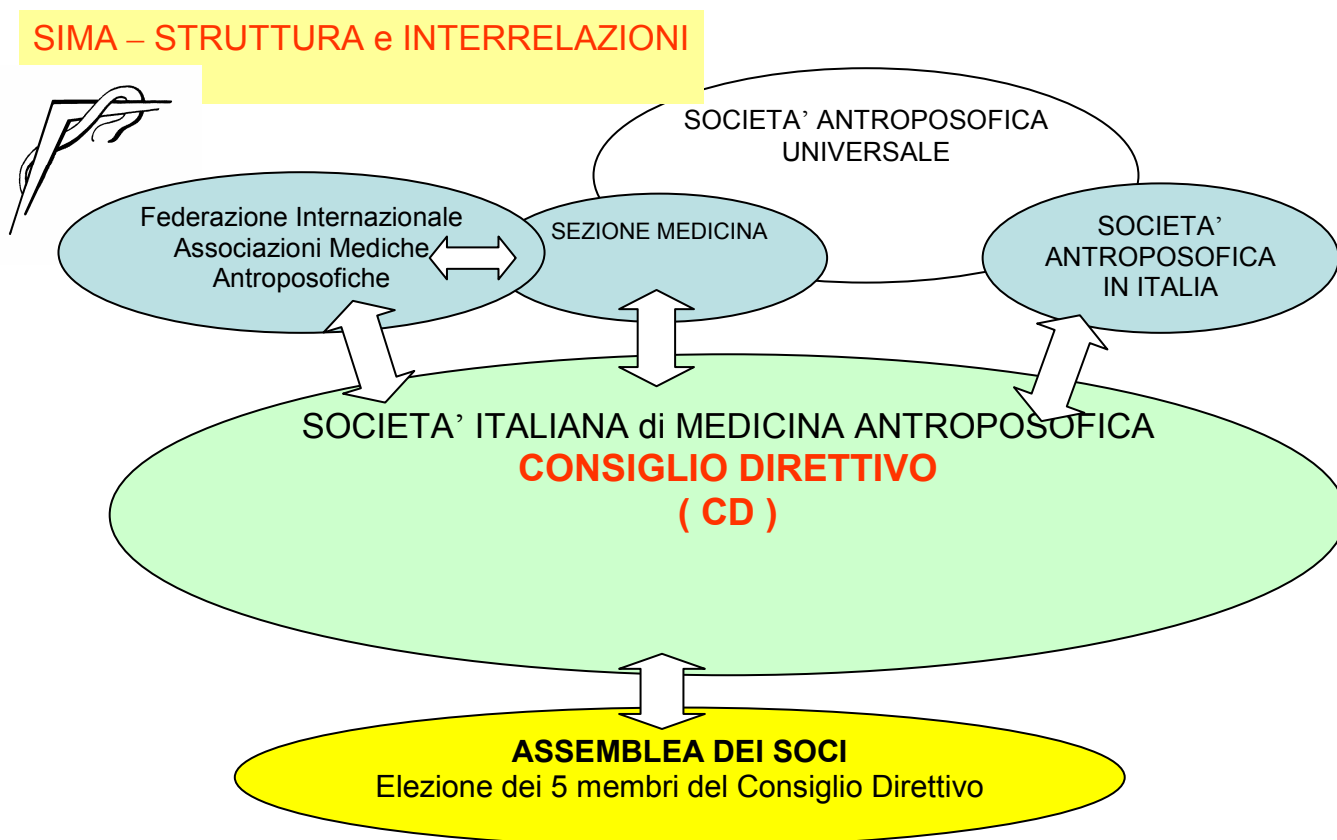
È operante verso la promozione, lo studio e la pratica della medicina antroposofica in Italia mediante l'organizzazione di corsi, convegni e altre attività rivolte all'informazione e formazione di categorie professionali (come medici, dentisti, veterinari, farmacisti, personale paramedico) e di studenti in medicina e in discipline ad essa affini. I clienti di SIMA sono identificati nei discenti.


SIMA possiede uno Statuto ed è costituita da soci distinti in:

- Ordinari: professionisti nel settore della medicina antroposofica
 - Sostenitori : enti, istituzioni, persone fisiche che sostengono gli scopi della società
- Sono considerati "soci" le persone fisiche, giuridiche e gli Enti la cui domanda di ammissione è accettata dal Consiglio Direttivo di SIMA e che hanno versato la quota associativa stabilita.

La società è amministrata dal Consiglio Direttivo (CD) composto da cinque membri eletti dall'Assemblea, per la durata di tre anni e rieleggibili negli anni successivi.

Le relazioni tra la società SIMA / assemblea dei soci con il mondo esterno antroposofico sono mostrate nella figura di seguito:



 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

1.2 NOTE INTRODUTTIVE AI PROCESSI DI SIMA

1.2.1 PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZIO

Come segnalato nelle note introduttive, il “servizio” risultante dal processo di attività è individuabile nell’evento formativo.

Il cliente del servizio “formativo” è configurabile nella figura del discente; nella realtà SIMA il discente può essere il socio di Sima come pure persona esterna.

L’evento formativo offerto può rientrare nella “formazione continua” o ECM (Educazione Continua in Medicina) regolata dal DLgs 502/1992 e integrato dal DLgs 229/1999.

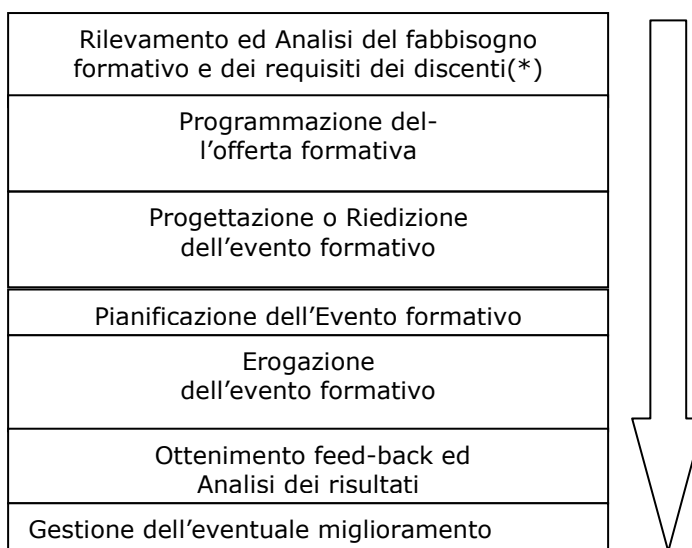
La “formazione continua” è l’insieme di aggiornamento professionale e formazione permanente, quest’ultima finalizzata al miglioramento delle competenze e dei comportamenti degli operatori sanitari.

Il programma ECM prevede che gli operatori della Sanità debbano accumulare annualmente un numero specificato di crediti formativi; i crediti vengono acquisiti mediante la partecipazione ad iniziative di formazione erogate da strutture che ottengono l’accreditamento dell’evento formativo dal Ministero della Salute.

Alla conclusione dell’evento formativo accreditato il partecipante ed il docente ottengono attestato di partecipazione al fine di raccogliere i crediti ECM previsti.

Il processo generale di gestione ed erogazione del servizio è schematizzato nel flusso a blocchi qui di seguito:


MACRO PROCESSO DI PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO



(*) L’ approccio attualmente utilizzato dalla società nell’ambito dell’erogazione dell’evento è quello di proporre ai richiedenti un’attività formativa sulla base di un programma già strutturato; non sono rilevabili in questa fase fabbisogni formativi o requisiti particolari da parte dei richiedenti.

TERMINOLOGIA SIMA	
ASSEMBLEA	Incontro annuale a regime statutario tenuto da SIMA con partecipazione dei soci della SIMA
CONVEGNO	Incontro con obiettivi di aggiornamento aperto a tutti i professionisti del settore tenuto da SIMA
CORSO	Evento formativo in genere triennale, che fornisce crediti formativi, costituito, ad esempio, da 4 incontri all’anno ciascuno di 1 settimana (in tre anni, 12 settimane) tenuto da SIMA
EVENTO FORMATIVO	Qualsiasi tipologia d’incontro che forma i partecipanti tenuto da SIMA
DISPENSE	Materiale dell’evento formativo distribuito ai partecipanti
SEMINARIO	Incontro di breve durata (da qualche ora a massimo 2 giorni) con obiettivi di aggiornamento aperto a tutti i professionisti del settore tenuto da SIMA o da altre organizzazioni
SOCI-DISCENTI	persone fisiche, giuridiche ed Enti la cui domanda di ammissione è accettata dal Consiglio Direttivo di SIMA, che hanno versato la quota associativa stabilita e che usufruiscono dei servizi erogati da SIMA
DISCENTI-NON SOCI	Persone che non fanno parte di SIMA, ma che usufruiscono dei servizi erogati da SIMA
SOCI ORDINARI	sono i medici chirurghi, i dentisti e i veterinari che si occupano di medicina antroposofica e che già fanno parte della Società Antroposofica in Italia
SOCI SOSTENITORI	sono gli Enti, le Istituzioni, le persone fisiche e giuridiche che contribuiscono alla realizzazione degli scopi della società

Nota: da questo punto in poi, il termine “discente/i” può essere sinonimo del termine “cliente/i” dell’organizzazione.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ
Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE
	Livello: Revisione 01 Data 01/09/2006

1.2.2 SISTEMA PROCESSI

SIMA adotta l'approccio di gestione del SGQ per processi.

