

SIDeMaST - SOCIETA' ITALIANA DI DERMATOLOGIA, VENEREOLOGIA E DELLE MALATTIE
SESSUALMENTE TRASMESSE

MANUALE DELLA QUALITA'

NORMA DI RIFERIMENTO UNI EN ISO 9001:2008

FUNZIONE	REDATTO FIRMA	FUNZIONE	APPROVATO FIRMA
AQ		Presidente	
COPIA: UNICA			

INDICE

1. QUESTO DOCUMENTO
 - 1.1 Scopo del documento
 - 1.2 Gestione del documento
 - 1.3 Esclusioni
2. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ)
 - 2.1 Campo di applicazione del Sistema di gestione per la qualità
 - 2.2 processi affidati in outsourcing
 - 2.3 Normativa di riferimento
 - 2.4 Documenti del SGQ
 - 2.5 Terminologia
3. IL CONTESTO
 - 3.1 Presentazione
 - 3.2 Mission
 - 3.3 Organigramma
 - 3.4 Il processo
4. LA DIREZIONE
 - 4.1 Impegno
 - 4.2 Cura del cliente
 - 4.3 Politica per la qualità
 - 4.4 Pianificazione della qualità
 - 4.4.1 Obiettivi
 - 4.5 Attività per raggiungerli
 - 4.5.1 Conduzione del Sistema di gestione per la qualità
 - 4.5.2 Rappresentante della Direzione
 - 4.5.3 Gestione dei documenti
 - 4.5.4 Comunicazione interna
 - 4.6 Riesame della Direzione
5. LE RISORSE
 - 5.1 Messa a disposizione delle Risorse umane
 - 5.2 Risorse umane: consapevolezza&competenze
 - 5.3 Infrastrutture
 - 5.4 Ambiente di lavoro
6. LA DEFINIZIONE DEI PROCESSI
 - 6.1 Pianificazione
 - 6.1.1 Requisiti del cliente
 - 6.1.2 Comunicazione con il cliente
 - 6.2 Progettazione
 - 6.3 Approvvigionamento
 - 6.3.1 Processo di approvvigionamento
 - 6.3.2 informazioni per l'approvvigionamento
 - 6.4 Attività di erogazione dei servizi
 - 6.4.1 validazione erogazione servizi
 - 6.4.2 Rintracciabilità
 - 6.4.3 Proprietà del cliente
 - 6.4.4 Conservazione dei prodotti
7. LE OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO
 - 7.1 Soddisfazione del cliente
 - 7.2 Verifiche interne
 - 7.3 Monitoraggio e misurazione servizi/processi
 - 7.4 Gestione delle non conformità e azioni correttive e preventive
 - 7.5 analisi dei dati

STATO DELLE REVISIONI DEL PRESENTE DOCUMENTO

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
28.01.06	00	PRIMA EMISSIONE
14.06.07	1	MODIFICA NORMATIVA DI RIFERIMENTO, MODIFICA MANSIONARIO AQ, MODIFICA PARAGRAFO 6.3.1.
15.07.09	2	ADEGUAMENTO MQ IN CONFORMITA' ALLA UNI EN ISO 9001:2008
15.06.10	3	AGGIORNAMENTO A SEGUITO DI RILIEVI AUDIT BUREAU VERITAS DEL 18.09.09 E ESIGENZE INTERNE DELLA SOCIETA'. MODIFICA CAP. 2.2-2.3
18.07.15	4	AGGIORNAMENTO MQ PER RECEPIRE NUOVO STATUTO. MODIFICATI PAR. 2.1,2.2, 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 4.5.2, 4.5.4, 5.2, 6.1.2, 6.2, 6.3.1, 6.3.2, 7.4
05.10.15	5	AGGIORNATO PAR. 2.3 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1. QUESTO DOCUMENTO

1.1 Scopo del documento

Il presente documento ha lo scopo di descrivere il "Sistema di Gestione per la Qualità" adottato da parte dell'organizzazione per dare le informazioni necessarie circa il proprio livello organizzativo. Il presente manuale è stato predisposto ed emesso in accordo alla procedura di sistema *PS 01 Attività di direzione*

Il Manuale contiene il rimando alle procedure di gestione per la qualità delle quali le funzioni che operano all'interno dell'organizzazione sono responsabili dell'applicazione e rispetto.

Il campo di applicazione del Manuale della Qualità coincide con il campo di applicazione del SGQ descritto al:
Capitolo 2 Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ).

1.2 Gestione del documento

La Direzione di SIDeMaST ha la responsabilità della approvazione del Manuale della Qualità e delle sue successive revisioni.

L'Assicurazione Qualità ha la responsabilità della:

- Redazione, identificazione ed emissione del Manuale della Qualità e del suo aggiornamento;
- Distribuzione controllata dello stesso a:
 - Funzioni aziendali
 - Auditors esterni
 - Enti preposti.
- Archiviazione del Manuale della Qualità.

1.3 Esclusioni

Il punto 7.6 della norma di riferimento "*Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio e misurazione*" è da considerarsi escluso in quanto l'azienda non utilizza apparecchiature di misura soggette a taratura e/o indicative durante i propri servizi.

2. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ)

2.1 Campo di applicazione del SGQ

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) adottato da parte di SIDeMaST si applica a tutte le attività previste dall'organizzazione così come definita nella mission aziendale: Progettazione ed erogazione di eventi in ambito ECM e non. Organizzazione di ricerca scientifica in ambito dermatologico e gestione di eventi medico/scientifici. Erogazione di borse di studio nel settore dermatologico

Nello specifico trattasi di Progettazione e realizzazione di:

1. Corsi e Convegni;
2. Eventi
3. Progetti di ricerca
4. Borse di studio

in ambito medico scientifico.

Inoltre si applica all'attività di :

1. Gestione Soci
2. Gestione web

2.2 Processi affidati in outsourcing

SIDeMaST affida all'esterno processi non in grado di gestire direttamente quali:

- organizzazione (segreteria organizzativa) di corsi e congressi in ambito ECM

Le modalità con le quali la Società tiene sotto controllo dette attività sono:

- formalizzazione di regolare contratto nel quale vengono esplicitate le modalità di erogazione del servizio, gli obblighi, etc...;
- verifiche durante l'erogazione del servizio (AQ verifica, a campione, le modalità con le quali gli outsourcer svolgono il proprio lavoro e ne tiene registrazione nel modello scheda congresso (M.PQ.03.01);
- l'indice di gradimento dei soci (monitorato attraverso questionario cartaceo)

2.3 Normativa di riferimento

UNI EN ISO 9000:2015	Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e vocabolario
UNI EN ISO 9001:2008	Sistemi per la gestione della qualità- Requisiti
UNI EN ISO 9004:2009	Gestire una organizzazione per il successo durevole- l'approccio della gestione per la qualità
UNI EN ISO 19011:2012	Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale

Al fine dell'espletamento dei propri servizi, SIDeMaST, applica leggi e regolamenti a carattere nazionale e comunitario elencati in *M 02.01 Elenco Norme e leggi*.

2.4 Documenti del SGQ

I documenti che costituiscono il SGQ sono, oltre al presente Manuale della Qualità, Procedure di Gestione per la Qualità, Istruzioni Operative e modelli di registrazione che danno evidenza oggettiva di quanto pianificato.

Ciascuna funzione è responsabile della predisposizione ed applicazione delle procedure che rientrano nel campo delle proprie attività specifiche.

L'emissione ed il controllo delle singole procedure è a cura di AQ così come il suo aggiornamento, in collaborazione con le funzioni interessate.

La tenuta sotto controllo dei documenti e delle registrazioni (punto 4.2.3 e 4.2.4 della norma) viene effettuata secondo quanto riportato nelle procedure *PS 01 Attività di direzione*.

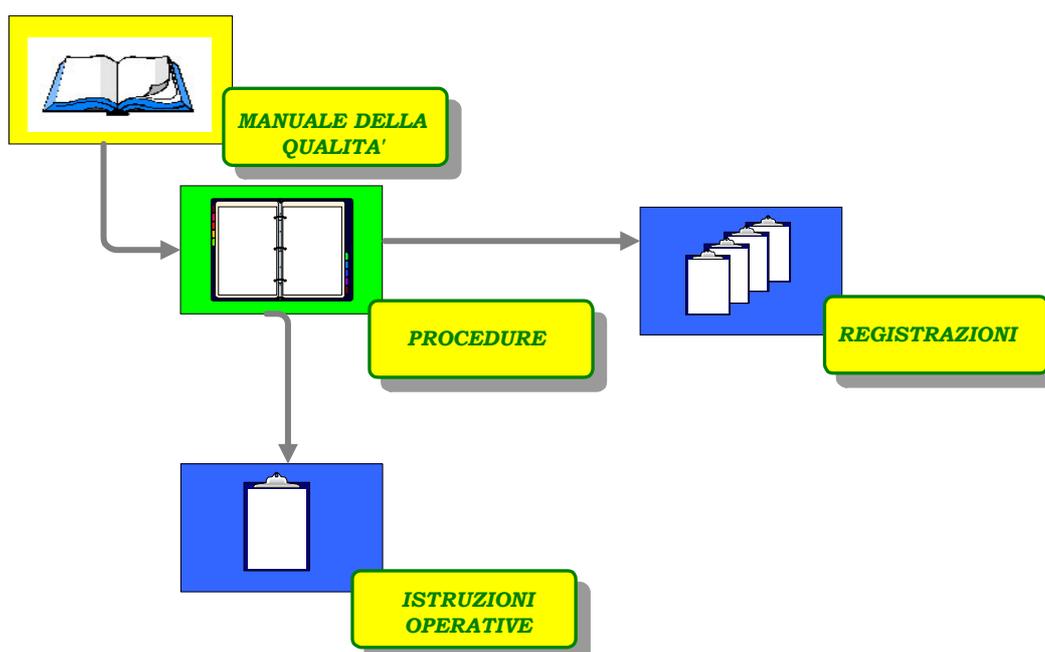
Ulteriori dettagli riguardo le modalità di gestione e aggiornamento della documentazione sia interna che esterna del Sistema di gestione Qualità e non, sono specificate in apposita procedura (*PS 01 Attività di Direzione*), così come la conservazione e l'aggiornamento dei dati informatici, la cui conservazione e revisione è garantita da periodici salvataggi di back-up

Le modalità di gestione delle registrazioni della Qualità sono riportate in *PS 01 Attività di Direzione* ove sono definite le azioni e le responsabilità volte ad assicurare che i documenti siano: identificati, emessi, archiviati, conservati ed eliminati.

