



MANUALE DELLA QUALITÀ

A.S.D. MASTER RAPID CBL

codice CAS: LBSA0238 – codice FIJKAM: K0302432 – codice CSEN: 10812
tel. fax. Segreteria Centrale 0364591342 cell. 3385456641 – Codice Fiscale/Partita Iva 02677440980

www.karaterapid.it

MANUALE di GESTIONE QUALITÀ

redatto conformemente alla norma **UNI-EN-ISO 9001:2008**

COPIAMANUALE NON SOGGETTA A REVISIONE

COPIAMANUALE SOGGETTA A REVISIONE

Assegnato a: Francesco Maffolini (Presidente)

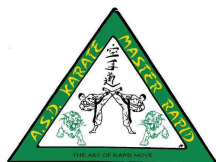
in data: 18.01.2010

Firma:

Il MANUALE di GESTIONE QUALITÀ di AMD KARATE MASTER RAPID CBL non può essere assegnato e/o riprodotto (anche in parte) senza l'autorizzazione del Consiglio Direttivo.

I destinatari delle copie del presente MANUALE di GESTIONE QUALITÀ, qualora assumessero altro incarico all'interno dell' Associazione, in posizioni tali da non prevederne l'assegnazione, o qualora abbandonassero per un qualunque motivo l' Associazione, dovranno restituire la propria copia al Responsabile del Sistema di Gestione Qualità.

La contravvenzione alla sopracitata regola può essere perseguita secondo le norme del Codice Civile.



MANUALE DELLA QUALITÀ

INDICE

0.	GENERALITÀ.....	3
0.1	MANUALE di GESTIONE QUALITÀ.....	3
0.2	STRUTTURA DEL MANUALE QUALITÀ.....	3
0.3	PROCESSI ASSOCIATIVI.....	3
0.4	RELAZIONE CON LA NORMA UNI EN ISO 9004:2000.....	4
0.5	ALTRI SISTEMI DI GESTIONE	4
1.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
1.2	APPLICAZIONE.....	4
2.	RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI.....	5
3	TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI.....	5
3.1	TABELLA ABBREVIAZIONI.....	5
4.	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ'.....	5
4.1	GENERALITÀ.....	5
4.2	DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE.....	5
5.	RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE.....	7
5.1	IMPEGNO DELLA DIREZIONE.....	7
5.2	ATTENZIONE FOCALIZZATA ALL'ASSOCIATO.....	7
5.3	POLITICA PER LA QUALITÀ.....	7
5.4	PIANIFICAZIONE.....	8
5.5	RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE.....	9
5.6	RIESAME DA PARTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO.....	10
6.	GESTIONE DELLE RISORSE.....	11
6.1	MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.....	11
6.2	RISORSE UMANE.....	11
6.3	INFRASTRUTTURE.....	12
6.4	AMBIENTE ASSOCIATIVO.....	12
7.	EROGAZIONE DEL SERVIZIO DIDATTICO.....	12
7.1	PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	12
7.2	PROCESSI RELATIVI AL RAPPORTO CON L'ASSOCIATO.....	12
7.3	PROGETTAZIONE E/O SVILUPPO.....	13
7.4	AGGIORNAMENTO.....	14
7.5	EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA.....	15
7.6	TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO.....	15
8.	MIGLIORAMENTO.....	16
8.1	GENERALITÀ.....	16
8.2	MONITORAGGIO E MISURAZIONI.....	16
8.3	TENUTA DELL'ANDAMENTO NUMERICO E GRADO DI PIACIMENTO.....	17
8.4	ANALISI DEI DATI.....	18
8.5	MIGLIORAMENTO.....	18
9	DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO.....	20
10	DESCRIZIONE DELLA REVISIONE.....	20



MANUALE DELLA QUALITÀ

0. GENERALITÀ

A.S.D. Master Rapid CBL è una Associazione Sportiva Dilettantistica non a scopo di lucro che opera principalmente in provincia di Brescia e di Bergamo.

Lo scopo dell'Associazione è quello di divulgare la pratica del Karate e promuovere l'attività sportiva sia agonistica che amatoriale, fornendo un indiscusso servizio sociale alla zona interessata tramite i corsi promossi.

Attività socialmente utile in quanto punto d'incontro e di aggregazione giovanile, l'associazione sportiva esiste grazie alla devozione ed al sacrificio di tante persone tra cui Dirigenti e Insegnanti/Istruttori, che offrono i loro servizi volontariamente guidati dalla passione per lo sport e da una missione educativa inesauribile.

Attraverso il Sistema di Gestione per la Qualità A.S.D. Master Rapid CBL e le diverse iniziative sia a carattere sportivo, culturale, educativo e sociale vuole conseguire principalmente i seguenti obiettivi:

1. Fornire una serie di strumenti ai propri Allievi ed Atleti attraverso i quali possono valutare l'effettiva qualità di quanto realizzato nel rispetto di quanto pianificato
2. Utilizzare gli elementi del Sistema di Gestione per la Qualità per conseguire una migliore efficacia ed efficienza dei processi della Organizzazione siano essi interni ed esterni, sviluppando maggiormente il coinvolgimento di tutto i soggetti coinvolti ai diversi livelli.
3. Definire un sistema di indicatori che permettano il monitoraggio dei processi ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

0.1 MANUALE di GESTIONE QUALITÀ

✂ Il Manuale definisce e documenta i criteri guida su cui si basa il Sistema di Gestione per la Qualità implementato conformemente, alla norma ISO 9001: **2008**, è specifico compito del Consiglio Direttivo, renderlo coerente e rispondente alla Politica della Qualità aziendale e soprattutto verificare la sua reale e costante applicazione all'interno dell'Associazione.

Esso quindi rappresenta, sia per all'interno che all'esterno la linea guida ed il riferimento per l'applicazione sistematica e la verifica dell'adeguatezza del sistema di gestione per la qualità.

La gestione del Manuale Qualità risulta essere effettuata in conformità a quanto definito dalla procedura per la Gestione della Documentazione Sistema Qualità, Documenti di Registrazione della Qualità e Gestione Dati informatici (PR 4.1); che disciplina le modalità di emissione e controllo del Manuale Qualità e dei documenti ad esso collegati ovvero la gestione delle registrazioni delle attività eseguite nonché la gestione dei dati su supporto informatico.

COPIE SOGGETTE A REVISIONE	COPIE NON SOGGETTE A REVISIONE
<i>Le copie soggette a revisione sono distribuite attraverso la documentazione richiamata nella PR 4.1. Nel caso di modifiche è compito del Responsabile Gestione Qualità revisionare il documento ed emetterlo e distribuirlo facendosi restituire le copie superate. Ogni qualvolta interviene una modifica ad una o più sezioni questo comporta la modifica del Manuale di Gestione per la Qualità.</i>	<i>Le copie non soggette a revisione sono distribuite in forma non controllata, viene comunque compilata la «copertina», ed eseguita fotocopia, tale fotocopia è conservata da SGQ.</i>

Le modifiche approntate alla documentazione di Sistema sono evidenziate nel testo come di seguito indicato:

- Le parti aggiunte sono evidenziate in **grassetto - corsivo - sottolineato a parola**
- Le parti eliminate sono evidenziate apponendo all'inizio del paragrafo il simbolo ✂.

Ad ogni modifica corrisponde una revisione ed una distribuzione (per le copie in forma controllata – PR 4.1), indicando la "Natura e la causa della Revisione", nel paragrafo specifico del documento modificato.

0.2 STRUTTURA DEL MANUALE QUALITÀ

✂ Il Manuale Qualità è strutturato alla norma ISO 9001: **2008**.

0.3 PROCESSI ASSOCIATIVI

La presente sezione definisce il modello organizzativo generale preso come riferimento per i diversi processi aziendali nonché i relativi collegamenti fra le diverse fasi.