I processi sono identificati e descritti tramite flussi procedurali o procedure che riportano le relative modalità attuative (vedi tabella "Modello del sistema Processi").


Nell'ambito della visione globale dei processi, SIMA ha identificato i processi chiave che monitora attraverso il controllo di indicatori di prestazione degli stessi come descritto in procedura **PO04 – Monitoraggio e Misurazione**.

Le prestazioni dei processi sono misurate e quindi comparate verso obiettivi stabiliti.

Ogni processo chiave è assegnato ad un responsabile dell'organizzazione.

MODELLO del SISTEMA PROCESSI				
TIPOLOGIA PROCESSI	PROCESSI / RESPONSABILI Nota 1	Punto di riferimento norma UNI EN ISO 9001:2000	Richiamo in allegato A "Certificazione di Qualità" del Ministero della Salute	Principali Documenti di riferimento
Processi di DIREZIONE (CD)	Definizione di Politiche, strategie, obiettivi/PRE	5.0	1	Manuale Qualità Politica della Qualità FP01 - Direzione
	Consiglio direttivo e Assemblea dei soci/PRE	5.5		FP01 - Direzione
Processi di PIANIFICAZIONE	Messa a disposizione delle risorse o Identificazione del "budget"/TES	6.1	2	FP04 - Pianificazione e gestione del budget
	Formazione dei docenti/SEG	6.2	6	PG05 – Risorse professionali
	Rilevamento ed Analisi dei fabbisogni formativi/CON	6.2	3	FP02 - Progettazione e sviluppo servizio
	Approvvigionamento/RAD	7.4		PO06 - Approvvigionamento
Processi per l'EROGAZIONE del servizio	Progettazione/RPRO: o Definizione dell'architettura degli eventi formativi o Pianificazione esecutiva per l'erogazione dell'evento formativo o Programmazione dei progetti formativi (progettazione) o Riesame e Validazione dei progetti esecutivi	7.3	4	FP02 - Progettazione e sviluppo servizio
	Erogazione/RPRO: o Definizione dei sistemi di erogazione; pianificazione dell'erogazione; controllo degli eventi formativi o Analisi dei risultati raggiunti	7.5	5	FP03 - Erogazione del servizio
Processi di VERIFICA e MIGLIORAMENTO	Monitoraggio e misurazione o Soddisfazione clienti/CON o Verifiche ispettive interne/RSGQ	8.2	4 e 5	PO05 - Gestione clienti
		8.2.1	8	PG02 - Verifiche
		8.2.2	7	Ispettive Interne
	Gestione Non Conformità/RSGQ	8.3		PG03 - Gestione Non Conformità e AC/AP
	Gestione Azioni Correttive e Preventive/RSGQ	8.5.2 8.5.3		PG03 - Gestione Non Conformità e AC/AP
	Riesame della Direzione/RSGQ	5.6	8	Manuale Qualità punto 5.6 FP01 - Direzione
Gestione della documentazione e delle registrazioni/RAD	4.2 4.2.4		7	PG01 - Gestione della documentazione e registrazioni


Nota 1: I processi in **grassetto** sono quelli considerati chiave.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

Le interazioni esistenti fra i processi sono stabilite nella matrice "Interazione dei Processi".

INTERAZIONE DEI PROCESSI (nota a)														
PROCESSI	Definizione di Politiche, strategie, obiettivi/PRE	Consiglio direttivo e Assemblea dei soci/PRE	Identificazione del "budget"/TES	Formazione dei docenti/SEG	Rilevamento ed Analisi dei fabbisogni formativi/CON	Approvvigionamento/RAD	Progettazione/ RPRO	Erogazione/ RPRO	Soddisfazione clienti/CON	Verifiche ispettive interne/RSGQ	Gestione Non Conformità/RSGQ	Gestione Azioni Correttive e Preventive/RSGQ	Riesame della Direzione/RSGQ	Gestione della documentazione e delle registrazioni/RAD
Definizione di Politiche, strategie, obiettivi/PRE	-	←	←							←			←	←
Consiglio direttivo e Assemblea dei soci/PRE		-	←							←				←
Identificazione del "budget"/TES	←	←	-	←		←				←				←
Formazione dei docenti/SEG			←	-	←					←				←
Rilevamento ed Analisi dei fabbisogni formativi/CON					-					←				←
Approvvigionamento/RAD						-				←				←
Progettazione/RPRO		←	←	←	←		-		←	←				←
Erogazione/RPRO			←			←	←	-		←				←
Soddisfazione clienti/CON	←	←						←	-	←				←
Verifiche ispettive interne/RSGQ	←	←	←	←	←	←	←	←	←	-		←	←	←
Gestione Non Conformità/RSGQ						←		←	←	←	-			←
Gestione Azioni Correttive e Preventive/RSGQ									←	←		-		←
Riesame della Direzione/RSGQ	←	←	←	←	←				←	←	←	←	-	←
Gestione della documentazione e delle registrazioni/RAD	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	-

Nota a: ← = input al processo a valle

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	<i>Emesso da:</i> RSGQ	<i>Approvato da :</i> PRE

1.3 NOTE INTRODUTTIVE AL MANUALE

1.3.1 GENERALITÀ

Il manuale è strutturato in aderenza ai capitoli della norma UNI EN ISO 9001:2000; le sezioni risultano essere 8 in totale così suddivise:

- le prime 3 sono sezioni di informazione riguardanti la SIMA e la gestione del manuale della qualità
- le rimanenti 5 sono le sezioni previste dalla norma di riferimento e le sezioni sono contraddistinte da lettere numeriche in linea con la numerazione della norma stessa

Tutte le pagine del manuale riportano in testa una tabella riportante le informazioni chiave del documento:

- titolo e numero (o codice) del documento
- responsabile emissione ed approvazione, livello e data di revisione

1.3.2 IDENTIFICAZIONE EDIZIONE IN VIGORE

L'edizione in vigore è identificata dal livello riportato nella casella "Revisione" presente nella tabella in testa di tutte le pagine del manuale; livello che corrisponde all'ultimo in ordine di sequenza riportato nella tabella "Matrice storica delle revisioni del MQ" ; riferirsi alla tabella di cui al punto 2.7

1.3.3 DATA DI EMISSIONE ED INIZIO VALIDITÀ

Salvo diversamente indicato, la validità del documento inizia dalla data di emissione.

1.3.4 IDENTIFICAZIONE DELLE PARTI MODIFICATE

L'identificazione delle parti modificate rispetto al livello precedente è attuata in linea con le modalità previste nella procedura **PG01-Gestione documenti e registrazioni** .


1.3.5 MODALITÀ DI REVISIONE E DI AGGIORNAMENTO

Il contenuto del manuale viene aggiornato e verificato dal responsabile del Servizio Qualità (RSGQ) con approvazione da parte del CD concretizzata con firma del PRE; riferirsi all'organigramma presente alla sezione 3 – Organizzazione e responsabilità.

Di norma il manuale viene rivisto su base annuale come minimo in corrispondenza con il riesame della Direzione; riferirsi alla sezione 5 - Responsabilità della Direzione.

1.3.6 EVIDENZA DELLA AVVENUTA APPROVAZIONE

Il PRE appone firma autografa nella pagina appositamente prevista nella sezione 2 - APPROVAZIONE in corrispondenza con il livello ultimo rilasciato ed in vigore.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE


1.3.7 ACRONIMI UTILIZZATI IN SIMA

tabella : Acronimi	
acronimo	descrizione
AC/AP	Azioni Correttive / Azioni Preventive
CD	Consiglio Direttivo
CON	Consigliere
ECM	Educazione Continua in Medicina
FP	Flussi procedurali
PO	Procedure Operative
ISO	International Standard Organization
NC	Non Conformità
MOD	Modulo
MQ	Manuale Qualità
MS	Ministero della salute
PG	Procedure gestionali del SGQ
PO	Procedure Operative
PRE	Presidente
REG	Registro
RAD	Responsabile Approvvigionamenti e Documentazione
RPRO	Responsabile di Progetto
RSGQ	Responsabile SGQ
SEG	Segretariato
SQ	Sistema Qualità
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
SIMA	Società Italiana di Medicina Antroposofica
TES	Tesoriere
UNI EN	Unificazione Norme Italiane Ente Nazionale
VII	Verifiche Ispettive Interne
VPRE	Vice Presidente

2 APPROVAZIONE E GESTIONE DEL MANUALE DELLA QUALITÀ

2.1 APPROVAZIONE

versione	RSGQ	PRE	Data
00	Firma su originale	Firma su originale	15/09/2004
01			01/09/2006

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

2.2 SCOPO e CAMPO di APPLICAZIONE

Questo manuale descrive il sistema di gestione per la qualità della società SIMA in linea con i requisiti della normativa UNI EN ISO 9001:2000; le attività di SIMA, per quanto riguarda l'erogazione di eventi formativi, sono limitate alla fornitura dei servizi riportati in 1.2

Il manuale copre i servizi espletati nella sede di SIMA situata in Milano, via privata Vasto, 4 ed i servizi effettuati da personale di SIMA stesso presso altre sedi.