L'identificazione della documentazione obsoleta è data dalla scritta "superato" apposta con sufficiente evidenza sulla pagina iniziale di ciascun documento accanto alla sigla di AQ che ne attesta il superamento.

Di seguito è riportato l'intero impianto documentale del Sistema:

- Lo schema di collegamento tra i vari documenti del SGQ
- l'elenco completo dei documenti del Sistema di Gestione della Qualità



In dettaglio i documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono identificate in:

DOCUMENTI→ ATTIVITÀ'↓	Codice documento	STRUTTURA DOCUMENTALE
ATTIVITÀ COMUNI	PS.01	Attività di direzione
ATTIVITÀ WEB COMMUNITY	PQ 01	Progetti di ricerca
	PQ 02	Gestione Società
	PQ 03	Congressi ed Eventi
	PQ 04.01	Progettazione ECM
	PQ 04.02	Erogazione ECM
	PQ 05	WEB
	PQ 06	Borse di studio

Legenda dei codici: PS=procedura di sistema PQ=procedura di processo

2.5 Terminologia

Assicurazione della Qualità

Tutte le attività pianificate e sistematiche , attuate nell'ambito del sistema qualità e di cui, per quanto occorre, viene data dimostrazione , messe in atto per dare adeguata confidenza che un'entità soddisferà i requisiti della qualità.

Azione correttiva

Azione intrapresa per eliminare le cause di esistenti non conformità, difetti o altre situazioni indesiderate, al fine di prevenirne il verificarsi.

Azione preventiva

Azione intrapresa volta ad eliminare le cause di potenziali non conformità, difetti o altre situazioni indesiderate, al fine di prevenirne il verificarsi.

Cliente

Colui che riceve un prodotto da un fornitore. In un contesto contrattuale il cliente è denominato committente. Il cliente può essere per esempio il consumatore finale, l'utilizzatore, il beneficiario. Può essere sia esterno che interno all'organizzazione.

Conformità

Soddisfacimento di requisiti specificati.

Controllo e collaudo

Attività quali misurazioni, esami, prove, verifiche mediante calibri di una o più caratteristiche di un'entità e confronto dei risultati con i requisiti specificati allo scopo di accertarne la conformità di ciascuna caratteristica.

Evidenza oggettiva

Informazioni la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni, misurazioni, prove od altri mezzi.

Fornitore

Organizzazione che fornisce un prodotto al cliente. Il fornitore può essere per esempio produttore, fabbricante, distributore, importatore, o un'organizzazione di servizi.

Non conformità

Non soddisfacimento di un requisito specificato. Ciò comprende lo scostamento o assenza, rispetto ai requisiti specificati, di una o più caratteristiche relative alla qualità, incluse le caratteristiche di affidabilità o di elementi del sistema qualità.

Politica per la qualità

Obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta Direzione.

Procedura

Modalità definite per svolgere un'attività. Quelle relative al sistema di qualità sono documentate.

Prodotto

Risultato di attività o di processi. Può essere tangibile o intangibile, o una combinazione di essi. Può comprendere servizi, hardware, materiale di processo continuo, software o loro combinazioni.

Registrazione

Documento che fornisce evidenza oggettiva di attività eseguite o di risultati ottenuti.

Requisiti della collettività

Obblighi derivanti da leggi, regolamenti, regole, codici, statuti e da altre considerazioni (che includono salute ambientale, sicurezza, conservazione dell'energia e delle risorse naturali etc.), inclusi i requisiti giurisdizionali e regolamentari

Riesame del contratto

Attività sistematiche eseguite dal fornitore prima della firma del contratto per assicurare che i requisiti della qualità siano adeguatamente definiti, privi di ambiguità, documentati, e che possano essere realizzati dal fornitore.

Riesame della Direzione

Valutazione formale effettuata dall'alta direzione circa lo stato e l'adeguatezza del Sistema Qualità, in relazione alla politica della qualità e ai relativi obiettivi. Per alta direzione si intende la direzione dell'organizzazione di cui si riesamina il sistema qualità.

Requisiti per la qualità

Espressione delle esigenze, o loro traduzione in un insieme di requisiti espressi quantitativamente o qualitativamente, per le caratteristiche di un'entità al fine di consentirne la realizzazione e l'esame.

Rintracciabilità

Capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo e l'ubicazione di un'entità mediante identificazioni registrate.

Servizio

Risultato di attività svolte tra fornitore e cliente e di attività proprie del fornitore per soddisfare le esigenze del cliente

Sicurezza

Esenzione da rischi inaccettabili.

Sistema di gestione della qualità

Sistema per stabilire una politica per la qualità ed obiettivi per la qualità e per conseguire questi obiettivi.

Specifica

Documento che stabilisce dei requisiti.

Struttura organizzativa

Le responsabilità, le linee di autorità e le interrelazioni, definite in un organigramma, per mezzo delle quali un'organizzazione svolge le sue funzioni.

Trattamento di una non conformità

Azione da intraprendere nei riguardi di una entità non conforme al fine di risolvere la non conformità.

Verifica (Audit)

Conferma del soddisfacimento dei requisiti prestabiliti data a seguito di esami e supportata da evidenze oggettive.

Verifica Ispettiva

Esame sistematico ed indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Vision

Orizzonti sfidanti che una organizzazione si propone esplicitamente di raggiungere. Deriva dalla cultura e dai valori e traduce in scelte spendibili la Mission. È esplicitata dal Top Management, così come la mission, per sviluppare coesione tra tutti i membri della Organizzazione.

3. IL CONTESTO

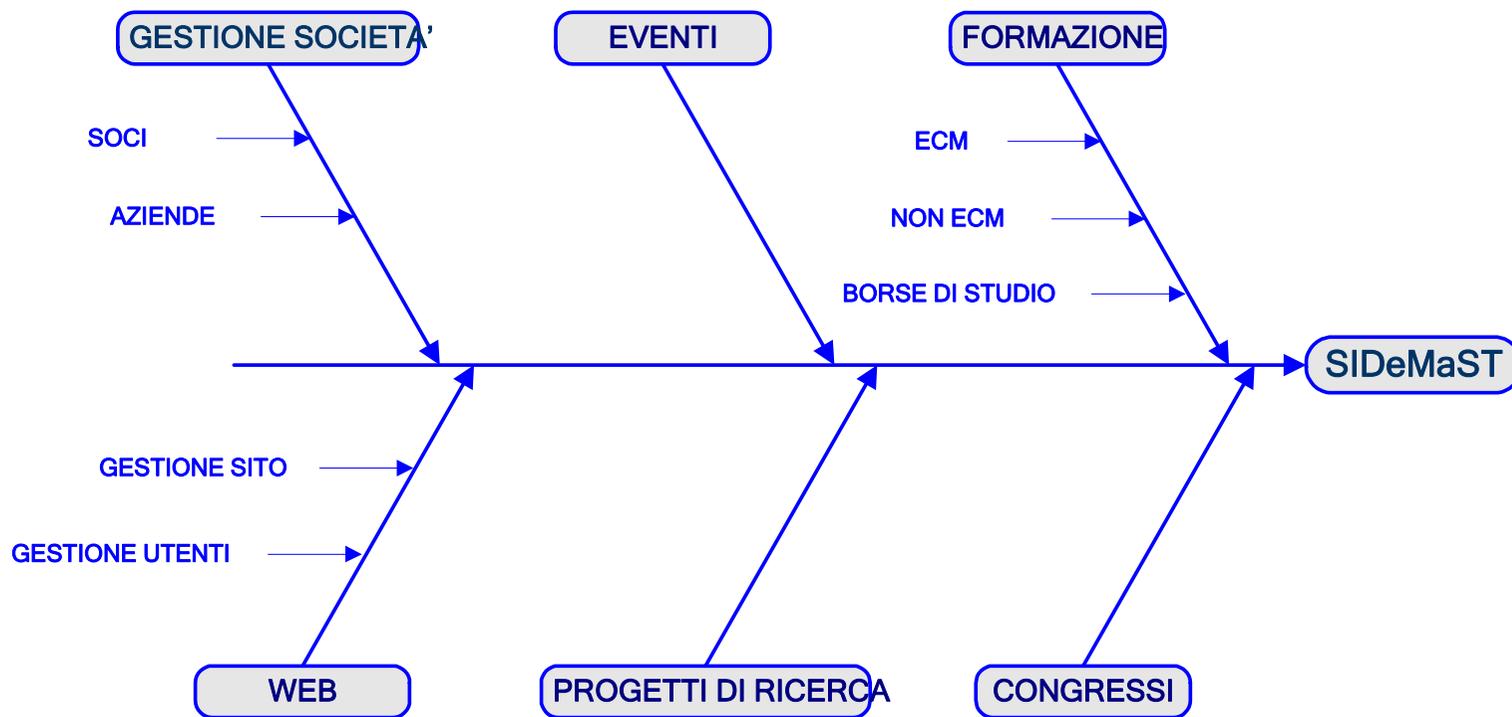
3.1 Presentazione

La Società Italiana di Dermatologia medica e chirurgica, estetica e di Malattie Sessualmente Trasmesse (con sigla SIDeMaST), fondata nel 1885 con il nome di Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia e costituita in Ente Morale apolitico e senza fini di lucro e senza finalità sindacali con R. Decreto 20 Dicembre 1923 n. 3010, ha per scopo di promuovere lo studio ed il progresso delle anzidette discipline l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli associati, l'elaborazione di linee guida, e la promozione di trials di studio e di ricerche scientifiche.