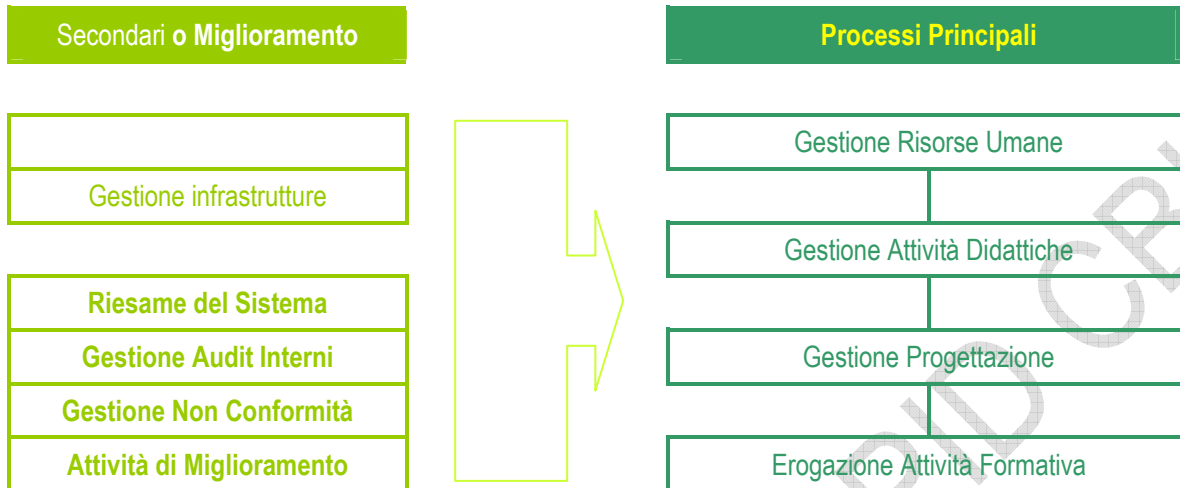


MANUALE DELLA QUALITÀ

Per processo si intende “una attività, che utilizza risorse e che è gestita per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita”

spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso per un processo successivo”.

A livello generale il modello per processi è quello indicato nella figura sottostante:



Per ogni processo si è inteso sviluppare procedure di dettaglio all'interno dei quali si specificano i dati di input e output, i responsabili, gli indicatori gli aspetti relazionali e metodologici nonché gli elementi di registrazione delle attività svolte.

0.4 RELAZIONE CON LA NORMA UNI EN ISO 9004:2009

Gli aspetti maggiormente presi in considerazione sono quelli legati alla valutazione dell'efficacia ed efficienza del Sistema di Gestione per la Qualità adottato nei diversi processi come l'attenzione all'Associato ed a tutte le parti interessate, la soddisfazione dei nostri collaboratori, la comunicazione sia interna che esterna, etc.

0.5 ALTRI SISTEMI DI GESTIONE

La presente sezione ha lo scopo di collegare al presente Sistema di Gestione per la Qualità, laddove possibile e ritenuto utile, alcuni adempimenti legati alla gestione di tematiche e procedimenti relativi alla sicurezza e salute nei luoghi di pratica, alla gestione delle tematiche ambientali ed alla gestione dei dati personali. Tali aspetti sono gestite nelle dovute forme all'interno dei singoli sistemi al di fuori del MQ.

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il SGQ si applica alla seguente attività:

PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DELL'INSEGNAMENTO, ADDESTRAMENTO ED AVVIAMENTO ALLA DISCIPLINA DELLO SPORT DEL KARATE, ANCHE ATTRAVERSO CORSI, MANIFESTAZIONI, TORNEI PROMOZIONALI E AGONISTICI

La finalità che A.S.D. Master Rapid CBL si prefigge è duplice:

- Il miglioramento della capacità di offrire la garanzia, adeguatamente documentata, che l'Organizzazione è in grado di ottemperare agli impegni assunti con gli associati, alle disposizioni legislative, regolamentari e, nel rispetto completo degli standard di sicurezza nonché della propria Politica e Strategia.
- L'utilizzo degli elementi del Sistema di Gestione per la Qualità per conseguire una migliore efficacia ed efficienza dei propri processi organizzativi, ottenibile mediante una razionalizzazione degli stessi, con il coinvolgimento e l'adeguata preparazione e formazione di tutto lo Staff Tecnico e Dirigenziale, gruppo genitori volontari e simpatizzanti ai diversi livelli.

1.2 APPLICAZIONE

✂ Tutti i punti della norma UNI EN ISO 9001:2008 risultano applicati.



MANUALE DELLA QUALITÀ

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

✂ Di seguito vengono riportati i principali riferimenti legislativi e normativi a cui A.S.D. Master Rapid CBL fa riferimento nell'ambito dell'organizzazione di sistema:

UNI EN ISO 9000:2005 Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario;

UNI EN ISO 9001:**2008** Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti;

UNI EN ISO 9004:**2009** Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni;

3 TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

✂ I termini e le definizioni che si applicano per il presente Manuale sono quelli indicati nella norma

ISO 9001: **2008** Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia.

I Termini per descrivere la catena di erogazione del servizio didattico, sono stati modificati per uniformarsi alla terminologia di uso corrente alla ISO 9000:2005.

3.1 TABELLA ABBREVIAZIONI

✂ MQ	Manuale Qualità	REV.	Revisione
PR	Procedure Gestionali	NC	Non Conformità
IL	Istruzione seduta d'allenamento	AC	Azioni Correttive
MOD.	Modello/Modulo	AP	Azioni Preventive
EDIZ.	Edizione	A.I.	<u>Audit Interni</u>
DIR	Consiglio Direttivo	APP	Servizio Approvvigionamenti
SGQ	Gestione Qualità	DTE	Staff Tecnico e Sviluppo
RSP	Direzione Sicurezza	FIK	Rapporti Federazioni ed Enti di Promozione
AMM	Direzione Amministrazione	IST	Istruttori
MKT	Servizio Campagna Soci	ALK	Atleti

4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ'

4.1 GENERALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità, definisce i processi, le risorse, le attività e le responsabilità che A.S.D. Master Rapid CBL mette in atto, per assicurare che tutte le specifiche definite siano sistematicamente soddisfatte nel pieno rispetto degli obiettivi stabiliti e della Politica per la Qualità.

Il presente paragrafo ha lo scopo di descrivere il Sistema di Gestione per la Qualità nella sua struttura; esso contiene tutte le prescrizioni da attuare per:

- Identificare i processi e stabilirne le relative sequenze ed interrelazioni;
- realizzare, monitorare, analizzare e controllare efficacemente i processi operativi e gestionali, attraverso l'applicazione di criteri e metodi definiti, nell'ottica del miglioramento continuo e della prevenzione di eventuali situazioni di non conformità, mediante l'utilizzo di risorse ed informazioni adeguate.
- Monitorare, misurare ed analizzare gli Indicatori di Processo, attuando le azioni necessarie per il conseguimento dei risultati pianificati per tendere al miglioramento continuo dei processi

4.2 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

4.2.1 GENERALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità adottato si fonda sui seguenti elementi:

- Politica e Obiettivi per la Qualità;
- Documenti necessari per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei processi;



MANUALE DELLA QUALITÀ

- Manuale e Procedure documentate, con eventuali diagrammi di flusso che illustrano i processi del grado di piacimento e del livello di preparazione atletica/tecnica nelle varie sezioni;
- Regolamenti e Istruzioni;
- Registrosi atti a fornire evidenza del funzionamento e relativo controllo del Sistema;
- Metodologie per l'Autovalutazione del Sistema di Gestione per la Qualità.

Tali documenti sono elaborati e gestiti in parte sia su supporto elettronico che su supporto cartaceo.

4.2.2 MANUALE DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il presente Manuale, include:

- Il campo di applicazione, nonché dettagli sulle eventuali esclusioni e le relative giustificazioni;
- Le procedure documentate predisposte e una interazione dei Processi con i riferimenti all'interno delle singole sezioni.