Questo manuale rappresenta il primo rilascio ufficiale.

2.3 RESPONSABILITÀ

Il responsabile SGQ assicura il controllo ed il mantenimento di questo manuale.

Il manuale è verificato ed approvato dal CD, rappresentato dal PRE.

2.4 RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001 livello 2000
- UNI EN ISO 9004 livello 2000
- Procedura interna **PG01-Gestione documenti e registrazioni**

2.5 REGISTRAZIONI

Tutte le modifiche apportate al manuale sono registrate; i livelli precedenti vengono mantenuti in formato elettronico per il periodo stabilito nella procedura **PG01- Gestione documenti e registrazioni**.

Viene mantenuta traccia delle revisioni apportate e rilasciate tramite la tabella "Matrice storica delle revisioni" integrata in questo manuale al punto 2.7

Copia del documento ai livelli precedenti viene mantenuta in archivio elettronico in accordo a quanto previsto nella procedura **PG01**.

2.6 DISTRIBUZIONE E CONTROLLO

Copia cartacea, controllata ed a ultimo livello di questo manuale è resa disponibile all'interno di SIMA per consultazione da parte dei responsabili e da parte dei soci di SIMA.

Copia "elettronica" è disponibile nel Personal Computer SIMA ove risiedono tutti i livelli inclusi i precedenti a partire dal primo rilascio.


Copia non controllata può essere consegnata, su richiesta, a discenti, enti, organizzazioni; tali copie, opportunamente identificate, non sono soggette a controllo e revisione.

Le modalità dettagliate di approvazione, emissione e controllo di questo manuale sono descritte nella procedura gestionale **PG01- Gestione documentazione e registrazioni**.

2.7 REVISIONI

tabella : Matrice storica delle revisioni del MQ01			
Rev. nr.	Data	Sezioni modificate	Annotazioni
00	15/09/2004	tutte	prima emissione
01	01/09/2006	tutte	cambio da GMAI a SIMA

Nota: la data della revisione, salvo diversamente indicato, coincide con la data di emissione e di inizio validità

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	<i>Emesso da:</i> RSGQ	<i>Approvato da :</i> PRE

3 ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ

3.1 GENERALITÀ

SIMA dispone di un'organizzazione con ruoli identificati e responsabilità assegnate. In particolare esiste descrizione con reciproci rapporti per quelle responsabilità ed autorità che dirigono, eseguono e verificano le attività che hanno influenza sulla qualità.

Scopo di questa sezione è quello di descrivere l'organizzazione di SIMA nonché le funzioni e le responsabilità assegnate ai diversi livelli della struttura organizzativa.

La struttura organizzativa è riflessa nell'organigramma di cui al punto 3.3 di questa sezione.

Il Presidente PRE assicura l'attuazione ed il mantenimento della struttura organizzativa e delle relative responsabilità funzionali.

3.2 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'organizzazione non è strutturata in modo gerarchico, come si osserva nell'organigramma di cui al punto 3.3; il Consiglio Direttivo CD è l'organo esecutivo della società ed è composto da 5 membri, con ruoli assegnati, nominati dall'assemblea soci.

3.2.1 Responsabilità

Presidente (PRE)

- Convoca il Consiglio Direttivo ogniqualvolta ritenuto necessario
- Conduce il Consiglio Direttivo
- Controlla la tenuta della contabilità e dei registri obbligatori
- Assegna delega di responsabilità per quanto riguarda il SGQ
- Mantiene le Pubbliche relazioni con l'esterno

Responsabile Sistema Gestione Qualità (RSGQ)


- Agisce quale rappresentante della Direzione nel sistema di gestione per la qualità, assistendo la Direzione e l'organizzazione nell'attuazione del SGQ in linea con le prescrizioni della norma di riferimento ed assicurando l'aderenza al contratto ed al regolamento IMQ/CSQ
- Prepara ed esegue il programma di verifiche ispettive interne
- Attua formazione all'interno della società relativamente ai temi di qualità
- Analizza i risultati di prestazione dei processi

Responsabile Approvvigionamento e Gestione Documentazione (RAD)

- Controllo, distribuzione e mantenimento dei documenti procedurali attinenti il sistema di gestione per la qualità
- Gestione degli Archivi della documentazione del SGQ (cartaceo e elettronico)
- Gestione dell'Archivio relativo alle RegISTRAZIONI della qualità
- Assistenza di segretariato
- Ricevimento e consegna della corrispondenza ricevuta via posta, fax ed e-mail
- Raccolta risultati di prestazione e indicatori di processo (obiettivi di qualità)
- Approvvigionamenti
 - selezione, valutazione e classificazione dei fornitori
 - gestione degli ordini di acquisto (approva ordini, su delega, per materiale di cancelleria entro cifra definita dal Segretario)
 - verifica dei materiali al ricevimento

Vice Presidente (VPRE)

- Conduce il Consiglio Direttivo in assenza del Presidente
- Collabora e assiste al mantenimento delle Pubbliche relazioni con l'esterno

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	<i>Emesso da:</i> RSGQ	<i>Approvato da :</i> PRE

Responsabile progetto (RPRO)

- Opera su incarico del CD nell'ambito del progetto assegnato garantendo la programmazione dello stesso e relazionando lo stato delle attività al CD
- Opera nell'ambito della erogazione dell'evento formativo assegnato garantendo l'effettuazione dello stesso e relazionando i risultati al CD

Segretario (SEG)

- Responsabile degli Uffici della società
- Rappresentante della Direzione
- Controllo della tenuta della contabilità e dei registri obbligatori
- Provvede alla esecuzione delle direttive impartite dal CD e dal Presidente
- Provvede all'articolazione della struttura operativa della società
- Assicura la manutenzione delle infrastrutture
- Relazioni con personale di segreteria

Tesoriere (TES)


- Responsabile del servizio di tesoreria
- Provvede ad effettuare gli incassi ed i pagamenti
- Relazioni con commercialista esterno incaricato
- Preparazione e Analisi preventiva del budget e del programma di spesa
- Rapporti con il Revisore dei conti

Consigliere (CON)

- Responsabile della comunicazione
- Responsabile percezione e soddisfazione dei discenti
- Responsabile nella determinazione dei requisiti del Servizio (fabbisogni formativi)
- Gestione rapporti con discenti

Consiglio Direttivo (CD) composto da: PRE, VPRE, TES, SEG, CON

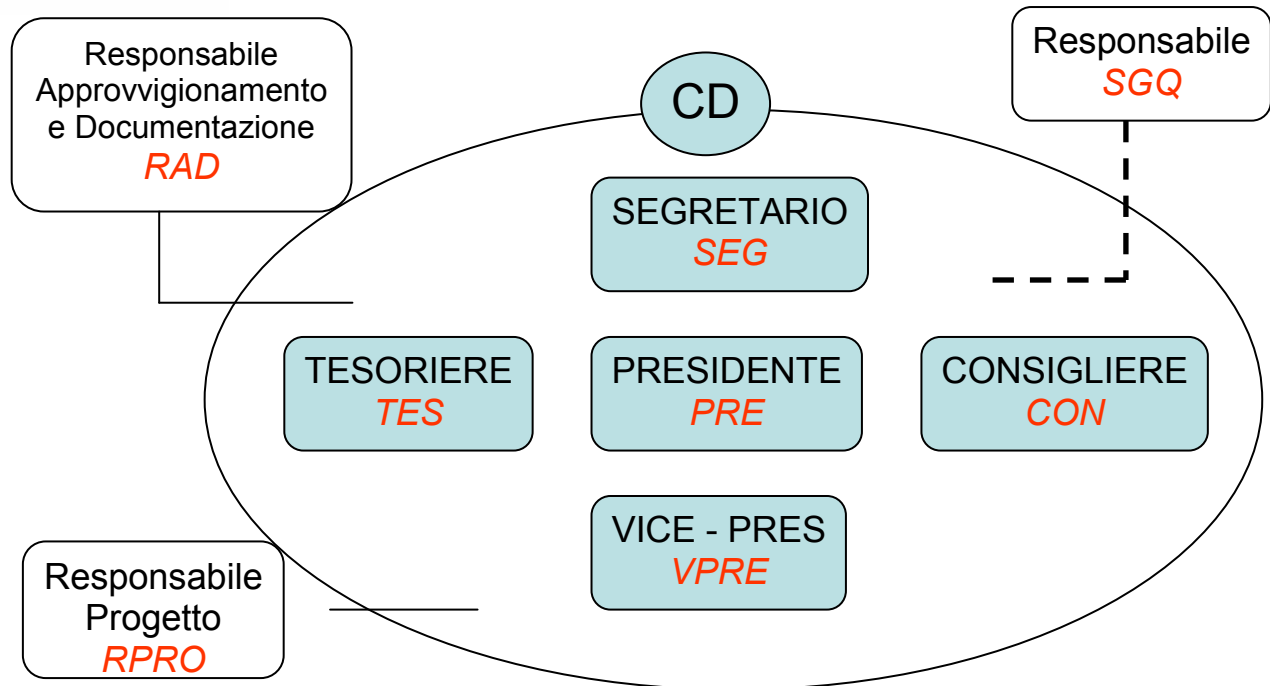
- Definizione della strategia della società
- Definizione della Politica della Qualità
- Individuazione e nomina dei responsabili di progetto
- Definizione dell'organizzazione e assegnazione delle responsabilità
- Definizione di esigenze di formazione/addestramento
- Definizione di investimenti e/o risorse necessarie
- Approvazione del Budget e del programma di spesa
- Controllo della gestione delle spese
- Validazione dei risultati di prestazione (indicatori di processo ed obiettivi)
- Definisce e dispone l'implementazione del miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità attraverso:
 - definizione ed elaborazione della politica riguardante la qualità
 - definizione ed assegnazione degli obiettivi di qualità
 - individuazione ed assegnazione delle risorse adeguate ad attuare la politica aziendale della qualità
 - conduzione dei riesami della Direzione sul SGQ aziendale