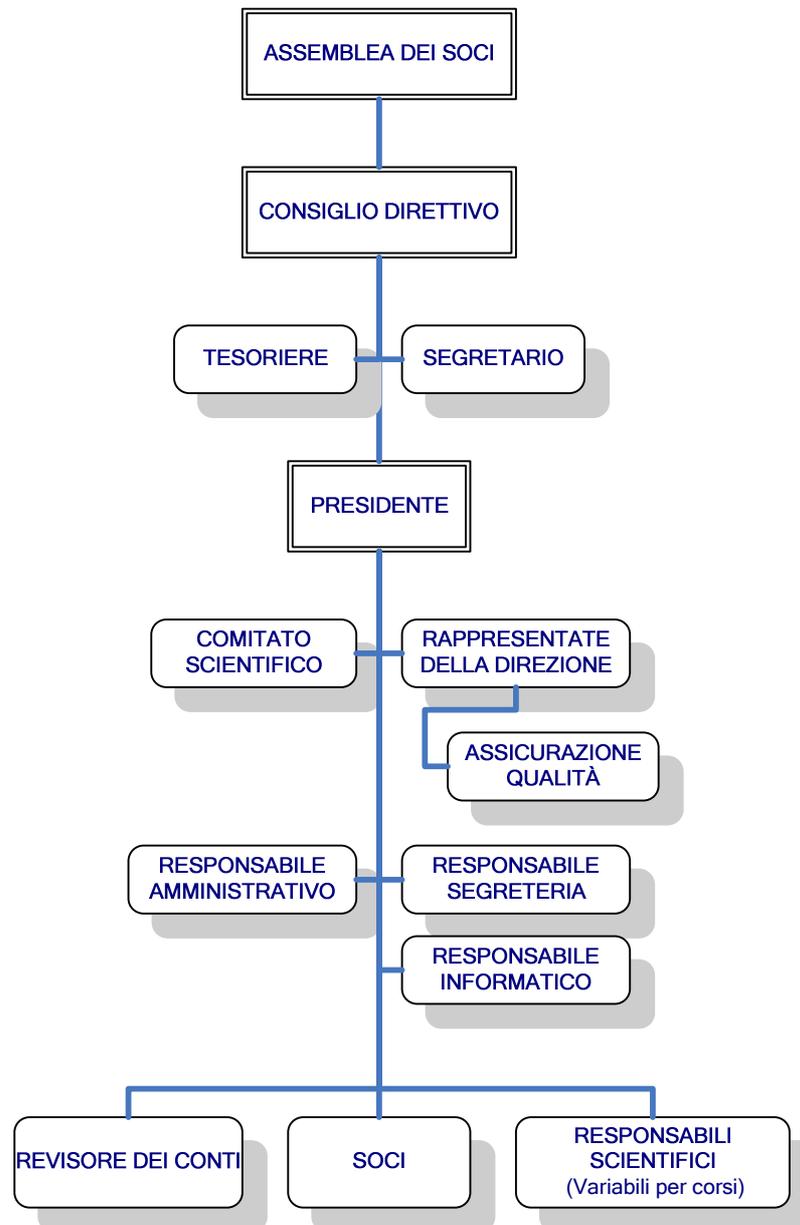
La Società ha lo scopo di promuovere lo studio ed il progresso delle anzidette discipline l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli associati, l'elaborazione di linee guida, e la promozione di trials di studio e di ricerche scientifiche.

Collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, l'Agenzia per i Servizi Regionali, le Aziende sanitarie, altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche, e la Federazione Italiana Specialità Mediche (FISM), ed altre Società o organismi scientifici per la elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostici-terapeutici e la promozione dell'innovazione e della qualità dell'assistenza.

3.2 La Mission

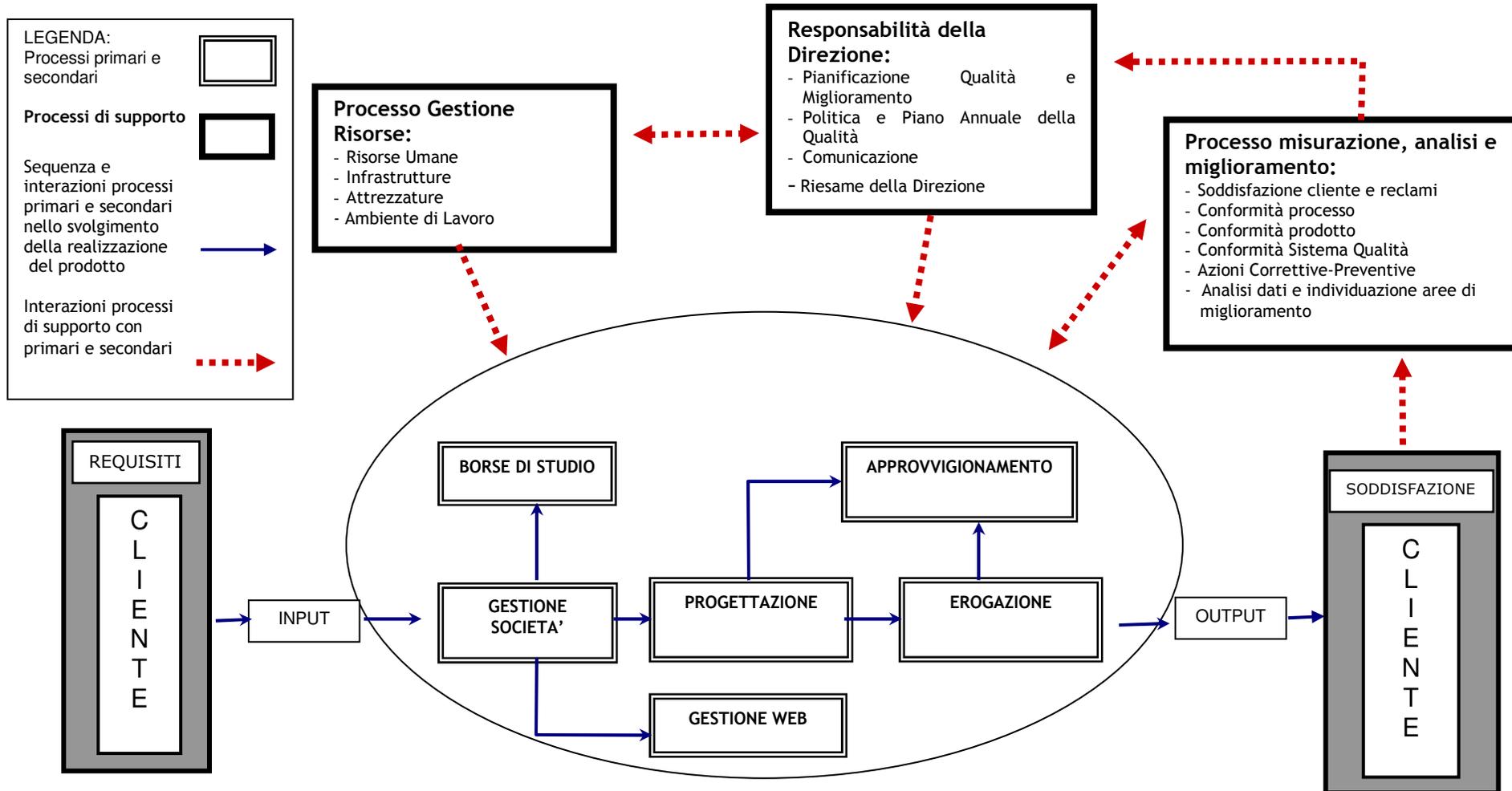


3.3 Organigramma



3.4 Il processo

La figura che segue presenta graficamente la mappatura ed il meccanismo di gestione dei processi.