4.2.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI

Le modalità di gestione dei documenti e delle registrazioni avviene in accordo ad una procedura documentata procedura Gestione della Documentazione del Sistema di Gestione e dei Documenti di Registrazione della Qualità; essa prevede le modalità per:

- identificare i documenti che illustrano il Sistema di Gestione Qualità
- approvare i documenti prima dell'emissione;
- riesaminarli, aggiornarli e riapprovarli;
- assicurare l'identificazione della natura delle modifiche e lo stato di revisione;
- assicurarne l'identificazione e la leggibilità, nonché la loro disponibilità nei luoghi di utilizzo;
- definirne la distribuzione e assicurare l'identificazione dei documenti di origine esterna;
- gestire i documenti obsoleti in termini di identificazione ed eventuale conservazione.

Possiamo avere:

1. Documenti di SGQ
2. Documenti specifici per la erogazione del servizio
3. Norme, Leggi, Regolamenti di Settore (Ministeriali, CONI, federali, enti di promozione ecc ecc)

Tali documenti, gestiti all'interno della PG 4.1, possono essere gestite dai responsabili sia a livello cartaceo che informatico, garantendo in qualsiasi momento il documento.

Le Procedure sono documenti in generale derivati da una Sezione che regolamentano in modo dettagliato, le modalità di applicazione di quanto enunciato nelle rispettive sezioni; impongono responsabilità, relazioni funzionali, modi ed eventualmente tempi di esecuzione attività e/o dei processi e i riferimenti circa la raccolta e la conservazione della documentazione di registrazione della qualità generatasi.

Sono indicate con la sigla:

PG X.Y ove X indica la sezione di riferimento alla norma; mentre Y ne indica il numero progressivo.

Qualora il dettaglio operativo di una procedura risulti troppo complesso e articolato o laddove vi sono attività o processi che lo richiedano è conveniente esplodere lo stesso in una o più Istruzioni che definiscono sinteticamente le modalità di svolgimento dell'attività.

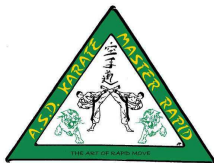
Le IL sono identificate con la sigla:

IL X.Y ove X indica la sezione di riferimento alla procedura; mentre Y ne indica il numero progressivo.

Nello svolgimento delle singole mansioni e nel rispetto delle procedure e istruzioni previste, a volte è necessaria la compilazione di appositi moduli, al fine di registrare dati ed informazioni e documentare determinati eventi affinché ne resti traccia oggettivamente riscontrabile.

I moduli sono generalmente indicati con la sigla Mod X.Y.Z, ove X.Y è il riferimento alla procedura (o istruzione operativa) dalla quale prendono spunto e Z è il progressivo numerico.

Tali documenti sono elaborati e gestiti in parte sia su supporto elettronico che su supporto cartaceo.



MANUALE DELLA QUALITÀ

4.2.4 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI

Le registrazioni sono predisposte e conservate per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del SGQ.

Le registrazioni sono leggibili, identificate e rintracciabili.

All'interno della PG 4.1 sono stabilite le modalità per l'identificazione, l'archiviazione, la protezione, la reperibilità, la definizione della durata di conservazione e le modalità di eliminazione delle registrazioni.

5. RESPONSABILITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

5.1 IMPEGNO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

L'Organizzazione ha definito la sua strategia all'interno del Manuale e dei documenti ad esso collegati, in considerazione della missione dell'ASD Master Rapid CBL si impegna a sviluppare e migliorare nel tempo il Sistema di Gestione per la Qualità descritto nel presente Manuale e la sua efficacia.

Tale impegno si sostanzia in:

- Informazione a tutti gli associati dell'importanza di ottemperare ai requisiti del socio ed a quelli cogenti
- Applicazione sistematica della normativa cogente e scrupolosa osservanza
- Definizione della Politica e degli obiettivi per la Qualità e verifica costante della sua adeguatezza
- Riesame sistematico dell'andamento del Sistema di Gestione per la Qualità, atto a verificarne nel tempo la continua capacità e idoneità e a garantire che siano definiti nuovi obiettivi e messe a disposizione le relative risorse umane e tecniche, necessarie ad assicurare il continuo miglioramento del Sistema stesso

5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA ALL'ASSOCIATO

L'attenzione dell'Organizzazione verso le esigenze e le aspettative degli Associati è massima; tale attenzione si sostanzia nella precisa identificazione delle esigenze dell'Associato, nel continuo monitoraggio del suo grado di soddisfazione (analisi delle segnalazioni e dei reclami, indagini di "customer satisfaction", analisi degli indici/requisiti aggiuntivi/precisazioni) e nel rapido recepimento delle innovazioni cogenti.

Il Consiglio Direttivo in concomitanza delle attività di riesame del Sistema di Gestione, e comunque ogniqualvolta se ne evidenziasse la necessità, valuta le azioni da intraprendere in ordine alla piena e continua capacità di raggiungere ed accrescere la soddisfazione dell'Associato valutando anche la possibilità di instaurare relazioni con il sistema scolastico al fine di capire al meglio le esigenze dell'Associato non soddisfatte.

5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ

Il Consiglio Direttivo si impegna ad attuare una Politica che pone al centro dell'attenzione il pieno soddisfacimento delle attese di quanti intervengono in maniera diretta o meno al ciclo dell'attività eseguita (Associati, collaboratori e docenti scolastici, amministrazioni comunali, assessorati allo sport ecc ecc) e conferisce a tutte le aree il mandato di migliorare in modo continuativo e sistematico la qualità del prodotto/servizio offerto.

Il Sistema di Gestione per la Qualità regola i processi svolti all'interno dell'Associazione in modo sistematico, pianificato, documentato e teso al conseguimento dei seguenti scopi:

- soddisfazione delle esigenze degli Associati attraverso il conseguimento di un elevato livello di affidabilità e qualità del servizio erogato, nel pieno rispetto delle richieste esplicite ed implicite e dei requisiti cogenti;
- garanzia di una formazione finalizzata alla crescita della persona oltre che da un punto di vista atletico anche nella sua dimensione etica, professionale, sociale e culturale;
- continuo miglioramento delle attività tramite gli strumenti di misurazione e analisi dei processi e attraverso una gestione più adeguata delle risorse infrastrutturali, informative, didattiche ed umane;
- garanzia all'Associato che la qualità prestabilita sia raggiunta nel servizio fornito;
- garanzia di un costante e continuo selezione e monitoraggio dei componenti dello staff tecnico per fornire un servizio, inteso come metodologie didattiche, innovazione e contenuti formativi, altamente aggiornato alle migliori strategie di sviluppo;
- l'adeguamento della Organizzazione alle sollecitazioni ed alla evoluzione delle necessità riscontrate al proprio interno o segnalate dall'esterno;



MANUALE DELLA QUALITÀ

- la creazione di un “clima” condiviso interno idoneo alla consapevolezza e al soddisfacimento delle esigenze degli Associati;
- una risposta pronta e tempestiva alle necessità formative derivante dalla costante analisi del territorio e dallo sviluppo di rapporti con realtà pubbliche amministrative e scolastiche.

Lo sviluppo della Politica per la Qualità è fondato sulla definizione e sulla verifica dello stato di raggiungimento degli obiettivi fissati, sulla diffusione, comprensione e attuazione di tale Politica all'interno di tutta l'Organizzazione e sulla verifica periodica della sua adeguatezza ed efficacia.

A questo scopo ogni funzione si impegna a:

- assicurare l'adozione sistematica del Manuale di Gestione per la Qualità;
- addestrare i componenti dello Staff Tecnico e dirigenziale, per le specifiche competenze, in modo da migliorarne il coinvolgimento
- razionalizzare l'organizzazione, le fasi del servizio ed il flusso delle informazioni;
- programmare le rispettive attività coerentemente al concetto che, internamente ogni funzione è relativa direttamente all'associato e fornitrice di altre funzioni che stanno rispettivamente “a monte” e “a valle” di essa;
- Rispettare i requisiti formulati da enti quali ad esempio il Ministero, la Regione Lombardia, le province di Brescia e di Bergamo, il CONI con le sue Federazioni e gli Enti di Promozione Sportiva.