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ
Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE
	Livello: Revisione 01 Data 01/09/2006

3.3 ORGANIGRAMMA



SOCIETA' ITALIANA di MEDICINA ANTROPOSOFICA CONSIGLIO DIRETTIVO



4 SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

4.1 REQUISITI GENERALI

Scopo di questa sezione è descrivere le attività e responsabilità per l'applicazione, il mantenimento e l'evoluzione del SGQ di SIMA; sistema costituito dall'insieme della società, delle responsabilità, delle metodologie, delle procedure, delle competenze e delle risorse messe in atto per garantire che i processi utilizzati ed i servizi erogati rispondano al requisito di soddisfazione del cliente.

4.1.1 STRUTTURA DEL SISTEMA

Il sistema di gestione per la qualità è strutturato in conformità alle norme UNI EN ISO 9001:2000 e ISO 9004:2000, ed è descritto in questo manuale che costituisce il principale documento di riferimento per la certificazione ISO 9001 di SIMA.


4.1.2 GESTIONE E VERIFICA DEI PROCESSI

Come anticipato in sezione 1.2, SIMA ha identificato una serie di processi che, oltre al processo base di erogazione del servizio, sono necessari per il sistema di gestione per la qualità.

Tali processi sono descritti in documenti dedicati oppure nello stesso Manuale della Qualità; I processi considerati chiave sono mappati e descritti tramite procedure codificate onde stabilirne la sequenza delle operazioni al loro interno così come le interazioni tra loro.

La procedura **PO04 – Monitoraggio e Misurazione** definisce:

- Criteri, metodi, risorse, informazioni e responsabilità necessari per assicurare e supportare l'efficace funzionamento e controllo dei processi
- Metodi per la misurazione ed il monitoraggio dei processi e l'analisi dei risultati
- Modalità per attuare le azioni necessarie per conseguire i risultati attesi ed il miglioramento continuo

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

4.2.1 GENERALITÀ

La procedura **PG01 - Gestione documentazione e registrazioni** classifica e regola la documentazione emessa ed utilizzata in SIMA, descrive le modalità di emissione, aggiornamento e diffusione, archiviazione e conservazione, in conformità ai requisiti UNI EN ISO 9001 ed in base alle esigenze di SIMA.

Nell'ambito della documentazione del sistema di gestione per la qualità in SIMA sono stati predisposti i seguenti documenti:

- Dichiarazione sulla politica della qualità rilasciata dal CD
- Obiettivi per la qualità rilasciati dal CD
- Manuale della qualità MQ01
- Procedure gestionali PG.. in linea con la normativa corrente
- Procedure Operative PO..
- Flussi procedurali FP..
- Modulistica per raccolta dati MOD..
- Registrazioni; vedi 4.2.4


4.2.2 MANUALE DELLA QUALITÀ

Le modalità relative alla gestione del presente manuale sono fornite nella sezione 1.3 "Note introduttive".

Le procedure documentate predisposte per il sistema di gestione per la qualità sono sommarizzate nella tabella che segue; nelle sezioni "documenti di riferimento" di questo manuale sono richiamate di volta in volta le procedure applicabili al capitolo trattato.

Tabella : Procedure del Sistema di Gestione per la Qualità (PG.. , FP.. e PO..)	
<i>titolo</i>	<i>numero documento</i>
Gestione della documentazione e delle registrazioni	PG01
Verifiche Ispettive Interne	PG02
Gestione Non Conformità – AC/AP	PG03
Gestione risorse Professionali	PG05
Processo Direzionale	FP01
Progettazione e sviluppo	FP02
Erogazione del servizio	FP03
Pianificazione e gestione del "budget"	FP04
Norme per la certificazione del medico antroposofico	PO01
Formazione post-laurea	PO02
Criteri di accreditamento terapisti	PO03
Monitoraggio e misurazioni	PO04
Gestione cliente	PO05
Approvvigionamento	PO06
Criteri di selezione dei docenti	PO07
Requisiti evento formativo	PO08

Le interazioni tra i processi del SGQ sono illustrate nella matrice al punto 1.2.2

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

4.2.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI

La procedura **PG01 - Gestione documentazione e registrazioni** definisce:

- la struttura gerarchica della documentazione SIMA

tabella : STRUTTURA GERARCHICA della DOCUMENTAZIONE		
<i>livello</i>	<i>tipologia</i>	<i>descrizione</i>
I	manuali	<ul style="list-style-type: none"> • manuale della qualità (MQ)
II	procedure gestionali e flussi di processo	<ul style="list-style-type: none"> • procedure del sistema qualità (PG) • flussi procedurali (FP)
III	documenti di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • procedure operative (PO) • modulistica raccolta dati (MOD) • registri • lettere • "data-base" su PC
IV	documenti di provenienza esterna (non emessi internamente)	<ul style="list-style-type: none"> • norme • leggi


- la codifica e numerazione
- le modalità per:
 - approvare i documenti, circa l'adeguatezza, prima della loro emissione
 - riesaminare, aggiornare e riapprovare gli stessi
 - assicurare che le modifiche vengano identificate così come lo stato di revisione corrente
 - assicurare che le pertinenti versioni siano disponibili sui luoghi di utilizzo
 - assicurare che i documenti siano leggibili e identificabili
 - assicurare che i documenti di origine esterna siano identificati e controllati nella loro distribuzione
 - prevenire l'uso involontario di versioni superate

I dati di processo sono rilasciati e controllati dal loro proprietario che è responsabile della loro gestione in termini di rilascio, aggiornamento, distribuzione, modifica, archiviazione e conservazione.

4.2.4 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI

La procedura **PG01 - Gestione documentazione e registrazioni** definisce le modalità per:

- identificazione delle registrazioni
- loro archiviazione
- loro protezione
- loro reperibilità
- definizione della durata di conservazione
- loro eliminazione


 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

Di seguito la tabella riportante le registrazioni della qualità

TABELLA : REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ		
Riferimento: sezione UNI EN ISO 9001:2000	Riferimento: Documento di SGQ	Registrazioni
4.2 – Requisiti relativi alla documentazione	PG01	<ul style="list-style-type: none"> • Lista documenti
5.5.3 – Comunicazione interna	Manuale qualità sezione 5.5.3	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione interna – MOD24
5.6 – Riesame da parte della Direzione	Manuale qualità sezione 5.6	<ul style="list-style-type: none"> • Riesame del Sistema di gestione per la qualità – MOD37
6.2.2 – Competenze ed addestramento	PG05	<ul style="list-style-type: none"> • addestramento nuovo inserimento – MOD32 • registrazione competenze e curricula - MOD33 • registrazione formazione e addestramento – MOD34 • piano formazione/addestramento del personale – MOD31
7.2 – Requisiti relativi al servizio	FP02	<ul style="list-style-type: none"> • questionario indagine fabbisogni formativi - MOD22
7.3 – Progettazione e Sviluppo	FP02	<ul style="list-style-type: none"> • scheda di identificazione di progetto – MOD05 • Pianificazione di progetto – MOD06 • Monitoraggio di progetto/attività – MOD07
7.4 - Approvvigionamento	PO06	<ul style="list-style-type: none"> • Lista fornitori approvati • Rapporto valutazione fornitore – MOD29 • Questionario valutazione e classificazione fornitore – MOD30 • Richiesta di offerta – MOD25 • Ordine di acquisto – MOD26 • Acquisto presso ufficio postale – MOD27 • Verifica prodotti approvvigionati – MOD28
7.5 – Produzione ed erogazione del servizio	FP03	<ul style="list-style-type: none"> • Test finale evento formativo – MOD08 • Questionari di fine corso – MOD16 e MOD17 MOD40 e MOD41 • Riesame richieste cliente – MOD43 • Attestati di partecipazione agli eventi formativi • Monitoraggio di progetto/attività – MOD07 • Pagina web MS • Resoconto evento a MS
8.2 – Monitoraggio e misurazioni	PO04	<ul style="list-style-type: none"> • Questionario Soddisfazione cliente – MOD15
8.2 – Verifiche ispettive interne	PG02	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale di Verifica Ispettiva Interna – MOD38
8.3 – Controllo dei prodotti/servizi non conformi	PG03	<ul style="list-style-type: none"> • Pratica Non Conformità – MOD35
8.5 – Azioni correttive e preventive		

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Titolo documento	Numero documento
Procedura "Formazione post-laurea"	PO02
Procedura "Gestione dei documenti e delle registrazioni"	PG01
Modello dei processi per il SGQ	-
Procedura Operativa "Monitoraggio e Misurazioni"	PO04
Ruoli e responsabilità	-
Organigramma	-

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

5 RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE

La politica per la qualità e gli obiettivi per la qualità sono stabiliti e formulati dal Consiglio Direttivo.