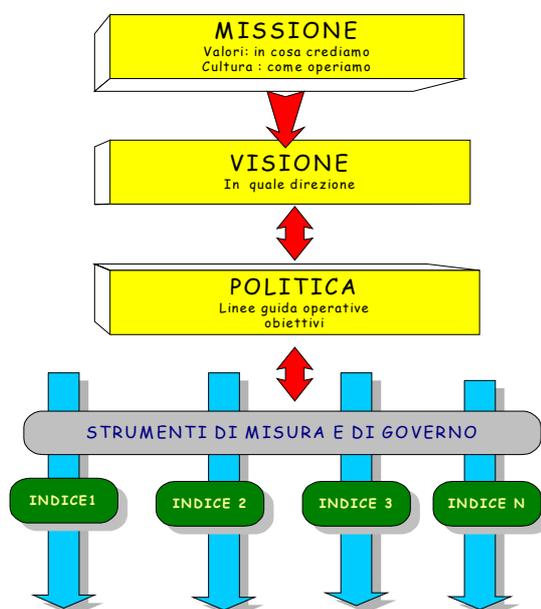


4. LA DIREZIONE

4.1 Impegno

La Direzione di SIDeMaST ha assunto formalmente l'impegno di perseguire la piena funzionalità di un sistema di gestione per la qualità, quale mezzo per raggiungere la realizzazione delle proprie politiche per la qualità ed i relativi obiettivi in essa contenuti.

Secondo il seguente schema generale:

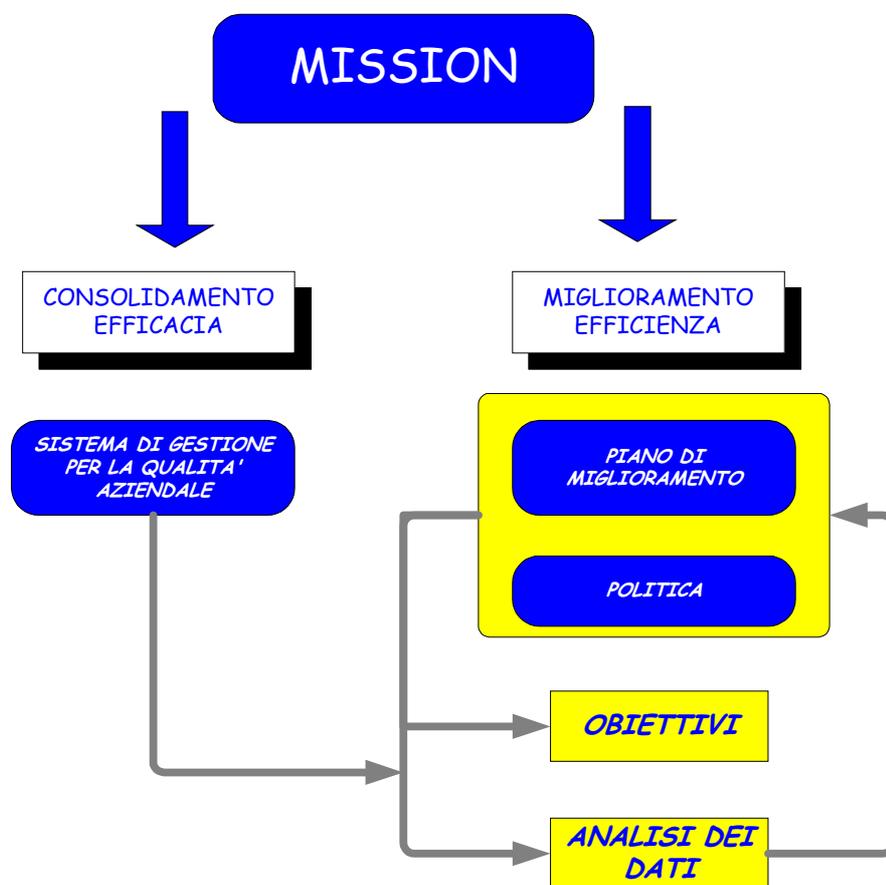


La Direzione ha sancito il consolidamento della Mission (vedi paragrafo 3.2) attraverso il Sistema di Gestione per la Qualità e persegue il miglioramento continuo definendo il proprio percorso strategico.

Tale percorso è un Piano di Miglioramento poliennale dal quale discende la Politica per la Qualità, intesa come somma di obiettivi da raggiungere nell'arco di un anno. La forma utilizzata per rappresentare il Piano di Miglioramento è il diagramma ad albero dal quale la Direzione estrapola gli obiettivi che intende monitorare nel corso di un anno e coerenti con la politica per la qualità ed i dati che reputa opportuno raccogliere ed analizzare per individuare:

- la soddisfazione dei soci
- l'efficacia e l'efficienza dei processi;
- gli aspetti economici della qualità;
- l'apporto scientifico della Società.

Lo schema che segue illustra il percorso dal Piano di Miglioramento alla scelta di obiettivi e dati e come il raggiungimento o meno degli obiettivi e l'analisi dei dati costituiscano l'input per il riesame della politica e del SGQ.



Per questi impegni la Direzione ha adottato le seguenti azioni:

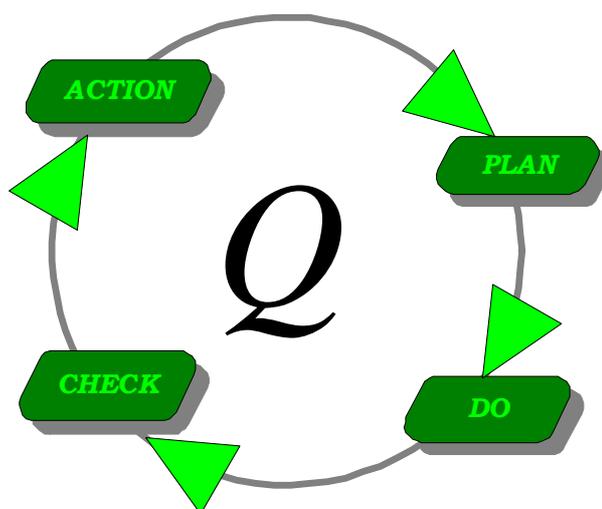
- ⊙ Definizione di un documento formale di Politica per la Qualità (*Paragrafo 4.3*);
- ⊙ Definizione di un Documento di Miglioramento con l'individuazione di obiettivi tangibili e verificabili quali indicatori della realizzazione di tale politica;
- ⊙ Diffusione della politica nella propria struttura interna ed alla propria clientela;
- ⊙ Assicurazione a tali impegni di risorse adeguate attraverso la formalizzazione del Sistema di Gestione per la Qualità;
- ⊙ Effettuazione a cadenza periodica e quando si verifica la necessità delle relative revisioni di tale politica attraverso il raggiungimento degli obiettivi
- ⊙ Gestione dei reclami
- ⊙ Selezione e monitoraggio dei fornitori aziendali

Apposita procedura *Attività di Direzione (PS.01)* regola tale attività.

4.2 Cura del cliente

La cura dei soci e degli utenti è definita e applicata attraverso:

- ⊙ Definizione delle esigenze; (Plan)
- ⊙ Erogazione del servizio in conformità alle aspettative (Do);
- ⊙ Misurazione della qualità percepita (Check);
- ⊙ Azioni correttive /preventive e/o ridefinizioni delle prestazioni (Action).



4.3 Politica per la Qualità

La Politica per la Qualità rappresenta un valido strumento attraverso il quale l'Azienda dichiara i propri obiettivi, le strategie per raggiungerli, gli impegni che assume, pertanto il Presidente deve assicurare che essa:

- sia appropriata alle esigenze dei clienti, dell'organizzazione e della normativa cogente e volontaria di carattere nazionale e comunitario
- includa l'impegno al miglioramento continuo
- venga riesaminata periodicamente per conservare e garantire l'adeguatezza alle esigenze dell'organizzazione, dei clienti e delle normative
- sia portata a conoscenza di tutto il personale e da questo compresa per tanto deve contenere un linguaggio che esprima dei concetti facilmente comunicabili, comprensibili, e attuabili da tutti

La Direzione ha definito in un apposito documento la propria Politica per la Qualità, emessa e diffusa, sia all'interno che ai clienti, e diviene oggetto di riesami periodici a fronte di valutazioni interne ed esterne.

La Procedura *Attività di Direzione (PS.01)* regola tale attività.

4.4 Pianificazione della qualità

4.4.1 Obiettivi

Gli obiettivi per la qualità, sono stabiliti e registrati in apposito documento nel quale sono espressi anche gli indicatori, quale strumento di misura, e le modalità di controllo a cadenza predefinita.

Qualora gli scostamenti tra i risultati attesi e quelli verificati risultino importanti la Direzione metterà in apposite Azioni Correttive e Preventive.

4.5 Attività per raggiungerli

4.5.1 Conduzione del sistema di gestione per la qualità

All' interno della struttura organizzativa di SIDEMAST sono state individuate, definite e rese note le funzioni che hanno responsabilità.

Le funzioni sono richiamate nelle procedure che regolamentano l'esecuzione dei processi, al fine di favorire una efficace gestione per la qualità.

4.5.2 rappresentante della Direzione

La Direzione nomina un suo Rappresentante, con autorità e responsabilità per:

- garantire, che sia istituito, applicato e aggiornato il Sistema di Gestione Qualità in accordo con le prescrizioni del presente Manuale della Qualità, delle procedure collegate e della norma di riferimento (UNI EN ISO 9001:2008)
- comunicare costantemente con la PR circa il grado di applicazione del Sistema di Gestione Qualità e delle problematiche ad esso legate
- supportare le varie funzioni aziendali in merito all'applicazione del Sistema di Gestione Qualità, al fine di garantire che esse abbiano ben compreso e attuino quanto necessario per soddisfare le esigenze del cliente

La dichiarazione con la quale la persona designata assume il ruolo di rappresentante della Direzione è di seguito riportata:

La direzione ha designato quale suo Rappresentante un membro del Consiglio Direttivo tramite la dichiarazione di autorità riportata di seguito.