Eventuali divergenze in materia di Gestione per la Qualità che dovessero nascere tra i Responsabili di Funzione, dovranno essere sottoposte al giudizio del Consiglio Direttivo, per darne una valutazione e soluzione coerentemente con la Politica stabilita.

5.4 PIANIFICAZIONE

5.4.1 Obiettivi per la Qualità

I macro obiettivi definiti all'interno della Politica per la Qualità sono completati, anno per anno in sede di Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità da parte del Consiglio Direttivo con l'adozione di obiettivi:

- misurabili in modo da renderli oggettivamente quantificabili e verificabili periodicamente coerenti con la Politica per la Qualità da cui scaturiscono;
- finalizzati al miglioramento continuo del Sistema di Gestione;
- in grado di assicurare il rispetto dei valori degli indicatori stabiliti.

5.4.2 Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità

La Pianificazione per la Qualità è sviluppata da Consiglio Direttivo attraverso la definizione della Politica per la Qualità, la continua verifica della sua adeguatezza e la periodica definizione e verifica degli Obiettivi e delle relative azioni, risorse, tempi e responsabilità per raggiungerli.

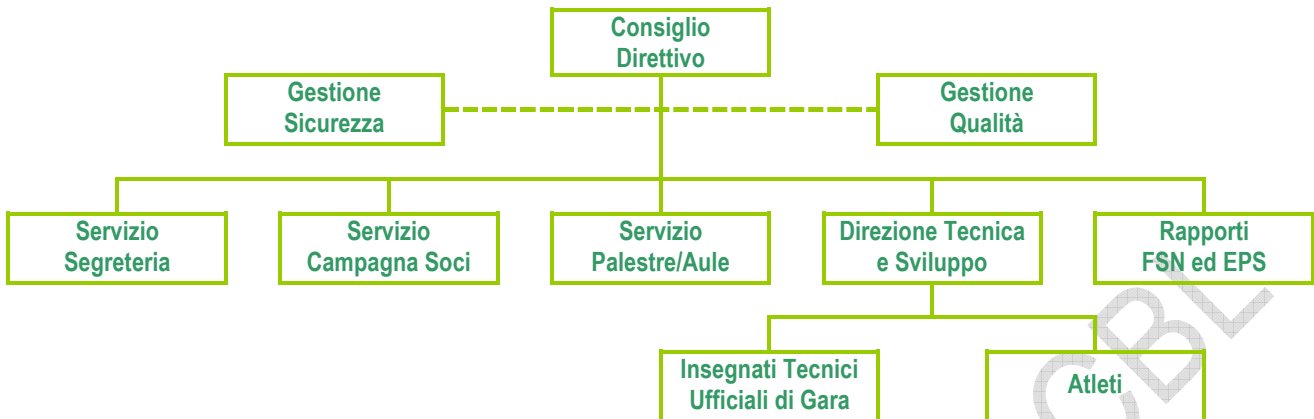
Inoltre il Consiglio Direttivo, nel corso delle attività di riesame delle prestazioni e dei risultati del Sistema di Gestione per la Qualità, pianifica le eventuali risorse umane e infrastrutturali.

Le modalità di pianificazione, controllo, gestione della documentazione e le relative responsabilità, di tutti i processi coperti dal Sistema di Gestione sono più approfonditamente descritte all'interno delle varie procedure ad esse collegate.



MANUALE DELLA QUALITÀ

5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE



5.5.1 Responsabilità ed Autorità

Il Consiglio Direttivo definisce e documenta la sua Organizzazione per quanto riguarda le responsabilità, le autorità ed i rapporti reciproci tra gli associati, esegue e verifica attività che influenzano la Qualità del servizio erogato, essenzialmente attraverso:

- l'organigramma funzionale che individua le principali funzioni del A.S.D. Master Rapid CBL, evidenziandone i rapporti di interdipendenza
- la definizione, all'interno delle procedure e delle istruzioni, delle responsabilità relative ad ogni singolo processo
- la definizione all'interno di appositi documenti (Schede Personali o Libretti Personali) delle mansioni di competenza di ogni funzione

La Direzione conferisce l'incarico di gestire tutti gli aspetti previsti, in materia di Gestione per la Qualità, all'operatore Responsabile Gestione Qualità (SGQ).

5.5.2 Rappresentante del Consiglio Direttivo

✂ Il Consiglio Direttivo nomina il Responsabile Gestione Qualità Rappresentante della Direzione per il Sistema di Gestione per la Qualità che, come tale, ha specifica autorità per:

- assicurare che sia istituito un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla ISO 9001:2008 e che i processi del Sistema di gestione per la Qualità siano attuati e aggiornati
- verificare l'andamento del Sistema di Gestione e riferire alla Direzione relativamente alle prestazioni del Sistema stesso al fine di permetterne il riesame e il miglioramento continuo
- promuovere la continua attenzione al mutare delle necessità dell'Associato all'interno di tutta l'Organizzazione
- Tenere sotto controllo il Sistema di Gestione degli indicatori e delle procedure che ne regolamentano il controllo.

5.5.3 Comunicazione Interna

La comunicazione all'interno dell'Organizzazione è assicurata tramite:

- la diffusione dell'Organigramma, che definisce le linee gerarchiche di passaggio delle informazioni, e delle Procedure e Istruzioni che descrivono nel dettaglio i diversi processi;
- lo svolgimento delle attività di riesame del Sistema di Gestione per la Qualità e la diffusione dei relativi risultati;
- lo svolgimento sistematico di sessioni di informazione/formazione sono essi obbligatori che pianificati da A.S.D. Master Rapid CBL;
- la periodica affissione di comunicazioni, presso le bacheche presenti nelle diverse palestre, relative in particolare ai risultati raggiunti in materia di qualità, di risultati sportivi, di ordinaria gestione e di rispetto delle regole, pubblicità delle assemblee ordinarie e straordinarie;
- la comunicazione ai collaboratori tramite lettere scritte, strumenti informatici e riunioni.



5.6 RIESAME DA PARTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio Direttivo riesamina almeno una volta l'anno, se non sono riscontrate particolari necessità, il Sistema nel suo complesso al fine di assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia nel soddisfare le esigenze delle Parti Interessate, i requisiti cogenti e della normativa di riferimento, la Politica e gli obiettivi per la Qualità a suo tempo stabiliti.

Il Consiglio Direttivo, in occasione del riesame, valuta il raggiungimento degli Obiettivi prefissati, le opportunità per migliorare e le necessità di modificare il Sistema, definisce i nuovi indirizzi e gli Obiettivi misurabili per la Qualità e pianifica le relative risorse.

La definizione, in occasione del riesame, degli indicatori di processo, permette ai responsabili di processo interessati di valutare costantemente l'efficacia e l'adeguatezza del Sistema di Gestione e definire le opportune azioni di adeguamento.

Inoltre il Sistema di Gestione per la Qualità richiede periodiche fasi di controllo per consentire un costante monitoraggio dei processi e dei risultati e dare un impulso continuo alla realizzazione degli obiettivi enunciati.

L'esito di tali riunioni e gli eventuali Piani di Azione che ne derivano sono registrati all'interno di un apposito documento oltre che sui verbali d'assemblea dell'ASD.

Le modalità di gestione e registrazione delle attività di Riesame e le relative responsabilità sono descritte all'interno della PG 5.1.