La politica per la qualità è spiegata ai nuovi assunti durante la fase di addestramento ed ai dipendenti in essere; i contenuti della politica per la qualità sono a disposizione presso la sede societaria situata in Via Vasto, 4 a Milano.

Gli obiettivi per la qualità sono stabiliti su base annuale in sede di riesame della Direzione e sono definiti in base all'analisi dei risultati e alla Politica per la qualità.

È impegno di SIMA ottenere risorse adeguate per assicurare il conseguimento degli obiettivi qualitativi ed il rispetto dei requisiti del SGQ.

Il Consiglio Direttivo ha la responsabilità di assicurare l'identificazione di risorse adeguate per condurre le attività che influenzano la qualità e di assegnare personale addestrato per tali attività.

Il riesame viene condotto almeno una volta all'anno in sede di CD a cura del RSGQ.

Scopo del riesame è quello di valutare l'aderenza del sistema alla Politica della Qualità con la finalità di ricercarne il continuo miglioramento.

5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

Come enunciato nella "Politica della qualità":

"La politica è quella di soddisfare i reali bisogni dei discenti e, quindi, di incontrare e superare le aspettative degli stessi con soluzioni di servizio complete, affidabili e competitive."

Questa politica è perseguita dal SIMA nei seguenti modi:


- Offerta di eventi formativi sulle tematiche della medicina antroposofica che incontrino le richieste dei clienti
- Gestione del processo di comunicazione con il cliente
- Gestione segnalazione dal cliente con modalità e responsabilità procedurizzate che portano a fornire una risposta in tempi prefissati ed una soluzione al cliente.
- Ottenimento di informazioni di ritorno dal cliente per misurare il livello di soddisfazione dello stesso, intervenire nelle aree critiche onde accrescerne la soddisfazione.

5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ

La politica per la qualità è stabilita dal Consiglio Direttivo di SIMA e viene riesaminata in sede di riesame della Direzione.

La politica per la qualità è spiegata ai nuovi assunti durante la fase di addestramento ed ai dipendenti in essere.

La politica per la qualità è l'espressione del CD di SIMA e delle proprie scelte strategiche per garantire un servizio di qualità rispondente alle esigenze del segmento formativo-informativo in cui SIMA opera.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

“Società Italiana di Medicina Antroposofica”

POLITICA per la QUALITÀ


È impegno prioritario del Gruppo Medico Antroposofico Italiano:

- a) promuovere e coltivare lo studio e la pratica della medicina antroposofica in Italia mediante l'organizzazione di corsi, convegni e di altre attività rivolte all'informazione e alla formazione delle categorie professionali interessate (medici, dentisti, veterinari, farmacisti, personale paramedico) nonché degli studenti di medicina e di discipline ad essa affini;*
- b) promuovere la ricerca farmacologia sulla base della scienza dello spirito antroposofica; promuovere lo studio e la pratica di terapia proprie della medicina antroposofica nonché la formazione del personale qualificato*
- c) favorire la conoscenza e tutelare l'immagine della medicina antroposofica nei confronti dell'opinione pubblica, anche mediante l'organizzazione di congressi o analoghe iniziative e la stampa di pubblicazioni a carattere divulgativo;*
- d) sollecitare e consigliare le Istituzioni affinché attuino a favore della medicina antroposofica gli opportuni provvedimenti giuridico-amministrativi;*
- e) garantire le Istituzioni sulla qualificazione professionale dei propri iscritti e di coloro che svolgono attività professionale in senso medico-antroposofico, a salvaguardia del patrimonio culturale e professionale di base e negli interessi superiori dei cittadini che ricorrono alle cure dei Soci;*
- f) agire in armonia con la Sezione di Medicina della Libera Università di Scienza dello Spirito presso il Goetheanum di Dornach (Svizzera);*
- g) coordinare la propria attività con quella di altre associazioni medico-scientifiche e con le associazioni dei medici antroposofi di altri paesi quali quelle riunite nella società Medica Internazionale per la medicina Antroposofica;*
- h) assumere quindi la rappresentanza dei medici antroposofi italiani a tutti gli effetti presso le Autorità e le Istituzioni nazionali e internazionali nei confronti delle quali i medici antroposofi potranno avere rapporti o interessi.*

La politica è quella di soddisfare i reali bisogni dei discenti e, quindi, di incontrare e superare le aspettative degli stessi con soluzioni di servizio complete, affidabili e competitive.

Per supportare la crescita della società e il miglioramento dei servizi offerti, il Gruppo Medico Antroposofico Italiano persegue le iniziative di Sistema di Gestione per la Qualità attraverso l'utilizzo della norma di riferimento Internazionale UNI EN ISO 9001:2000

Il miglioramento del servizio è responsabilità di ciascun socio di SIMA; l'impegno personale di ciascuno permetterà alla società di conseguire un crescente successo attraverso il raggiungimento delle richieste ed aspettative dei discenti.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	<i>Emesso da:</i> RSGQ	<i>Approvato da :</i> PRE

5.4 PIANIFICAZIONE

5.4.1 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ

Coerentemente con la politica per la qualità e con l'approccio per processi, gli obiettivi sono finalizzati al servizio del cliente ed al suo soddisfacimento e sono comunicati a tutto il personale all'interno della società.

In linea con l'obiettivo strategico, SIMA stabilisce e pubblica gli obiettivi per la qualità su base annuale in coincidenza con il riesame della Direzione.

- Obiettivi del Gruppo Medico Antroposofico Italiano, per quanto riguarda l'erogazione di eventi formativi:
 1. Implementare, certificare e mantenere il proprio SGQ in accordo alla norma UNI EN ISO 9001:2000;
 2. Rispettare tutte le leggi e normative di riferimento inerenti i corsi ECM;
 3. Assicurare una buona pratica professionale e comportamento coerente;
 4. Promuovere la crescita professionale e la motivazione dei propri collaboratori;
 5. Assicurare la continua formazione dei docenti;
 6. Assicurare la disponibilità delle risorse necessarie;
 7. Erogare il servizio in ambiente adeguato secondo le normative vigenti;
 8. Garantire il segreto professionale e la corretta gestione dei dati personali riguardanti i discenti;
 9. Accrescere la soddisfazione del cliente.

Per il raggiungimento degli obiettivi, SIMA utilizza un metodo di gestione della Qualità che passa attraverso un SGQ conforme al modello UNI EN ISO 9001:2000.

- Obiettivi di processo/servizio:

Gli obiettivi sono determinati su base annuale in sede di riesame della Direzione e sono essenzialmente legati alle prestazioni dei processi.

Ogni obiettivo è articolato nel seguente modo:

- titolo e spiegazione dell'obiettivo
- metodo di misurazione
- obiettivo numerico
- metodologia di raccolta dati e monitoraggio dei risultati
- responsabilità


5.4.2 PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Ad inizio anno viene approntato un piano riportante le principali attività da condurre relativamente al SGQ con relative scadenze in modo da ottemperare ai requisiti espressi in sezione 4.1

I momenti principali inerenti la pianificazione del SGQ sono:

- Riesame della Direzione
- Conduzione delle verifiche ispettive interne

In presenza di necessità di apportate modifiche di una certa entità al sistema, viene convocata la riunione di riesame della Direzione onde garantire l'integrità del sistema stesso.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE

5.5.1 RESPONSABILITÀ ED AUTORITÀ

Le responsabilità e le interrelazioni dei responsabili SIMA sono riportate al punto 3.2 e al punto 3.3 nell'organigramma.

In particolare le responsabilità e l'autorità relative al personale che dirige, esegue e verifica le attività che influenzano la qualità sono di seguito sommarizzate e rappresentate in forma matriciale:

MATRICE ATTIVITÀ / RESPONSABILITÀ								
ATTIVITÀ	CD	RPRO	RSQ	PRE / VPRE	TES	CON	SEG	RAD
Politica della Qualità	D		C					
Obiettivi della Qualità	D		C		R	R	R	
Riesame del SGQ	D		C	R				
Definizione e gestione risorse	D			C	R			
Addestramento e Formazione	D		R	R				
Gestione Fornitori	D							R
Gestione Clienti	D			C		R		
Gestione Processi	D	R	C	R	R	R		R
Gestione Non Conformità e AC/AP		C	R	C	C	C	C	C
Gestione Documentazione	D	C		R	C	C	C	R
Progettazione	D	R		C	C			
Erogazione	D	R		C	C			C
Sicurezza	D			R				
Approvvigionamento				D				R
Verifiche Ispettive Interne	C	C	R	C	C	C	C	C

Legenda:
 D = responsabilità Direttiva
 R = responsabilità Esecutiva
 C = Collabora

5.5.2 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE

Il responsabile del Servizio Gestione della Qualità è designato quale rappresentante del Consiglio Direttivo nella gestione del SGQ in accordo alla norma UNI EN ISO 9001:2000.