La direzione conferisce piena autorità, libertà organizzativa e responsabilità al Rappresentante della Direzione per:

- *Verificare che venga istituito, applicato e aggiornato un Sistema di Gestione Qualità in accordo con le prescrizioni del presente Manuale della Qualità in riferimento alla norma UNI EN ISO 9001:2008;*
- *Comunicare costantemente con la PR su qualsiasi problematica di ordine amministrativo, tecnico, organizzativo, etc...;*
- *Supportare le varie funzioni aziendali per problematiche attinenti le proprie mansioni o intervenire attraverso la messa in comunicazione con le responsabilità pertinenti alla loro risoluzione al fine di garantire che esse abbiano ben compreso e attuino quanto necessario per soddisfare le esigenze del cliente;*
- *Assicurare momenti di incontro e formazione, al fine di garantire una buona comunicazione interna e preparazione professionale.*

4.5.3 Gestione documenti

L'impianto documentale del Sistema di gestione della Qualità prevede il presente Manuale della Qualità con funzioni di compendio di tutta la documentazione e la relativa documentazione di supporto.

Costituiscono documentazione di supporto al Manuale: Procedure di gestione per la Qualità, Istruzioni Operative, Modelli di registrazione dati, Schemi, Diagrammi e Tabelle di dati.

Ciascuna Funzione è responsabile della predisposizione ed applicazione delle procedure ed istruzioni operative che rientrano nel campo delle proprie attività specifiche.

L'emissione ed il controllo della documentazione nonché delle registrazioni è regolato dalla *Procedura Attività di Direzione (PS.01)*.

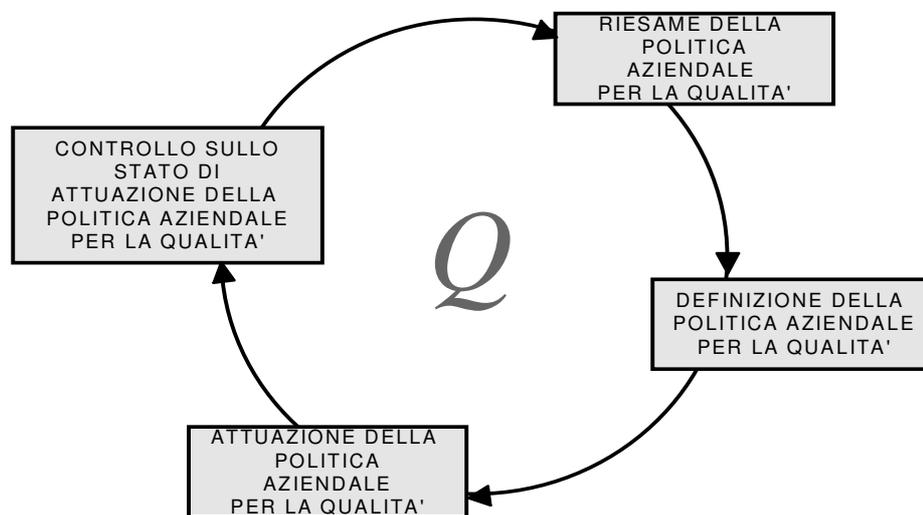
4.5.4 Comunicazione Interna

La comunicazione all'interno dell'organizzazione è gestita attraverso la rete informatica ed il sito web www.sidemast.org.

4.6 Riesame della direzione

Ad intervalli pianificati, il Sistema di gestione per la qualità è riesaminato per valutare gli scostamenti tra i requisiti attesi e quelli valutati.

La *Procedura Attività di Direzione (PS.01)* regola tale attività.



Le attività inerenti i riesami valutano le possibilità di miglioramento delle attività di governo queste sono finalizzate a:

- avere una visione d'insieme del Sistema di Gestione per la Qualità;
- assicurare che il Sistema di Gestione per la Qualità sia idoneo, adeguato ed efficace, individuando le necessarie modifiche da apportare;
- individuare aree di miglioramento relativamente alle modalità di erogazione dei servizi, sulla base degli indicatori di efficacia ed efficienza;
- individuare aree di miglioramento in merito ai requisiti dei servizi erogati ai clienti;
- verificare il raggiungimento degli Obiettivi per la Qualità posti e/o definirne di nuovi;
- analizzare le necessità di eventuali nuove risorse o la migliore allocazione di quelle già esistenti.

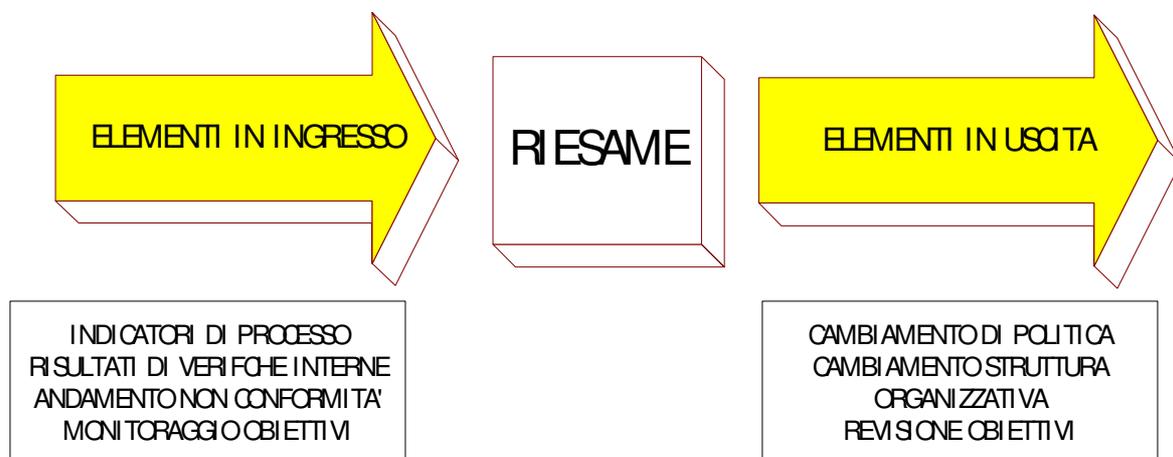
Gli elementi che costituiscono il riesame sono:

Elementi in ingresso

- Risultati delle VI
- Le prestazioni dei processi
- Soddisfazione di soci ed utenti
- Andamento dei reclami e informazioni di ritorno da parte dei clienti
- Lo stato delle azioni correttive e preventive
- Le azioni a seguire da precedenti riesami
- Gli effetti che potrebbero avere sul SGQ
- Le raccomandazioni per il miglioramento
- La continua adeguatezza della Politica
- Efficacia del messaggio pubblicitario

Elementi in uscita

- Definizione nuovi obiettivi
- Miglioramento dell'efficacia del SGQ e relativi obiettivi
- Bisogno di risorse
- Miglioramento del servizio in relazione alle esigenze del cliente



5. LE RISORSE

5.1 Messa a disposizione delle Risorse umane

La Direzione ha messo a disposizione le risorse necessarie per attuare e migliorare i processi del Sistema di Gestione Qualità aziendale, al fine di conseguire gli obiettivi di miglioramento continuo e di soddisfazione delle parti interessate. A tale proposito PR nell'ambito del Riesame, valuta sistematicamente la qualifica delle risorse aziendali umane, il livello delle risorse tecnologiche e strutturali affinché sia garantita la loro adeguatezza nel mantenere il Sistema di Gestione Qualità secondo quanto definito nel presente MQ.

Sulla base delle indicazioni che emergono in fase di riesame, vengono definiti piani che, per quanto riguarda le risorse umane, possono implicare:

- la formazione delle risorse esistenti, affinché sia garantita l'adeguatezza del patrimonio di competenze aziendali;
- l'introduzione di nuove risorse per bisogni lavorativi a breve o lungo termine o per la necessità di inserimento di nuove conoscenze e competenze nell'organizzazione;
- provvedimenti nei confronti delle risorse che non dimostrano di essere in grado di far fronte alle responsabilità che il ruolo che ricoprono implica.

Nei confronti delle risorse tecnologiche e strutturali i piani possono riguardare un adeguamento per far fronte a :

- inefficienza;
- usura;
- inadeguatezza riguardo il servizio;
- rispetto delle normative relative alla sicurezza dei luoghi di lavoro e al rispetto dell'ambiente emesse su base nazionale e comunitaria.