5.6.1 Elementi in ingresso per il riesame

✂ Il riesame si basa principalmente sull'analisi di una serie di informazioni e dati relativi almeno a:

- risultati **degli audit interni ed esterni**;
- reclami, segnalazioni ed eventuali valutazioni di enti esterni;
- grado di soddisfazione degli Associati;
- non conformità riscontrate nel corso delle diverse fasi di erogazione del servizio;
- capacità ed efficacia dei processi e del sistema degli indicatori (compresi gli indici/requisiti aggiuntivi fissati dalla Federazione e dall'Ente di Promozione);
- stato di raggiungimento degli Obiettivi fissati precedentemente;
- stato ed esito delle Azioni di Miglioramento (Correttive e Preventive) intraprese a partire dal precedente riesame;
- eventuali modifiche/integrazioni dei requisiti cogenti applicabili al Sistema di Gestione per la Qualità intervenute a partire dal precedente riesame;
- eventuali azioni definite nei precedenti riesami;
- esigenze di addestramento delle proprie risorse umane;
- stato dei rapporti con le amministrazioni pubbliche e con gli Istituti Scolastici, circoli culturali ecc;
- Analisi dell'efficacia del sistema delle relazioni col territorio adottato necessità relative alle infrastrutture per garantire la corretta efficacia, sicurezza e per rispondere in maniera adeguata ad esigenze qualitative.

5.6.2 Elementi in uscita dal riesame

✂ L'esame degli argomenti e la successiva discussione consentono alla Direzione di valutare il grado di efficacia e di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità e di:

- definire gli obiettivi per l'anno corrente, i relativi tempi, responsabilità e modalità di conseguimento, richiamando le eventuali Azioni di miglioramento derivanti adottare specifiche azioni di miglioramento finalizzate al miglioramento del Sistema di Gestione e/o alla riduzione delle Non Conformità;
- pianificare lo svolgimento **degli Audit Interni**;
- pianificare lo svolgimento delle attività di addestramento per l'anno in corso e definire l'eventuale necessità di acquisire nuove risorse;
- definire/aggiornare gli indicatori di processo e le modalità e responsabilità di raccolta ed analisi dei relativi dati.

I risultati del riesame, approvati dal Consiglio Direttivo, sono portati a conoscenza dei Responsabili coinvolti tramite distribuzione in copia della relazione.



MANUALE DELLA QUALITÀ

6. GESTIONE DELLE RISORSE

6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

La capacità dell'Associazione di rispondere tempestivamente e con efficacia alle richieste ed esigenze degli Allievi/Atleti, accrescendone così la soddisfazione, è legata alla disponibilità e all'adeguatezza delle risorse umane e infrastrutturali di cui essa dispone.

Il Vertice in relazione alla Politica per la Qualità, alle attività di riesame del Sistema di Gestione per la Qualità ed in particolare agli obiettivi fissati, determina le risorse necessarie all'attuazione, al mantenimento e al miglioramento del Sistema stesso.

6.2 RISORSE UMANE

6.2.1 Generalità

La professionalità, la competenza e la sensibilizzazione delle risorse umane del A.S.D. Master Rapid CBL sono fondamentali allo scopo di realizzare un prodotto in grado di soddisfare appieno le esigenze dei propri Allievi / Atleti.

Per avere la garanzia che l'Associazione operi con personale competente, dotato cioè del necessario grado di istruzione, addestramento, professionalità ed esperienza in relazione agli incarichi e alle mansioni ricoperte, essa metta in atto specifici programmi di formazione e sensibilizzazione del personale, allo scopo di conseguire e mantenere nel tempo un livello di competenza adeguato:

- all'evoluzione professionale e metodologica connessa all'erogazione del servizio, ai requisiti richiesti, all'evoluzione delle disposizioni di legge e/o della Federazione e delle esigenze degli Allievi/Atleti;
- alla comprensione, applicazione e miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità;
- alle tematiche di salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

6.2.2 Competenza, Consapevolezza ed Addestramento

La Direzione, in particolare sulla base delle indicazioni dei responsabili funzionali interessati, delle strategie di campagna soci, dell'evoluzione professionale e metodologica connessa all'erogazione del proprio servizio e/o di disposizioni di Legge, delle richieste degli Allievi/Atleti definisce in maniera chiara i requisiti che le varie funzioni devono possedere per svolgere le mansioni di loro competenza.

In caso di selezione ed accettazione di nuovo personale (Staff Tecnico – Segreteria) il Consiglio Direttivo ne valuta la competenza tramite riscontri oggettivi (attestati e certificati) colloqui e/o periodi di prova.

In occasione del Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità, il Consiglio Direttivo, sulla base degli elementi visti in precedenza e dei bisogni formativi segnalati dal Personale o emersi in fase di visite ispettive nel corso dell'anno, definisce e approva il Piano di Addestramento per l'anno in corso.

Il Responsabile Gestione Qualità ne cura l'attuazione, in particolare informando e coinvolgendo lo Staff Tecnico docente interessato. Le attività di addestramento comprendono sia le attività di Informazione sia di Formazione.

Al termine di ogni attività di addestramento il Responsabile Gestione Qualità registra l'attività di addestramento all'interno di un apposito rapporto, firmato dai partecipanti, e aggiorna la Scheda personale di ogni partecipante.

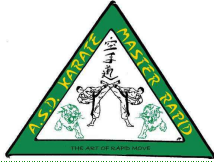
Tutte le sessioni di addestramento sono seguite, dove possibile e dopo un periodo di tempo congruo, da una valutazione effettuata dal docente o da una funzione superiore o avente un grado di esperienza sufficiente per poterlo fare, al fine di verificare che i destinatari dell'attività di Addestramento abbiano correttamente recepito e sappiano applicare quanto trasmesso. Il Responsabile Gestione Qualità registra quindi l'esito della valutazione all'interno della Scheda personale.

Periodicamente viene verificata, da personale competente, l'abilità e la competenza dei componenti lo staff tecnico al fine di valutare la necessità di eventuali corsi formativi e attività di affiancamento.

Il livello di coinvolgimento, motivazione e consapevolezza del proprio ruolo da parte delle risorse umane è fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi per la Qualità definiti.

Tale livello è trasmesso dal Consiglio Direttivo a tutti gli associati e costantemente monitorato tramite lo scambio di informazioni.

N.B.: tali registrazioni possono essere superate qualora in presenza dei specifiche licenze federali relative alle qualifiche ed aggiornamento professionale.



MANUALE DELLA QUALITÀ

Le modalità di gestione delle risorse umane e le relative registrazioni e responsabilità sono descritte all'interno della procedura PG 6.1.

6.3 INFRASTRUTTURE

6.3.1 Palestre e Strutture Sportive Utilizzate

L' idoneità di edifici, spazi di lavoro e risorse informative è indispensabile, allo scopo di garantire che le attività avvengano in condizioni sicure, salubri e controllate e tali da assicurarne la continua conformità ai requisiti stabiliti compresi gli indici/requisiti fissati dalla Federazione e a quelli minimi strutturali stabiliti dalle leggi in vigore.

Tale compito è a carico delle Amministrazioni che hanno in carica gli edifici e gli spazi di lavoro. È compito dei tecnici responsabili delle sedute di allenamento verificare di volta in volta l' idoneità dell' Edificio.

6.3.2 Attrezzature

L' Associazione dispone di attrezzature didattiche all'interno delle varie palestre, nel caso di segnalazione di guasto o anomalie di funzionamento delle stesse, l' operatore ha il compito di segnalarlo alla Segreteria che provvede ad adottare i provvedimenti del caso al fine di permettere la regolare esecuzione delle lezioni.

6.4 AMBIENTE DI ALLENAMENTO

Gli ambienti in cui si sviluppa l' attività didattica e sportiva è gestito in maniera tale da permettere al personale:

- di sentirsi coinvolto e motivato e di essere consapevole del proprio ruolo nel raggiungimento degli obiettivi per la Qualità definiti di operare all'interno di infrastrutture sicure ed idonee all'ottenimento della conformità dei servizi realizzati
- di operare nel rispetto di una serie di divieti e disposizioni previsti dalla legislazione cogente e portati a conoscenza degli associati tramite affissione e/o specifica attività di addestramento

Tali Ambienti sono solitamente in carico ad Amministrazioni comunali e/o provinciali.