Il rappresentante della Direzione ha la responsabilità di assistere SIMA per gli aspetti chiave del SGQ e di preparare e condurre le verifiche ispettive interne.

5.5.3 COMUNICAZIONE INTERNA

La società ha predisposto strumenti deputati a essere utilizzati come principali mezzi di comunicazione quali:

- o sito web,
- o assemblea soci
- o convegni
- o notiziari
- o pubblicazioni
- o lettere
- o circolari

La comunicazione di tipo ordinaria all'interno dell'organizzazione avviene tramite l'utilizzo di modulistica dedicata oppure via e-mail.

Comunicazioni riguardanti l'efficacia del sistema di gestione per la qualità avvengono in sede di:


- o riesame della Direzione con relativa pubblicazione
- o analisi dei risultati delle verifiche ispettive interne con relativa pubblicazione.

5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

5.6.1 GENERALITÀ

L'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità sono verificate almeno una volta all'anno in sede di riesame della Direzione al quale partecipano tutti i membri del CD.

I contenuti del riesame vengono riportati in verbale di minuta di riunione e sono conservati in accordo al punto 4.2.4

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	<i>Emesso da:</i> RSGQ	<i>Approvato da :</i> PRE

5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

La revisione annuale viene effettuata analizzando le informazioni provenienti dalle seguenti fonti:

- risultati delle informazioni ricevute di ritorno dai discenti;
- requisiti cogenti attinenti la legislazione sanitaria e quelli relativi all'attività di formazione
- rapporti delle visite di sorveglianza condotte da enti esterni;
- rapporti delle verifiche ispettive interne;
- prestazioni dei processi e risultati degli obiettivi per la qualità;
- analisi delle azioni da precedenti riesami;
- stato delle azioni correttive e preventive;

5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

Il documento MOD37 - Verbale Riesame Direzione - compilato a conclusione della riunione di riesame comprende le decisioni e le azioni relative a:

- miglioramento del sistema di gestione per la qualità e dei suoi processi
- miglioramento del servizio in relazione ai requisiti del cliente-socio
- bisogni di risorse

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

<i>Titolo documento</i>	<i>Numero documento</i>
Flusso procedurale "Processo Direzionale"	FP01
Verbale di riesame della Direzione	MOD37 (compilato)
Comunicazione interna	MOD24 (compilato)
Politica per la qualità	-
Obiettivi per la qualità	Emissione annuale
Pianificazione SGQ	Emissione annuale

6 GESTIONE DELLE RISORSE

6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

SIMA individua e rende disponibili le risorse necessarie per attuare il sistema di gestione per la qualità ed accrescere la soddisfazione dei discenti.

È impegno di SIMA ottenere risorse adeguate per assicurare il conseguimento degli obiettivi qualitativi ed il rispetto dei requisiti del SGQ.

Il CD ha la responsabilità di assicurare l'identificazione di risorse adeguate per condurre le attività che influenzano la qualità e di assegnare personale addestrato per tali attività.

Le risorse necessarie per attuare il SGQ e soddisfare le richieste del discente, sono:

- umane
- infrastrutturali
- economiche

La gestione delle risorse economiche è essenzialmente effettuata tramite la pianificazione delle entrate e delle spese previste (pianificazione budget) ed il controllo delle spese sostenute verso quelle pianificate. Modalità e responsabilità di questo processo vengono trattate nella procedura FP04.

6.2 RISORSE UMANE


6.2.1 GENERALITÀ

La procedura **PG05 – Gestione risorse professionali** descrive metodi e responsabilità attinenti l'individuazione e la messa a disposizione delle risorse professionali necessarie per attuare il sistema di gestione per la qualità ed il suo miglioramento; in particolare:

- Ruoli organizzativi

I responsabili dell'organizzazione sono selezionati ed eletti dall'assemblea soci come previsto nello statuto, essi possiedono ampia esperienza nello svolgimento delle attività e responsabilità connesse con il ruolo ricoperto e possiedono adeguato titolo di studio ed esperienza per operare nell'ambito della società antroposofica a livello nazionale.

Il responsabile di progetto viene selezionato dal CD in base alle competenze rilevate dal curriculum vitae.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

o Docenti

I docenti sono selezionati in base a criteri definiti in procedura PO07 e possiedono ampia esperienza di attività medica, formativa ed informativa e abilità nell'operare; entrambi le condizioni sono state maturate e sono state conseguite nel corso di anni di attività nel campo medico e nel campo dell'erogazione formativa (procedure PO01; PO02; PO03). Il grado di istruzione dei docenti, supportato da pertinenti titoli di studio, è adeguato per i compiti da svolgere.

La procedura PG05 prevede inoltre l'approccio da seguire nel caso in cui nuove risorse umane dovessero entrare a far parte dell'organico (vedi punto successivo 6.2.2.1).

6.2.2 COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO

Sono descritti gli approcci relativamente a nuovi collaboratori (6.2.2.1) ed ai collaboratori già operanti in SIMA (6.2.2.2):

6.2.2.1 Addestramento per i nuovi collaboratori

Il piano viene stabilito caso per caso in base ai contenuti dell'attività che si andrà a far eseguire; in linea di massima l'addestramento viene impostato su due fasi (TEORIA e PRATICA) per il rilascio della qualifica ad operare:

o Fase "TEORIA"

- Colloquio con la Presidenza
- Informativa sulla Associazione
- Informazioni sulle attività della società
- Illustrazione del manuale della qualità e degli obiettivi per la qualità
- Spiegazione della politica della qualità

o Fase "PRATICA"

Affiancamento a personale esperto già operante nella società per un periodo di tempo variabile in base alla mansione/attività.

A conclusione di questo periodo di affiancamento, alla persona vengono affidati i compiti che deve svolgere in autonomia avendo come punto di riferimento e di supporto il personale esperto individuato dal PRE.

6.2.2.2 Addestramento del personale che opera in attività aventi influenza sulla qualità.

Per il personale operante da tempo nelle funzioni/servizi è disponibile un attestato comprovante l'abilitazione a condurre le relative attività (modulo MOD33).

Eventuali necessità di addestramento specifico sono valutate e stabilite dal CD e riflesse nel modulo MOD33 che viene conservato secondo quanto stabilito in punto 4.2.4

6.2.2.3 Pianificazione addestramento e formazione del personale.

La pianificazione delle attività di addestramento e formazione sono riportate, tendenzialmente su base annuale, su modulo MOD31.

Le attività di addestramento e formazione effettuate sono registrate su modulo MOD34.

6.3 INFRASTRUTTURE

SIMA definisce, predisporre e mantiene nel tempo le infrastrutture necessarie per ottenere la conformità ai requisiti del servizio.

Le infrastrutture comprendono:


- o Locali adibiti ad uffici
- o componenti hardware e software
- o servizi di supporto.

Tutte le infrastrutture e gli impianti di base di SIMA sono rispondenti a quanto previsto del Decreto Legislativo 626/1994 riguardante la sicurezza e la salute degli operatori.

Le infrastrutture utilizzate nell'ambito dell'erogazione dell'evento formativo sono di norma edifici e locali appartenenti a strutture esterne a SIMA.

- o Componenti hardware e software utilizzati nell'ambito delle attività della società:
 - o Computer portatile con SW incluso
 - o Linea telefonica
 - o Stampante
 - o Fax

Tali componenti sono assegnati al responsabile RAD

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

- Servizi di supporto
Negli uffici della sede è disponibile apposito archivio cartaceo centralizzato.

6.4 AMBIENTE DI LAVORO

L'ambiente di lavoro dove viene erogato il servizio di formazione è di norma facente parte della struttura alberghiera alla quale SIMA si rivolge.

In tale contesto SIMA si assicura che le condizioni di lavoro siano appropriate e tenute sotto controllo anche per quanto riguarda la normativa in tema di sicurezza sul lavoro.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

<i>Titolo documento</i>	<i>Numero documento</i>
Scheda competenze del personale	MOD33
Addestramento nuovo inserimento	MOD32
Piano formazione ed addestramento	MOD31
Registrazione formazione ed addestramento	MOD34
Procedura "Norme transitorie per la certificazione del medico antroposofico"	PO01
Procedura "Formazione post-laurea"	PO02
Procedura "Criteri accreditamento terapisti"	PO03
Procedura "Criteri di selezione dei docenti"	PO07
Procedura "Pianificazione e gestione del budget"	FP04
Procedura "Gestione risorse professionali"	PG05

7 REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO

7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'erogazione dell'intervento formativo è il risultato dell'attività di pianificazione effettuata da SIMA.

La pianificazione consiste nella identificazione e definizione di:

- obiettivi per la qualità e requisiti relativi al servizio
- fasi di realizzazione del servizio
- risorse associate
- responsabilità

I requisiti e gli obiettivi della qualità sono stabiliti o richiamati nella documentazione che definisce il SGQ; i requisiti del servizio, ivi inclusa l'identificazione delle risorse, sono riflessi nelle schede di progetto MOD05 e MOD06.