5.2 Risorse umane: consapevolezza & competenze

La Direzione ritiene le risorse umane fondamentali rispetto all'influenza che il comportamento e le prestazioni dei singoli hanno sul raggiungimento dell'oggetto del SGQ. Per questo motivo nello statuto sono definiti i requisiti dei membri della società di seguito riassunti:

Presidente PR	<p>Il Presidente della Società è eletto dal Consiglio Direttivo tra coloro che abbiano svolto almeno un mandato da consigliere.</p> <p>Rimane in carica per due esercizi e scade alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della sua carica.</p> <p>Il Presidente non può essere rieletto immediatamente.</p> <p>Al termine del mandato, il Presidente viene nominato Presidente onorario per il mandato successivo.</p> <p>Il Presidente ha la rappresentanza legale e giudiziale della Società, convoca e presiede il Consiglio direttivo e l'Assemblea dei soci e nomina il Segretario e il Tesoriere, scelti tra i soci che abbiano svolto almeno un mandato di Consigliere.</p> <p>In caso di comprovata necessità ed urgenza, il Presidente delibera, con i poteri del Consiglio Direttivo, su qualsiasi argomento che interessi la Società. In quest'ultimo caso la deliberazione del Presidente deve essere sottoposta alla ratifica del Consiglio direttivo nella seduta immediatamente successiva.</p> <p>Il Presidente nomina tra i Soci che abbiano svolto almeno un mandato di Consigliere, il Tesoriere ed il Segretario della Società i quali sono tenuti a svolgere le funzioni statutariamente previste e rendono conto del loro operato al Consiglio direttivo.</p>
--------------------------	--

<p>Assicurazione Qualità AQ</p>	<p>Assicura la conformità dei processi alle procedure. Monitora ed attua, su delega della Direzione, tutte le attività del SGQ. Attuare la politica della qualità stabilita dalla direzione generale. Garantire una comunicazione efficace all'interno della società. Divulgare e fare recepire i requisiti del sistema qualità Raccogliere dati di ingresso per il riesame della Direzione Curare i rapporti con l'ente di certificazione <u>Requisiti Minimi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nomina del presidente della Società tra i soci. • Condivisione della politica e degli obiettivi aziendali. • Capacità di comunicazione e leadership.
<p>Soci</p>	<p>Sono Soci della Società i Soci ordinari, i Soci Onorari ed i Soci Sostenitori, nazionali e stranieri. Sono Soci Ordinari della Società gli specialisti in Dermatologia e Venereologia in regola con il versamento della quota associativa stabilita dal Consiglio Direttivo. La richiesta di associazione ordinaria deve essere accompagnata da una dichiarazione sottoscritta da due soci ordinari, associati alla Società da almeno due anni, attestante la sussistenza dei titoli per l'iscrizione alla Società ed è inviata al Segretario della Società. La richiesta d'associazione si intende accolta ad avvenuta approvazione da parte del Consiglio Direttivo e pagamento della quota associativa. La qualità di Socio Ordinario permane negli anni successivi sempreché la quota associativa annuale venga regolarmente versata. Sono altresì soci ordinari gli Specializzandi in Dermatologia e Venereologia, i quali sono peraltro esentati dal versamento della quota associativa. Lo specializzando risulterà automaticamente iscritto al ricevimento dei suoi dati contestualmente all'espressa volontà di essere socio e all'autocertificazione di specializzando. Sono Soci Onorari della Società coloro, italiani e stranieri, che abbiano acquisito significativi riconoscimenti in campo dermatologico ovvero si siano distinti per speciali benemerienze verso la Società. La richiesta d'associazione di un Socio Onorario è presentata al Consiglio Direttivo da almeno cinque Soci, associati alla Società da almeno cinque anni, e deve essere accolta dal Consiglio Direttivo. I Soci Onorari non sono tenuti al pagamento della quota annuale d'associazione e conservano la qualità di socio sino a delibera contraria del Consiglio Direttivo. I Soci Onorari non hanno diritto di voto. Sono Soci Sostenitori le persone fisiche e giuridiche italiane e straniere, le associazioni, le fondazioni e gli enti di diritto pubblico e privato che erogano sovvenzioni e contributi alla Società o che, comunque, contribuiscano, in diverse forme e modalità, alla realizzazione delle finalità statutarie della Società. L'adesione del Socio Sostenitore è approvata dal Consiglio Direttivo su proposta del Presidente. I Soci Sostenitori non sono tenuti al pagamento della quota annuale d'associazione e conservano la qualità di socio sino a delibera contraria del Consiglio Direttivo. I Soci Sostenitori non hanno diritto di voto.</p>
<p>Segreteria SEG</p>	<p>Processa le fatture. Effettua eventuali verifiche presso i Fornitori garantendo una assidua comunicazione con essi. Gestisce i pagamenti. Coordina la comunicazione con i soci. Risponde ad eventuali quesiti posti dagli utenti. Archivia la documentazione amministrativa. Esegue le disposizioni del Presidente. Redige i verbali delle riunioni del Consiglio. Predisporre i documenti amministrativi. <u>Requisiti Minimi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diploma Scuola Media Superiore • Esperienza in posizione analoga di almeno 2 anni • Conoscenza Informatica di base.

<p>Consiglio direttivo CD</p>	<p>La Società è diretta e amministrata dal Consiglio Direttivo, cui è affidata la gestione ordinaria e straordinaria. Il Consiglio Direttivo approva in via preliminare il bilancio da sottoporre ogni anno, unitamente alle relazioni del Presidente e del Revisore dei conti, all'approvazione dell'Assemblea.</p> <p>Il Consiglio Direttivo è composto da dieci Consiglieri eletti dai Soci Ordinari fra i Soci Ordinari iscritti alla Società da almeno cinque anni e da un ulteriore membro, con la funzione di Presidente.</p> <p>L'elezione dei dieci Consiglieri avviene per via telematica con le modalità previste dal Regolamento.</p> <p>I Consiglieri restano in carica per due anni e possono essere rieletti immediatamente una sola volta.</p> <p>Quando venga a mancare un Consigliere si provvederà tempestivamente alla nuova elezione con le medesime modalità; il consigliere così eletto rimarrà in carica per un biennio a decorrere dalla sua elezione.</p> <p>I dieci Consiglieri ed il Presidente eleggono il Presidente Eletto tra i Soci Ordinari da almeno cinque anni che abbiano rivestito la carica di consigliere per almeno due anni; Presidente eletto che assumerà la funzione di Presidente alla scadenza del mandato del Presidente in carica o qualora per qualsiasi altra causa venga a mancare il Presidente.</p> <p>Qualora manchi il Presidente Eletto i dieci Consiglieri eleggono il Presidente - che assumerà immediatamente la funzione - tra i Soci Ordinari da almeno cinque anni che abbiano rivestito la carica di consigliere per almeno due anni.</p> <p>Qualora vengano a mancare il Presidente ed il Presidente Eletto i Consiglieri in carica provvederanno, qualsiasi sia il loro numero, a nominare senza indugio il Presidente. Ricostituito il Consiglio si provvederà immediatamente all'elezione del Presidente Eletto.</p> <p>Il Consiglio Direttivo è convocato dal Presidente almeno tre volte all'anno allorché lo ritenga opportuno o ne sia fatta richiesta da almeno cinque consiglieri. La convocazione, contenente l'ordine del giorno, è inviata ai membri del Consiglio almeno tre giorni liberi prima di quello fissato per la riunione.</p> <p>Le riunioni possono svolgersi anche in via telematica con le modalità previste dal Regolamento.</p> <p>Per la validità delle riunioni del Consiglio direttivo è necessaria la presenza di almeno sei membri.</p> <p>La presidenza delle riunioni del Consiglio Direttivo spetta al Presidente. In caso di sua assenza o impedimento la presidenza verrà assunta dal membro più anziano di età presente alla riunione.</p> <p>Le deliberazioni sono prese a maggioranza degli intervenuti. Nelle votazioni, in caso di parità, prevale il voto del Presidente.</p> <p>Partecipa alle riunioni del Consiglio Direttivo, con diritto di parola ma senza diritto di voto, il Tesoriere.</p> <p>Il verbale delle riunioni è redatto dal Segretario, e viene poi sottoscritto anche dal Presidente.</p> <p>Il Consiglio Direttivo tiene l'Albo dei Soci e delibera, una volta acquisito il parere, obbligatorio ma non vincolante, del Collegio dei Probiviri, la sospensione o l'esclusione dalla Società dei Soci che non conformino la loro azione alle finalità della Società stessa e/o che abbiano tenuto una condotta contraria al presente Statuto.</p>
<p>Segretario</p>	<p>Il Consiglio Direttivo nomina, tra i propri membri, il Segretario della Società il quale assicura l'ordinario funzionamento della sede della Società, tiene la corrispondenza e cura la stampa degli atti della Società.</p> <p>Il Segretario segue altresì i lavori delle Commissioni e dei Gruppi di Lavoro nei quali si articola l'attività dell'associazione e riferisce al Consiglio Direttivo in merito all'andamento degli stessi.</p> <p>Requisiti minimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laurea in medicina • Specialità in dermatologia • Aver almeno due anni come Consigliere • Soci SIDeMaST
<p>Tesoriere</p>	<p>Il Consiglio Direttivo nomina il Tesoriere, scelto tra i Soci ordinari che abbiano rivestito la carica di consigliere.</p> <p>Il Tesoriere cura la predisposizione del bilancio della Società e la sua presentazione al Consiglio Direttivo ed al Revisore dei Conti e segue, d'intesa con il Segretario, la riscossione delle entrate e l'erogazione delle uscite con poteri di firma a tal fine, nei limiti indicati dal Presidente, conservando ogni atto a ciò relativo.</p> <p>Il Tesoriere dura in carica due anni e può essere rieletto immediatamente una sola volta.</p>

<p align="center">Collegio dei probiviri CP</p>	<p>Il Collegio dei Probiviri è composto di tre membri ed è eletto dai Soci Ordinari per via telematica con le modalità stabilite nel Regolamento.</p> <p>I Probiviri sono scelti fra i Soci iscritti alla Società da almeno dieci anni, durano in carica quattro anni e non sono immediatamente rieleggibili.</p> <p>Qualora venga a mancare, per dimissioni o altra causa, un membro del Collegio, si provvederà senza indugio alla nuova elezione con le medesime modalità; ed il membro così eletto durerà quattro anni decorrenti dalla sua nomina.</p> <p>I Probiviri nominano al loro interno il Presidente del Collegio.</p> <p>Spetta al Collegio dei Probiviri l'esame, senza formalità di procedura, di tutte le controversie che possono insorgere tra i soci e tra questi e la Società, nonché di tutte quelle questioni che, a giudizio del Consiglio Direttivo, richiedano un'indagine riservata.</p> <p>Il parere dei Probiviri, non vincolante, è obbligatorio quando si debba deliberare la sospensione o l'esclusione di un Socio dalla Società. In tal caso il Collegio deve dare il proprio parere scritto entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta. In mancanza si procede senza parere.</p> <p>Le decisioni del Consiglio Direttivo prese in difformità del parere reso dal Collegio dei probiviri sono valide se approvate con la maggioranza dei due terzi dei componenti, con arrotondamento in ogni caso ad unità superiore. Il Presidente comunica al Socio la decisione assunta</p>
<p>Responsabile Informatico</p>	<p>Verifica che le strutture hardware e software siano adeguate e permettano una corretta erogazione dei servizi della società compresa l'archiviazione dei dati.</p> <p>Tiene i contatti con i soggetti che forniscono le attrezzature hardware e software.</p> <p>Gestisce la piattaforma FAD:</p> <p><u>Requisiti Minimi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diploma Scuola Media Superiore • Esperienza in posizione analoga di almeno 2 anni • Conoscenze hardware e software

Alle persone cui sono attribuite responsabilità compete un livello di qualifica proporzionato al proprio ruolo.