7. EROGAZIONE DEL SERVIZIO

7.1 PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L' A.S.D. Master Rapid CBL pianifica i propri processi operativi in coerenza con tutti gli altri requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità. I processi legati alla realizzazione del servizio sono quelli di seguito elencati.

7.2 PROCESSI RELATIVI AL RAPPORTO CON L'ASSOCIATO

7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio

I requisiti del servizio che A.S.D. Master Rapid CBL si impegna a soddisfare sono:

- quelli espliciti, identificati e stabiliti in fase di ideazione e progettazione del Corso;
- quelli non precisati ma previsti e specifici dell'erogazione del corso compresa l'analisi della scelta dell'eventuale partner necessario con cui realizzarlo per soddisfare al meglio i requisiti impliciti ed espliciti;
- quelli rilevati da analisi del territorio e del contesto per valutarne le esigenze formative ovvero specifiche indicazioni della Federazione e/o dell'Ente di Promozione;
- quelli rilevati da analisi di corsi eseguiti;
- quelli cogenti.

7.2.2 Riesame dei requisiti del Servizio

L' A.S.D. Master Rapid CBL organizza ed eroga i servizi di attività formativa attraverso:

- Formulazioni di proposte di Corsi derivanti da direttive interne;
- Formulazioni di Corsi derivanti da direttive interne da promuovere sul territorio;

Le proposte di Corsi interni nascono da suggerimenti da parte di MKT, DTE, approvati necessariamente dal Consiglio Direttivo. Viene effettuata attività promozionale sul territorio e all'atto delle iscrizioni il Coordinatore, coadiuvato dalla segreteria effettua un controllo dei requisiti dei partecipanti.



MANUALE DELLA QUALITÀ

7.2.3 Comunicazione con l'Associato

Le comunicazioni da e per l'Associato, riferite alla gestione dei corsi, incluso il trattamento di eventuali reclami, sono gestite in maniera sempre scritta e documentata dai responsabili che hanno in carico il corso al Consiglio Direttivo.

È compito del Consiglio Direttivo gestire delle relazioni con il sistema sociale e istituzionale locale, il sistema scolastico e le famiglie dei partecipanti nell'ambito dell'erogazione di attività formative.

7.3 PROGETTAZIONE E/O SVILUPPO

7.3.1 Pianificazione della Progettazione e Sviluppo

L' A.S.D. Master Rapid CBL pianifica e tiene sotto controllo tutte le attività che caratterizzano il processo di progettazione e di sviluppo dei corsi. Il sistema di gestione di tale processo prevede lo sviluppo della seguenti fasi:

- la definizione delle elementi in ingresso e delle fasi di progettazione e sviluppo del corso;
- La pianificazione e la registrazione dell'avanzamento temporale di tutte le fasi esecutive e di controllo;
- la definizione delle attività di riesame, verifica e validazione riferite alle fasi;
- l'individuazione delle responsabilità e autorità coinvolte e la definizione delle modalità di interfacciamento e comunicazione delle diverse figure;
- la definizione delle appropriate modalità di aggiornamento dei documenti stabiliti e realizzati, in seguito ad eventuali modifiche del progetto.

Il dettaglio relativo alla gestione di questo processo è a cura del Coordinatore ed è definito nella PG 7.4, nei paragrafi seguenti si sviluppano le fasi sopra delineate.

7.3.2 Elementi in Ingresso alla Progettazione

Gli elementi in ingresso alla progettazione e sviluppo sono definiti e riesaminati sotto il profilo della completezza, dell'adeguatezza e della non ambiguità, e registrati nella Scheda Progetto.

Sono compresi:

- requisiti di base (obiettivi e caratteristiche generali del corso);
- eventuali specifiche e/o progetti di corsi simili;
- eventuali leggi o direttive cogenti applicabili allo specifico progetto.

7.3.3 Elementi in Uscita dalla Progettazione e Sviluppo

Elementi in uscita dalla progettazione sono schede, relazioni e qualsiasi altro documento ritenuto necessaria per il successivo sviluppo del corso.

Tali documenti forniscono sempre tutte le informazioni riferibili e necessarie per l'esecuzione del lavoro, sono sempre approvati dal DTE e sono registrati nella Scheda Progetto o in documentazione equivalente contenente tutti i requisiti relativi al 7.3.

7.3.4 Riesame della Progettazione e Sviluppo

Nell'ambito della pianificazione delle attività di progettazione si definiscono le fasi per i quali viene svolto il Riesame di progetto; tale attività è finalizzata a valutare i risultati di progettazione e a individuare eventuali problemi, definendo le azioni necessarie alla eliminazione.

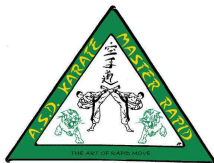
Le attività di riesame sono verbalizzate e registrate nel modello "Progetto del Corso" o in documenti li richiamati e conservate.

7.3.5 Verifica della Progettazione e Sviluppo

La verifica della progettazione si sostanzia nel comparare quanto progettato con corsi simili già realizzati sia direttamente dall' A.S.D. Master Rapid CBL che da Organizzazioni similari.

7.3.6 Validazione della Progettazione e Sviluppo

La validazione è eseguita al termine del Corso ed è finalizzata ad assicurare che il lavoro eseguito soddisfa i requisiti per i quali è stato progettato e sviluppato. I risultati delle validazioni sono registrati da DTE sulla Scheda Corso.



MANUALE DELLA QUALITÀ

7.3.7 Tenuta Sotto Controllo delle Modifiche della Progettazione e dello Sviluppo

Tutte le modifiche di progettazione e sviluppo sono documentate e registrate nella Scheda di Corso.

Esse prima di essere approvate e rese operative sono analizzate dal punto di vista degli effetti che potrebbero determinare su parti di lavoro già consegnate; sono quindi riesaminate, verificate e, se previsto, validate.

7.4 APPROVVIGIONAMENTO

7.4.1 Processo di Approvvigionamento

Per assicurare che i prodotti/servizi approvvigionati siano conformi ai requisiti, è istituito un sistema di selezione delle aziende fornitrici del materiale sportivo da regalare e/o cedere ai soci.

Le categorie di Fornitori valutati e selezionati sono le seguenti:

- Insegnanti Tecnici;
- Fornitori di Palestre/Aule;
- Fornitori di Materiale didattico;
- Servizi di assistenza;
- Servizi vari.

La valutazione e la selezione dei Fornitori é svolta dal Consiglio Direttivo ed avviene confrontando le informazioni raccolte con i criteri generali d'accettabilità indicati di seguito:

Insegnanti Tecnici

- Titoli professionali e aggiornamento effettuato;
- Esperienza lavorativa acquisita nel settore;
- Buona capacità di comunicazione e di esposizione.

Palestre e Aule

- Rapporto qualità/prezzo;
- Condizioni generali delle strutture;
- Servizi disponibili;
- Dislocazione geografica.

Materiale Didattico, Apparecchiature e Assistenza

- Notorietà sul mercato e nel settore;
- Gamma di prodotti offerti;
- Possibilità di fornire materiale illustrativo agli associati;
- Possibilità di avere giornate di aggiornamento;
- Rapporto qualità/prezzo;
- Capacità di risposta a richieste urgenti;
- Rispetto tempi di consegna;
- Assenza di Non Conformità nelle forniture;
- Marcatura o omologazioni (vedi omologazioni WKF) e capacità di fornire la relativa documentazione tecnica;

Criteri specifici per i fornitori di servizi

- Professionalità nell'erogazione del servizio
- Notorietà sul mercato
- Serietà
- Dislocazione geografica
- Rapporto qualità/prezzo

Gli strumenti utilizzati per questa selezione sono:

- acquisizione di informazioni sul fornitore;



MANUALE DELLA QUALITÀ

- controlli in entrata;
- rivalutazione periodiche in funzione dell'andamento delle forniture e dell'erogazione del servizio.