Le fasi di realizzazione e le responsabilità sono riflesse nei flussi procedurali richiamati in riferimento.

7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO


Vedere 7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO

7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO

La procedura FP03 descrive le modalità e le responsabilità nella determinazione e nel riesame dei requisiti relativi al servizio prima che SIMA si impegni alla fornitura del servizio:

- Determinazione dei requisiti relativi al servizio specificati dal cliente e di quelli cogenti oltre ad eventuali altri requisiti aggiuntivi
- Riesame dei requisiti prima della convalida dell'evento con risoluzione delle eventuali divergenze tra i requisiti del servizio rispetto a quelli espressi dal cliente; in presenza di modifiche richieste dai discenti l'offerta formativa modificata deve essere riesaminata.
- Analisi delle capacità di SIMA per soddisfare i requisiti definiti (valutazione fattibilità).

Il riesame viene verbalizzato tramite apposito modulo MOD43 che viene archiviato in accordo al capitolo 4.2.4

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

SIMA attiva adeguati meccanismi di comunicazione con il cliente che permettono di inviare e ricevere comunicazioni relative all'attività formativa proposta ed erogata.

Sito web, pubblicazioni, brochure, sono utilizzate per presentare ed aggiornare le caratteristiche che dettagliano le offerte formative.

Nella procedura PO05 sono stabilite modalità e responsabilità per comunicare con il cliente in merito a informazioni di ritorno, reclami inclusi.

7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Il processo di progettazione è finalizzato alla creazione ed allo sviluppo di nuove tipologie di interventi formativi che si intende erogare; la progettazione ex-novo è decisa in sede di analisi dei fabbisogni formativi e dei requisiti cliente.

L'analisi può portare, in alternativa alla progettazione ex-novo, alla rielaborazione o alla riedizione di eventi formativi già erogati.

In accordo alle modalità descritte in procedura FP02, il processo di progettazione avviene secondo le seguenti fasi:

- pianificazione della progettazione, in cui vengono stabiliti i singoli passi dell'iter di progettazione (tempi e responsabilità)
- elementi in ingresso della progettazione, che costituiscono gli input di base della progettazione (normativa vigente, informazioni da eventi formativi precedenti, fabbisogni formativi, requisiti del cliente,.....)
- elementi in uscita dalla progettazione, che rappresentano gli output della progettazione (ad es.: bozza di progetto)
- riesame della progettazione, che è il momento in cui si valuta lo stato di avanzamento del progetto
- verifica, che rappresenta il momento in cui si valuta la coerenza degli elementi in uscita con quelli attesi
- validazione dell'evento formativo progettato, che è l'atto finale con cui si attesta che l'evento formativo è idoneo ad essere erogato.

Le attività di riesame, verifica, validazione e rilascio, unitamente alle date di attuazione sono monitorate tramite registrazione sul modulo MOD07.

Le eventuali modifiche alla progettazione, oltre ad essere identificate, devono essere oggetto di riesame, verifica e validazione in base a quanto pianificato.

7.4 APPROVVIGIONAMENTO

7.4.1 PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO

La procedura PO06 descrive le modalità e le responsabilità di:

- selezionare, valutare e rivalutare i fornitori in base a criteri stabiliti
- assicurazione che i prodotti approvvigionati siano conformi ai requisiti di approvvigionamento specificati per quanto riguarda la tipologia di prodotti/servizi considerati critici.

I risultati delle attività di cui sopra sono registrati e conservati in accordo al capitolo 4.2.4

SIMA effettua essenzialmente le seguenti tipologie di approvvigionamenti nell'ambito dei quali identifica quelli critici:

- acquisto di valori bollati presso Ufficio Postale
- acquisto di materiali di consumo
- ottenimento di prestazioni di servizio
- acquisto di componenti HW e SW

7.4.2 INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO

La procedura PO06-Approvvigionamento descrive quelle che sono le informazioni necessarie per l'approvvigionamento.

In particolare l'ordine di acquisto deve contenere i dati e le informazioni necessarie ad identificare chiaramente il prodotto/servizio ordinato; l'ordine di acquisto viene verificato ed approvato come da relativa procedura in riferimento.


7.4.3 VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI

Le procedure PO06 – Approvvigionamento descrive le modalità e le responsabilità relative alla verifica del servizio acquistato.

I materiali sono controllati al ricevimento onde assicurarne la conformità ai requisiti specificati; i risultati vengono raccolti su apposita modulistica.

Quando specificato da contratto, viene riconosciuto al cliente il diritto di accertare che quanto acquistato sia conforme ai requisiti specificati.

Il controllo dei servizi professionali/alberghieri eventualmente approvvigionati avviene durante l'erogazione del servizio stesso.

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

7.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

7.5.1 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI e

7.5.2 VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI

Le attività di erogazione del servizio sono pianificate ed attuate in condizioni controllate; in particolare:

- o Inserimento dei dati caratteristici dell'evento formativo su modulistica "on line" (www.ministerosalute.it/ecm) seguendo l'iter procedurale proposto dal Ministero della Salute per ottenere accreditamento del corso nell'ambito ECM
- o Disponibilità di informazioni che descrivono le caratteristiche del servizio (programma dell'evento formativo) ovvero i contenuti dell'evento formativo e le modalità con cui il servizio deve essere erogato.
- o Disponibilità di materiale didattico per discenti
- o Utilizzazione di metodi per monitorare in itinere l'andamento dell'erogazione degli interventi
- o Chiusura dell'evento formativo: analisi dei risultati raggiunti

7.5.3 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

I documenti descrittivi gli eventi formativi sono identificati e archiviati onde garantirne la reperibilità secondo le norme cogenti.

7.5.4 PROPRIETÀ DEL CLIENTE

I dati personali dei discenti che partecipano agli eventi formativi sono gestiti in ottemperanza di quanto disposto nella normativa in tema di tutela della riservatezza dei dati personali (Legge 675/1996 e successive modificazioni e integrazioni).

7.5.5 CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI

I supporti degli interventi formativi vengono identificati e conservati al fine di un loro idoneo utilizzo.

7.5.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E DI MISURAZIONE


Le modalità mediante le quali SIMA gestisce i dispositivi di controllo (documenti di controllo) relativi ai servizi erogati sono descritte nella procedura PG01.

Fra tali documenti rientrano:

- questionari per valutazione da parte dei discenti del corso seguito e dei docenti
- modulistica utilizzata dai docenti per la valutazione dell'attività svolta

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

<i>Titolo documento</i>	<i>Numero documento</i>
Procedura "Approvvigionamento"	PO06
Scheda di identificazione di progetto	MOD05
Pianificazione di progetto	MOD06
Monitoraggio di progetto/attività	MOD07
Presentazione evento formativo	MOD42
Flusso di processo "Progettazione e sviluppo"	FP02
Procedura "Requisiti evento formativo"	PO08
Iter procedurale per accreditamento dell'evento; on line su sito MS	-

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

8 MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

8.1 GENERALITÀ

Il miglioramento del servizio fornito da SIMA è attuato attraverso la sistematica analisi dei dati forniti dal sistema di monitoraggio e attraverso il controllo dei processi SIMA (o sistema processi) così come enunciato nelle sezioni:

- 1.2.2
- 4.1.2
- 8.2.3
- 8.2.4

In considerazione del tipo di servizio erogato ed in presenza degli attuali volumi di attività, SIMA non prevede nel breve-medio periodo l'introduzione di tecniche di tipo statistico.

I responsabili SIMA stabiliscono la politica e le linee direttive per attivare l'utilizzo di tecniche statistiche ove la criticità di alcuni parametri di processo o la prestazione di alcuni indicatori qualitativi lo richiedesse.

La valutazione di cogliere tale opportunità è del CD su proposta di RSGQ in sede di riesame della Direzione.

Nel caso in cui si decidesse di implementare e mantenere tecniche statistiche, RSGQ è responsabile di approntare le relative procedure d'uso unitamente all'eventuale addestramento ove applicabile.

8.2 MONITORAGGI E MISURAZIONI

8.2.1 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

SIMA monitora le informazioni relative alla percezione del cliente e su quanto siano stati soddisfatti i requisiti degli stessi tramite ottenimento di informazioni di ritorno nei seguenti modi:

- Questionario di soddisfazione cliente
- Segnalazione da cliente
- Verbale di Assemblea dei soci
- Verbale di Convegno
- Questionario di valutazione fine corso

- Questionario di soddisfazione

Le modalità di gestione del questionario sono descritte in procedura **PO05 - Gestione dei clienti**.

I questionari compilati e ricevuti dai discenti vengono elaborati, analizzati e riepilogati in apposito foglio di calcolo per determinare gli indici di soddisfazione, per individuare eventuali aree critiche e per determinare azioni di miglioramento che vengono discusse in sede di riesame della Direzione (riferimento punto 5.6) come descritto in procedura **PO04 - Monitoraggi e Misurazioni**.