La direzione, definisce le modalità per la selezione delle risorse interne ed esterne idonee a svolgere le attività di lavoro, regola le attività di formazione e addestramento, con l'obiettivo di:

- Istruire il personale sui compiti connessi alla propria mansione
- Accrescere le competenze e le capacità operative del personale
- Coinvolgere le risorse per la condivisione della Politica e degli obiettivi della Qualità

Ogni attività di formazione/addestramento svolta, viene gestita da AQ attraverso il modello Scheda Personale (MQ 01.01) nella quale oltre ai dati anagrafici del personale sono elencate le attività di formazione/addestramento svolte e il relativo grado di efficacia raggiunto sia per quanto attiene argomentazioni inerenti il SGQ che le proprie mansioni. L'efficacia è da intendersi positiva quando la persona dimostra praticamente durante l'attività di servizio e/o attraverso prove scritte (vedi attestati di qualifica) l'acquisizione dei contenuti erogati durante il corso o addestramento sostenuto. AQ è responsabile della registrazione in *MQ 01.01 Scheda Personale* del grado di efficacia conseguito dal personale aziendale interessato. Qual'ora l'efficacia si rivelasse "negativa" vengono attivate le procedure riguardanti la pianificazione e trattazione delle azioni correttive del caso.

AQ in sede di Riesame sottopone PR i risultati conseguiti dal personale riguardo ai momenti formativi svolti e collabora con la stessa alla pianificazione di quelli per l'anno in corso registrandoli nel modello Piano della Formazione (M 6.2.2).

5.3 Infrastrutture

SIDeMaST ha individuato, fornito, mantenuto le infrastrutture necessarie per assicurare la conformità alle esigenze personali e alla normativa vigente sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso:

- Spazi di lavoro adeguati e attrezzati
- Disponibilità di apparecchiature, attrezzature, software
- Strumenti documentali di supporto.

L'efficienza delle apparecchiature, attrezzature, software è uno dei presupposti fondamentali per garantire la qualità delle attività svolte dall'azienda. SIDeMaST svolge la propria attività utilizzando principalmente la rete informatica: gli archivi sono accuratamente conservati mentre i file sono sottoposti a regolare back up. Per quanto concerne l'erogazione dei corsi e lo svolgimento dei congressi il controllo delle infrastrutture è garantito dalla selezione dei fornitori e dalla verifica delle medesime da parte di AQ.

Le modalità di salvataggio dei dati sono descritte nella procedura Attività della Direzione (PS 01).

5.4 Ambiente di lavoro

SIDeMaST, sotto la responsabilità della Direzione e con la collaborazione di AQ, ha attivato una serie di attività volte ad assicurare un ambiente di lavoro adeguato al mantenimento di quanto definito nella Politica per la Qualità. AQ garantisce che:

- Siano definiti e pianificati metodi di lavoro, al fine che ogni responsabilità coinvolta contribuisca al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- Siano applicate condizioni nell'ambiente di lavoro rispettose sia delle esigenze dei singoli, che dell'insieme delle risorse aziendali;
- Vengano assicurate le attività di gestione e manutenzione delle attrezzature aziendali (PC).

6. LA DEFINIZIONE DEI PROCESSI

6.1 Pianificazione

Per la pianificazione delle attività, SIDeMaST dispone di una struttura tecnico-organizzativa ben definita.

La pianificazione avviene attraverso:

1. il sito internet;
2. le riunioni periodiche del Consiglio Direttivo e dell'Assemblea dei soci;
3. la definizione di schede Progetto o di Schede Evento per dettagliare le fasi di realizzazione delle attività.

6.1.1 Requisiti del cliente

Preventivamente le prestazioni (tipologia, modalità, indicazioni, consigli etc.) che i soci o gli utenti possono attendersi dall'adesione alla Società sono definite nel sito internet: questo raccoglie l'impegno che SIDeMaST unilateralmente si assume con i soci ed utenti. L'impegno nell'individuazione e le modalità di definizione dei requisiti avvengono secondo quanto definito nei seguenti documenti:

- PQ.01 Progetti di ricerca
- PQ.02 Gestione Società
- PQ.03 Congressi ed Eventi
- PQ.04.01 Progettazione ECM
- PQ.04.02 Erogazione ECM
- PQ.05 Gestione Web
- PQ.06 Borse di studio

6.1.2 Comunicazione con il cliente

La comunicazione rappresenta lo strumento primario per garantire il raggiungimento di obiettivi strategici e per promuovere lo studio ed il progresso delle discipline, l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli associati, l'elaborazione di linee guida, e la promozione di trials di studio e di ricerche scientifiche.

La comunicazione è curata attraverso:

- Sito internet
- Congresso nazionale
- Rivista italiana di Dermatologia
- Comunicazioni specifiche a mezzo mail (newsletter)
- Materiale informativo

6.2 Progettazione

La progettazione è relativa allo sviluppo di:

- ° Eventi e Congressi;
- ° Ricerca;

I documenti di seguito elencati regolamentano tale attività:

- PQ.01 Progetti di ricerca
- PQ.03 Congressi ed Eventi
- PQ.04.01 Progettazione ECM

6.2.1 Elementi in entrata/uscita della progettazione

Elementi in entrata:

- richieste/specifiche del medico dermatologo
- contatti con soggetti pubblici e non

Elementi in uscita:

- pianificazione evento formativo
- attribuzione mezzi/risorse
- accreditamenti ministeriali

6.2.2 Riesame e verifica della progettazione

Il riesame della progettazione consiste in un'analisi critica del progetto al fine di verificare la capacità dello stesso a soddisfare i requisiti qualitativi e quantitativi richiesti dal Cliente in fase contrattuale (*PQ 04.01 Progettazione ECM*).

L'attività di verifica coincide con quella di riesame sebbene le loro finalità siano distinte in quanto durante la verifica si valutano se gli elementi in uscita dalla progettazione sono compatibili con i relativi requisiti in ingresso.

6.2.3 Validazione della progettazione

La validazione viene effettuata al termine del lavoro eseguito e consiste nella verifica circa l'efficacia dell'attività svolta e del raggiungimento degli obiettivi prefissati. La mancata validazione di un progetto comporta l'implementazione di azioni correttive.

Per ciascuna delle attività descritte al cap. 6.2 sono state definite delle procedure che includono le fasi di pianificazione, riesame, verifica e validazione.

6.3 Approvvigionamento

6.3.1 Processo di approvvigionamento

Le attività di acquisto sono centralizzate per un migliore coordinamento negli approvvigionamenti.

Il processo di approvvigionamento è rappresentato dalla sequenza delle seguenti attività:

- preventiva valutazione e qualifica dei potenziali Fornitori;
- definizione di appropriate specifiche tecniche, qualitative e commerciali, nel rispetto delle politiche aziendali;
- valutazione delle offerte dal punto di vista della sicurezza, tecnico, qualitativo e commerciale;
- appropriato controllo sulle attività, commisurato alla tipologia delle stesse.

SIDeMaST si avvale prevalentemente di fornitori storici attuando una attività di riqualifica annuale basata sulle prestazioni dell'anno precedente.

Per la qualifica dei fornitori nuovi sono utilizzati i seguenti criteri:

- ❑ storico/conoscitivo
- ❑ impact factor (per società editoriali)
- ❑ costi o rispondenza a requisiti di bando (per società organizzatrici)
- ❑ certificazione Iso 9001

L'esito della valutazione viene registrata sul modello *M.DQ.01Vendor list*.

Il monitoraggio viene effettuato attraverso la registrazione delle non conformità rilevate: il fornitore che abbia superato le quattro non conformità viene eliminato dall'albo in quanto NON QUALIFICATO; il fornitore che abbia commesso meno di tre non conformità in due anni viene QUALIFICATO CON RISERVA e tenuto sotto controllo in modo rigoroso, avvisato del suo giudizio di qualificazione; le forniture nei suoi confronti non vengono sospese. Nessuna NC comporta automaticamente la cancellazione del fornitore.