Le modalità di gestione e registrazione dell'attività di valutazione, selezione e monitoraggio dei Fornitori e le relative responsabilità sono dettagliate all'interno della procedura PG 7.3 Gestione Approvvigionamenti e Fornitori.

7.4.2 Informazioni per l'Approvvigionamento

Gli ordini di approvvigionamento devono essere sempre avallati dal Consiglio Direttivo.

Tali documenti contengono tutte le indicazioni atte a descrivere in maniera chiara e completa il prodotto o il servizio, comprendendo in particolare l'eventuale necessità in ordine a richieste di approvazioni e qualificazioni particolari relative al prodotto o al servizio, al processo, al personale.

7.4.3 Verifica dei Prodotti Approvvigionati

La verifica di accettazione dei prodotti/servizi approvvigionati si esegue mediante un controllo al ricevimento, che prevede un controllo di tipo quantitativo, tipologico, visivo, di funzionalità e documentale, eseguito in accordo alle caratteristiche indicate nella documentazione di approvvigionamento.

Il controllo sulle modalità di erogazione dei Servizi (es. Insegnanti Tecnici e Palestre) rispetto a quanto specificato nell'ordine viene realizzato in seguito all'esito dei controlli realizzati dal DIR e dalla soddisfazione percepita dagli associati. Per i fornitori di prestazioni degli Insegnanti Tecnici è la verifica della documentazione attestante il possesso dei requisiti richiesti.

7.5 EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

7.5.1 Gestione delle Attività

L' A.S.D. Master Rapid CBL pianifica ed esegue in condizioni controllate, tutta l'organizzazione e la gestione dei propri corsi attraverso la definizione dei Programmi corsi. L'erogazione delle attività avviene con la registrazione delle attività didattiche e delle pagelle a fine attività redatta da DIR.

Per le attività relative a manifestazioni sportive, tornei promozionali e agonistici queste possono avvenire:

- attività promosse da A.S.D. Master Rapid CBL
- attività promosse da terzi

In entrambi i casi viene redatto un programma della manifestazione con sottoscrizione dei regolamenti da parte dei partecipanti con specifica documentazione attinente al regolamento e le prescrizioni relative alla tutela dei dati e la sicurezza. Il risultato della attività svolta può essere l'emissione di un attestato, la consegna di trofei, ecc..

7.5.2 Validazione dei Processi di Erogazione dei Servizi

Tale attività è il risultato delle attività svoltesi al paragrafo 7.5.1.

7.5.3 Identificazione e rintracciabilità

L'identificazione del prodotto approvvigionato è ottenuta mantenendo il codice identificativo adottato dal Fornitore.

L'identificazione e la rintracciabilità delle Azioni realizzate è garantita dalla gestione del fascicolo relativo, in cui viene raccolta tutta la documentazione necessaria per l'erogazione del servizio svolto.

7.5.4 Proprietà dell'Associato

Le proprietà dell'Associato sono le informazioni raccolte durante le iscrizioni, tratte all'interno di specifiche schede, oltre a licenze federali personali (esempio licenza FIJKAM).

7.5.5 Conservazione dei prodotti

Tutta la documentazione raccolta relativa al servizio erogato è conservata per un tempo di almeno 1 anno.

7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO

Non esistono degli strumenti veri di misurazione che non siano quelli che scaturiscono dalla attività di erogazione del servizio.



MANUALE DELLA QUALITÀ

8. MIGLIORAMENTO

8.1 GENERALITÀ

✂ L'A.S.D. Master Rapid CBL pianifica e attua un sistema di misurazione e monitoraggio al fine di garantire la conformità e il miglioramento continuo nel tempo del Sistema di Gestione per la Qualità e della sua efficacia, e di dimostrare la conformità del servizio erogato. Le attività pianificate sono quelle relative a:

- misurazione del livello di soddisfazione degli associati
- **audit interni**
- misurazioni riferite ai processi (indicatori di processo e di servizio)

I risultati di tali attività sono analizzati e utilizzati per pianificare ed eseguire azioni di miglioramento, sia di tipo correttivo che preventivo.

8.2 MONITORAGGIO E MISURAZIONI

8.2.1 Soddisfazione dell'Associato

La soddisfazione dell'Associato è l'obiettivo principale del Sistema di Gestione per la Qualità del A.S.D. Master Rapid CBL e costituisce uno dei principali indicatori delle prestazioni dell'Organizzazione.

La misura del grado di soddisfazione è fondamentale al fine di valutare l'efficacia del Sistema di Gestione e per la necessità di adottare le necessarie azioni di miglioramento, tale misura è effettuata sulla base della raccolta ed analisi di informazioni relative principalmente a:

- Andamento del numero di Reclami nel tempo;
- Livello di soddisfazione percepito, sull'attività svolta dai tecnici raccolto tramite specifiche inchieste definite dal Consiglio Direttivo;

Queste informazioni sono organizzate ed elaborate dal Responsabile Gestione Qualità sottoposte all'analisi della Direzione in occasione delle attività di Riesame, per l'adozione in particolare delle eventuali azioni di miglioramento.

8.2.2 Audit Interni

✂ **Gli Audit Interni** sono lo strumento con cui l'ASD Master Rapid CBL verifica se il Sistema di Gestione per la Qualità adottato è conforme ai requisiti delle norme di riferimento e a quanto stabilito nella Politica e negli Obiettivi per la Qualità, se tale Sistema è stato efficacemente adottato e mantenuto e l'adeguatezza delle risorse materiali ed umane messe a disposizione.

La pianificazione delle verifiche ispettive interne è effettuata con cadenza annuale dalla Direzione sulla base di:

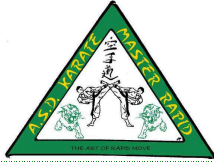
- importanza dell'area/processo da verificare;
- risultati **dei precedenti audit**;
- eventuali novità di carattere organizzativo, tecnico, legislativo e/o normativo;
- attività di riesame del Sistema di Gestione, di particolari esigenze interne o di segnalazioni esterne;

Gli audit sono eseguiti da personale non direttamente responsabile dell'area/processo indagato, il valutatore è preparato ed opportunamente addestrato all'effettuazione della stessa.

Nella scelta del valutatore, oltre alla conoscenza della norma di riferimento, l'Organizzazione considera elementi quali il grado di istruzione, l'esperienza di auditing maturata nella sua area/processo, la ponderatezza di giudizio, la capacità di analisi e sintesi, il curriculum, etc..

L'audit è eseguita attraverso intervista diretta all'associato, utilizzando opportune liste di riscontro preparate ad hoc e verificate da Responsabile Gestione Qualità, e l'analisi delle relative registrazioni/evidenze oggettive; il risultato della verifica è registrato all'interno di un apposito rapporto. Tale risultato è comunicato e discusso con il responsabile dell'area/ processo interessato, e può portare alla individuazione di:

- Osservazioni/raccomandazioni valutate e gestite e prese in carico dal responsabile dell'area/processo oggetto della verifica
- Non Conformità gestite tramite l'apertura di un'Azione di Miglioramento



MANUALE DELLA QUALITÀ

I risultati **dell'audit** sono registrati o richiamati all'interno del rapporto firmato per approvazione dal valutatore e dal responsabile dell'area/processo oggetto della verifica.

Il Responsabile Gestione Qualità verifica in seguito l'esecuzione, nel rispetto dei tempi previsti da parte dei responsabili incaricati, e l'efficacia delle soluzioni individuate per eliminare le Non Conformità riscontrate.

In caso di esito negativo il Responsabile Gestione Qualità definisce, con il supporto del personale interessato, ulteriori azioni di miglioramento secondo le modalità descritte in precedenza.