- Processo di segnalazione / reclamo

Un'altro sistema che permette di avere informazioni di ritorno dal cliente è quello relativo ad eventuali segnalazioni che il cliente stesso indirizza a SIMA per ottenere risposte ed eventuali azioni correttive o migliorative sul servizio fornito; tale processo con le modalità e le responsabilità è descritto nella procedura **PO05 - Gestione dei clienti**.

- Verbale di Assemblea e di Convegno

Durante le riunioni plenarie della società possono emergere richieste, osservazioni e suggerimenti da parte dei soci e dei discenti che vengono registrate negli appositi verbali e quindi analizzate in sede di CD.

- Questionario di valutazione di fine corso

Ad evento formativo concluso viene sottoposto ai discenti partecipanti un questionario di valutazione corso tramite il quale è possibile ottenere ulteriori informazioni utili a migliorare il servizio.

8.2.2 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE


La procedura **PG02 - Verifiche Ispettive Interne** stabilisce i metodi e responsabilità per l'effettuazione ad intervalli pianificati delle V.I.I. onde stabilire se il sistema di gestione per la qualità è conforme a quanto pianificato ed è efficacemente attuato ed aggiornato.

Le V.I.I. sono condotte direttamente da RSGQ sulla base della programmazione annuale che prende spunto oltre che dai risultati delle precedenti V.I. sia interne che esterne anche delle eventuali criticità emerse nella conduzione del sistema di gestione per la qualità.

Le non conformità rilevate durante la conduzione delle V.I.I. sono oggetto di analisi da parte dei responsabili SIMA con conseguente rilascio ed implementazione delle azioni correttive e preventive del caso (riferimento punto 8.5.2); tali documenti sono conservati in accordo al punto 4.2.4

L'efficacia delle azioni correttive è verificata tramite l'inserimento dei punti di non conformità nei contenuti delle V.I.I. successive.

I risultati delle V.I.I. costituiscono parte integrante delle informazioni utilizzate per il riesame da parte della Direzione (riferimento punto 5.6).

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

8.2.3 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI

La procedura **PO04 – Monitoraggio e Misurazione** stabilisce i metodi per monitorare e misurare i processi del sistema di gestione per la qualità; tali processi sono elencati nella tabella a seguire con i relativi indicatori.

Gli obiettivi numerici sono riportati in apposito documento emesso su base periodica.

La procedura stabilisce anche le responsabilità per attivare ed adottare le azioni di miglioramento del caso.

8.2.4 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI SERVIZI

Il servizio viene monitorato e misurato attraverso indicatori dedicati che registrano indici di partecipazione e di presenza oltre che di valutazione dell'evento formativo; i risultati sono quindi valutati verso l'obiettivo prefissato; riferirsi alla tabella seguente.

La procedura **PO04 – Monitoraggio e Misurazione** descrive dettagli relativi ai metodi e alle responsabilità di monitoraggio, misurazione ed analisi.

Tabella riassuntiva "Monitoraggio e misurazione degli indicatori di processo e di servizio ed analisi dei dati"

	<i>Indicatore</i>	<i>Raccolta dati</i>	<i>Frequenza raccolta dati</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>
P1	Indice di presenza membri CD	Verbale riunione in REG03	Ad ogni riunione del CD	Annuale
	Indice di presenza Assemblea Soci	Verbale riunione in REG04	Ad ogni assemblea	Annuale
P2	Scostamento consuntivo spesa rispetto a budget	MOD21	trimestrale	Trimestrale
P3	Fabbisogni formativi	MOD22	Annuale	Annuale
	Rispetto piano addestramento docenti	MOD31 e MOD34	trimestrale	Annuale
P4	Rispetto tempi di progetto	MOD07	mensile	Trimestrale
	Efficienza progetto	MOD07	trimestrale	Chiusura progetto
P5	Indice valutazione evento formativo	MOD16 e MOD17	A conclusione di ciascun evento	Annuale
	Indice partecipazione ad evento formativo	Attestati di partecipazione	A conclusione di ciascun evento	Annuale
	Indice presenza ad evento formativo	Attestati di partecipazione	A conclusione di ciascun evento	Annuale
P6	Indice di soddisfazione cliente	MOD15	annuale	Annuale
	Indice segnalazioni clienti	MOD35	A registrazione di ciascuna segnalazione	Trimestrale
	Tempi risposta/chiusura segnalazioni	MOD35	A chiusura di ciascuna segnalazione	Trimestrale
-	Tempi di chiusura non conformità	MOD35	A chiusura Non conformità	Trimestrale
-	Verifica prodotti approvvigionati	MOD28, 35	Al ricevimento	Annuale
P7	Efficacia del SGQ	MOD35 e MOD38	A rapporto VII	Annuale

P1: Direzione ; P2: Budget ; P3: Formazione; P4: Progettazione; P5: Erogazione ; P6: Soddisfazione Cliente; P7: SGQ

8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI / SERVIZI NON CONFORMI

La procedura **PG03 - Non conformità e AC/AP** descrive le modalità e le responsabilità per il trattamento delle non conformità e per la gestione delle AC/AP.

In particolare vengono descritte le modalità atte ad assicurare che il prodotto/servizio non conforme sia accantonato, opportunamente identificato e separato dal prodotto/servizio conforme, fino ad emissione di opportune disposizioni.

o Materiale non conforme

Il materiale approvvigionato che si rilevasse non conforme sia alla verifica di ricevimento che durante il suo utilizzo, viene identificato ed accantonato in attesa di disposizioni.

In parallelo viene aperta una pratica di non conformità ed il materiale viene identificato riportando i dati caratteristici della non conformità.


Il materiale viene quindi accantonato in apposita area opportunamente identificata e controllata fino a completamento della valutazione ed all'applicazione delle disposizioni al riguardo.

La non conformità viene notificata al fornitore ed allo stesso vengono richieste, oltre che alle disposizioni, le analisi e le azioni correttive intraprese.

Il prodotto non conforme che venisse ripreso tramite rilavorazione viene ricontrollato.

o Servizio non conforme

La non conformità del servizio è riscontrabile a completamento dell'erogazione dell'evento formativo tramite i riscontri emersi dal questionario di soddisfazione di fine corso oppure tramite segnalazione diretta del cliente per qualsiasi motivo (reclamo).

 Società Italiana di Medicina Antroposofica	numero documento: MQ01 titolo documento : MANUALE della QUALITÀ	
	Emesso da: RSGQ	Approvato da : PRE

In entrambi i casi si provvede a verbalizzare la non conformità tramite apposito modulo di raccolta dati e le modalità gestionali sono simili a quelle adottate per la gestione delle non conformità di prodotto.

Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, il servizio venisse erogato senza i controlli previsti, esso viene identificato e registrato onde permettere la sua identificazione nel caso di non conformità.

- o Non conformità da Verifiche Ispettive

La non conformità rilevata durante la conduzione di verifiche ispettive sono registrate su pratica di NC e le modalità gestionali sono descritte nella procedura richiamata nei documenti di riferimento.

8.4 ANALISI DEI DATI

I dati risultanti da attività di monitoraggio e misurazione che vengono analizzati sono quelli relativi ai processi così come risulta enunciato in sezione 4.2.1 e come appare nella tabella riassuntiva "Monitoraggio e misurazione degli indicatori di processo e di servizio ed analisi dei dati" presentata in sezione 8.2.4

8.5 MIGLIORAMENTO

8.5.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO

L'efficacia del sistema di gestione per la qualità è verificata e quindi migliorata attraverso i seguenti strumenti:

- o obiettivi per la qualità
gli obiettivi sono rivisti periodicamente e vengono adeguati in base ai risultati ed a considerazioni di tipo tecnico/economiche
- o risultati delle verifiche ispettive
i risultati delle verifiche ispettive (interne ed esterne) sono sempre seguiti da elaborazione di piani per l'implementazione delle relative azioni correttive e di miglioramento
- o analisi degli indicatori di processo
il monitoraggio degli indicatori di processo prestabiliti permette di identificare aree critiche e quindi di intervenire con azioni di miglioramento
- o riesame da parte della Direzione
il riesame condotto dalla Direzione permette di identificare le azioni migliorative di tipo generale in quanto il riesame permette alla Direzione una visione globale del sistema

8.5.2 AZIONI CORRETTIVE e 8.5.3 AZIONI PREVENTIVE

La procedura **PG03 - Non conformità e AC/AP** descrive le modalità e le responsabilità nell'attuazione delle azioni correttive e preventive derivanti da non conformità di prodotto, servizio, di processo e di sistema.

Le azioni correttive e preventive sono rilasciate, registrate e verificate in accordo alla procedura in riferimento.

Le azioni correttive possono derivare da:

- o identificazione di una non conformità di materiale occorsa durante la verifica al ricevimento da fornitore o durante il suo utilizzo
- o rilevazione di una non conformità durante l'effettuazione di verifiche ispettive sia interne che esterne
- o segnalazione o reclamo da parte di discenti

L'insieme delle azioni correttive e preventive sono oggetto del riesame della Direzione e di successive VII.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

<i>Titolo documento</i>	<i>Numero documento</i>
Controllo del materiale / servizio non conforme e Azioni Correttive / Preventive	PG03
Verifiche ispettive interne	PG02
Gestione dei clienti	PO05
Monitoraggio e Misurazione	PO04