6.3.2 Informazioni per l'approvvigionamento

L'ordine di acquisto è il documento aziendale utilizzato per la formalizzazione dei termini contrattuali con il fornitore; questo viene emesso dalla Segreteria e contiene informazioni riguardo i dati identificativi del fornitore, la descrizione della fornitura, il prezzo (se conosciuto), richiesta di eventuale documentazione tecnica.

In taluni casi, l'ordine può essere preceduto da una richiesta di offerta al fine di valutare le possibilità migliori offerte dai vari fornitori; tutta la documentazione attestante il processo di approvvigionamento è archiviata da SEG. È prevista la gestione informatica (mail-internet) dell'ordine di acquisto la quale segue le stesse prassi operative relative agli approvvigionamenti: in quest'ultimo caso le registrazioni sono conservate a livello informatico.

Il controllo "in entrata" di quanto approvvigionato avviene direttamente in sede da parte di SEG o da parte delle Hostess qual'ora la consegna avvenisse presso la struttura logistica interessata; il riscontro di eventuali non conformità (es: ritardo consegna, materiale errato per tipologia, etc.) comportano la registrazione e trattazione sulla modulistica predisposta.

I rapporti con i fornitori di servizi (es: docenze) sono definiti da lettere di incarico che disciplinano le responsabilità reciproche, l'oggetto della prestazione, i tempi di esecuzione e gli aspetti economici.

6.4 Attività di erogazione dei servizi

SIDeMaST ha pianificato e documentato le proprie attività lavorative, predisponendo opportune procedure, al fine di garantire un completo soddisfacimento delle richieste del cliente. Nelle procedure di processo (PQ) sono descritti tutti gli elementi necessari alla realizzazione dell'evento formativo, alla gestione del Web, borse di studio, etc.

Le attività si sviluppano attraverso fasi ben precise quali:

- Distribuzione degli incarichi di lavoro alle diverse responsabilità coinvolte
- Predisposizione delle risorse strutturali necessarie allo svolgimento delle attività
- Predisposizione della documentazione necessaria alla realizzazione del corso
- Gestione delle risorse economiche (es: rendicontazioni finali)

Le attività sono pianificate così pure la documentazione a corredo, sia essa di riferimento che di registrazione; la pianificazione degli interventi volti all'erogazione del servizio prevede la definizione di tempi e modi di intervento con conseguente analisi delle risorse coinvolte. I dettagli di tale pianificazione e successiva erogazione dell'evento sono riportati in apposite procedure

6.4.1 Validazione erogazione servizi

La Qualità dell'evento formativo, dell'evento in generale e del progetto di ricerca è preventivamente assicurata dalla qualifica dei fornitori dell'Organizzazione e si avvale dei documenti che raccolgono le specifiche degli Eventi o dei progetti per un alto livello di rispondenza alle sue aspettative nell'erogazione del servizio. Tutto il processo dalla richiesta del Medico Organizzatore alla erogazione è sotto controllo perché gestito tramite il sistema predisposto dal Ministero della Salute e attraverso la scelta di fornitori qualificati e sottoposti a verifica da parte della Segreteria. Lo stesso vale per i Congressi ed i progetti di ricerca.

Costanti controlli sono eseguiti sulle adesione alla Società e sul riscontro da parte dei soci alle attività erogate.

6.4.2 Rintracciabilità

L'identificazione degli eventi e la successiva rintracciabilità è garantita dai riferimenti ministeriali ECM, per i corsi/congressi riportati su tutti i documenti caratterizzanti l'univocità dell'evento formativo; nel caso trattasi di borse di studio o altro, il titolo dell'evento e la data di svolgimento rappresentano i codici identificativi ai fini della rintracciabilità

6.4.3 Proprietà del cliente

Gli unici dati di proprietà dei clienti che gestisce SIDeMaST sono le informazioni (es: dati anagrafici, professionali, etc.) necessarie allo svolgimento del servizio erogato in ottemperanza ai vincoli legislativi.

Qualsiasi informazione viene da SIDeMaST trattata in osservanza al Dlgs 196/2003.

6.4.4 conservazione dei prodotti

I prodotti per i quali viene effettuata la conservazione sono essenzialmente quelli di cancelleria utilizzati a livello di ufficio e il materiale didattico impiegato per l'erogazione dei corsi formativi; in entrambi i casi vengono rispettate le modalità di conservazione secondo quanto prescritto sugli imballi originali per impedire danni o deterioramenti

7. LE OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

SIDeMaST ha attivato procedure volte a definire e regolamentare i processi relativi alla misurazione, all'analisi e al miglioramento del Sistema di Gestione Qualità.

Gli strumenti utilizzati a tale proposito riguardano:

- Valutazione efficacia attività formativa del personale
- Valutazione della soddisfazione del cliente
- Monitoraggio dei processi
- Gestione delle verifiche ispettive interne
- Gestione delle azioni correttive e preventive
- Analisi ed elaborazione di dati per il miglioramento continuo (es: valutazione periodica fornitori, gestione non conformità, etc.)

I risultati delle azioni sopra descritte in termini di elaborati, registrazioni, sono un dato d'ingresso per l'attività di Riesame della Direzione.

7.1 Soddisfazione del cliente

La soddisfazione di soci ed utenti è monitorata attraverso molteplici indici.

Sul gradimento delle attività della società importante risulta essere il numero di nuove adesioni o il rinnovo delle stesse. Lo stesso dicasi per il grado di partecipazione ai Congressi in cui ha luogo la riunione dell'assemblea dei soci.

Particolare cura è posta nel monitorare la soddisfazione del cliente a seguito di erogazione di eventi formativo. La procedura prevede un questionario attraverso il quale socio esprime le informazioni ritenute rilevanti al fine dell'erogazione del servizio stesso: rilevanza dei contenuti congressuali, appropriatezza delle strutture, qualità dei servizi offerti, modalità di informazione/aggiornamento, etc.. Questo modello può costituire un notevole supporto nel proseguo delle prestazioni, al fine di adattare i comportamenti del personale a particolari esigenze riscontrate.

Altrettanta cura è posta nel raccogliere reclami o segnalazione da parte degli utenti o dei soci.

7.2 Verifiche interne

Ad intervalli periodici vengono condotte a cura di personale preposto e qualificato le attività di verifica dello stato di attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità. Queste verifiche tengono conto del grado di comprensione ed acquisizione delle metodiche del sistema e costituiscono per la Direzione il principale strumento di monitoraggio interno.

Tale attività è regolamentata dalla Procedura Attività di Direzione (PS.01).

7.3 monitoraggio e misurazione servizi/processi

Per misurazione e monitoraggio dei processi si intende la valutazione di tutte quelle caratteristiche che incidono sull'erogazione delle attività svolte da SIDeMaST che necessitano di essere monitorate per assicurare che i processi siano idonei ad ottenere i risultati prefissati.

I reclami del cliente (comprese le segnalazioni dei discenti), il numero di adesioni nuove o il rinnovo delle stesse, rappresentano degli indicatori da monitorare costantemente: l'assenza, l'aumento o la riduzione delle segnalazioni, sono il risultato finale più o meno soddisfacente del lavoro svolto dal personale aziendale e dai relativi fornitori (docenti), a cui possono far seguito una serie di azioni correttive/preventive.

Il controllo del servizio viene garantito da:

- Utilizzo di attrezzature e materiale didattico idoneo
- Impiego di personale competente e tecnicamente preparato
- Rispetto delle direttive ministeriali

7.4 Gestione delle non conformità e azioni correttive e preventive

La Direzione di SIDeMaST è convinta che una corretta gestione delle Non Conformità che si presentano può costituire una occasione di crescita per l'intera azienda.

Tutti sono coinvolti nel segnalare le non conformità nel funzionamento dell'organizzazione aziendale.

AQ o la Segreteria hanno sufficiente autonomia decisionale per risolvere le Non Conformità a bassa criticità.

Per le non conformità più critiche è coinvolta la Direzione in forma diretta e/o tramite attività di riesame da parte della direzione (Vedi PS.01).

In ambito di risoluzione delle Non Conformità possono essere messe in atto quelle azioni correttive e/o preventive che il caso prevede (*PS 01 Attività di Direzione*); la successiva verifica circa l'efficacia delle azioni implementate volte alla risoluzione dei problemi, viene valutata in sede di Riesame della Direzione.

Le azioni preventive sono finalizzate a prevenire l'insorgere di potenziali NC al fine di evitare il verificarsi.

Il Presidente, in collaborazione con AQ, sulla base delle segnalazioni emerse durante il Riesame della Direzione e dall'analisi delle potenziali NC, identifica le AP da intraprendere. Tali azioni sono documentate, monitorate e gestite secondo quanto definito in apposita procedura. L'efficacia delle AP/AC viene verificata da AQ a distanza di tempo dalla realizzazione della risoluzione e da DG nell'ambito del Riesame della Direzione

7.5 Analisi dei dati

SIDeMaST raccoglie e analizza i dati per:

- Stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del proprio Sistema di Gestione Qualità;
- Ottenere informazioni relative alla soddisfazione del cliente (compresi i discenti), alla conformità ai requisiti richiesti dal cliente, alla capacità dei fornitori di soddisfare le esigenze dell'organizzazione;

L'analisi e valutazione viene effettuata mediante:

- Dati numerici, raffrontati agli obiettivi prestabiliti
- Raffronti in termini percentuali e assoluti con realtà comparative attendibili (confronti con anni precedenti, andamento delle aziende concorrenti, trend evolutivo del mercato,...)
- Rappresentazioni grafiche (istogrammi, diagrammi,....)