I risultati **degli audit interni** o di parte terza (effettuate dall'Ente di certificazione) del Sistema di Gestione sono sottoposti all'attenzione della Direzione nel corso delle attività di Riesame del Sistema al fine di permettere la definizione di opportune azioni di miglioramento.

Le modalità di gestione **degli audit** e le relative registrazioni e responsabilità sono descritte all'interno della PG 8.1 **Auditor interni**.

8.2.3 Monitoraggio e Misurazione dei Processi

L'Organizzazione misura i propri processi al fine di confermare la capacità dei processi stessi di rispondere ai requisiti cogenti ed alle richieste degli allievi e degli atleti.

In particolare, nel corso delle attività di Riesame del Sistema di Gestione, il Consiglio Direttivo definisce gli indicatori di processo da monitorare nel corso dell'anno e le relative responsabilità e frequenze di raccolta ed analisi. Fra gli indicatori definiti vi sono anche gli indici e i requisiti aggiuntivi eventualmente fissati da Enti esterni quali la Federazione e l'Ente di Promozione. I dati relativi agli indicatori fissati sono analizzati dal Consiglio Direttivo allo scopo di valutare l'efficacia e l'adeguatezza del Sistema di Gestione adottato dall'Agenzia e poter intraprendere opportune ed adeguate azioni di miglioramento.

8.2.4 Monitoraggio e Misurazione del servizio offerto

Il sistema di misurazione e monitoraggio dei servizi erogati è imperniato su:

- controllo di accettazione delle procedure didattiche utilizzate per garantire l'erogazione del servizio;
- controlli iniziali ed in svolgimento eseguiti durante la stagione sportiva, ad esempio monitoraggio idoneità di Palestre e Aule o verifica presenza docenti, etc.;
- controlli finali relativi in particolare ai risultati della soddisfazione espressa dagli allievi in merito al corso (in particolare rispetto agli obiettivi promessi e alla qualità del servizio) e valutazione dell'apprendimento degli iscritti nonché i risultati scaturiti dalle competizioni agonistiche (per i competenti della Squadra Agonisti);
- la verifica periodica del rispetto dei valori – limite (soglie) degli indicatori.

Tali attività sono eseguite da personale addestrato e sono appositamente registrate.

8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI

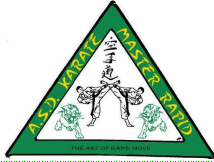
Il Sistema di Gestione e trattamento delle situazioni di Non Conformità prevede che possano essere rilevate da tutto il personale dello Staff Tecnico, dall'Associato o da Enti terzi.

Chi ha individuato o ricevuto la Non Conformità deve informare il Responsabile Gestione Qualità che ne verifica la fondatezza e, nel caso della reale presenza di non conformità, provvede ad emettere il Rapporto di Non Conformità .

Le Non Conformità sono classificate in:

- Non Conformità rilevate in fase di accettazione nel corso delle attività di controllo dei materiali (protezioni, colpitori, sacconi, tatami ecc ecc) utilizzati
- Non Conformità rilevate durante l'erogazione del servizio comprese quelle relative al mancato rispetto dei valori degli indicatori
- Non Conformità da Reclami degli associati
- Non Conformità di Sistema di Gestione relative alla non corretta applicazione o alla inadeguatezza del Sistema, evidenziate ad esempio nel corso **degli audit interni** o durante **gli audit** svolte periodicamente dall'ente di certificazione o dall'Associato.

In occasione del loro riscontro, i materiali di allenamento Non Conformi sono identificati e, se possibile, isolati negli appositi armadi o magazzini.



MANUALE DELLA QUALITÀ

L'analisi delle Non Conformità riscontrate e delle eventuali implicazioni sulle fasi successive è svolta dal Responsabile Gestione Qualità.

Il Responsabile Gestione Qualità definisce, in funzione della natura e della gravità dell'anomalia, all'interno del Rapporto di Non Conformità modalità, tempi e responsabilità per il trattamento ed il superamento della stessa.

Alla scadenza dei termini stabiliti per la soluzione della Non Conformità il Responsabile Sistema Gestione Qualità, eventualmente con il supporto del responsabile funzionale interessato, ne verifica la corretta esecuzione ed efficacia, verificando in particolare la conformità ai requisiti dei prodotti corretti, chiudendo in questo modo la Non Conformità.

Nel caso in cui l'esito della verifica non sia positivo, sarà cura di Responsabile Gestione Qualità definire un nuovo trattamento della Non Conformità secondo le modalità descritte in precedenza.

L'analisi, il trattamento, la chiusura e la verifica delle Non Conformità di Sistema di Gestione per la Qualità avviene secondo quanto definito nella PG 8.1 se le Non Conformità scaturiscono da Verifiche Ispettive Interne.

In concomitanza della chiusura della Non Conformità, il Responsabile Gestione Qualità deve analizzare, con il supporto dei Responsabili funzionali interessati, la Non Conformità al fine di individuare possibili azioni di miglioramento.

8.4 ANALISI DEI DATI

L'applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità consente di raccogliere e analizzare, attraverso l'utilizzo anche di tecniche di tipo statistico, una consistente base di dati, che scaturiscono in particolare dalle attività di monitoraggio e misurazione dei processi e del servizio.

Lo scopo dell'utilizzo di tecniche statistiche è di fornire uno strumento di indagine che permetta in particolare di:

- monitorare l'andamento e l'efficacia delle attività dell'Associazione;
- sintetizzare in forma grafica una serie di informazioni ed analisi;
- individuare margini di miglioramento del Sistema di Gestione e definire Obiettivi misurabili.

In particolare i dati che vengono raccolti ed analizzati sono almeno quelli relativi:

- soddisfazione degli Associati;
- Non Conformità e ai reclami
- indicatori di processo;

La definizione dei dati che devono essere raccolti e trattati, i responsabili e le frequenze di raccolta ed analisi avviene ad opera del Responsabile Gestione Qualità, sulla base delle indicazioni del Consiglio Direttivo emerse in particolare in occasione delle attività di riesame del Sistema.

Alla scadenza dell'intervallo temporale di raccolta dei dati fissato, i dati sono organizzati e rappresentati del responsabile della loro analisi.

I dati trattati statisticamente sono sottoposti all'attenzione del Consiglio Direttivo in occasione delle attività di Riesame del Sistema di Gestione al fine di permettere di valutare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema stesso, individuare le aree/processi più critici da sottoporre ad un controllo puntuale e definire le opportune azioni di miglioramento da intraprendere.

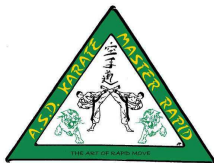
È compito del responsabile dell'analisi dei dati comunicare periodicamente i risultati dell'attività di analisi dei dati alle funzioni interessate.

8.5 MIGLIORAMENTO

8.5.1 Miglioramento Continuo

✂ Il Consiglio Direttivo dell'ASD Master Rapid CBL, in coerenza con la missione e la Politica per la Qualità, ha la responsabilità di pianificare e gestire i processi necessari per il miglioramento continuativo del Sistema di Gestione per la Qualità. Le Azioni di miglioramento adottate dall'Agenzia sono costituite da Azioni Correttive (AC) ed Azioni Preventive (AP). Tali azioni sono attuate allo scopo di:

- risolvere Non Conformità;
- correggere il mancato rispetto degli indici/requisiti fissati e migliorarne il soddisfacimento al fine di renderlo sempre più preciso;
- migliorare le prassi dell' A.S.D. Master Rapid CBL errate e/o non coerenti anche potenzialmente con la Politica;



MANUALE DELLA QUALITÀ

- adeguarsi all'evoluzione metodologica relativa alla scienza dello sport, dei requisiti cogenti e/o delle attese ed esigenze degli associati.

Gli strumenti e i supporti da utilizzare per l'attività di gestione del miglioramento sono:

- la Politica per la Qualità e gli Obiettivi;
- i risultati **degli audit**;
- i risultati delle analisi dei dati (in particolare quelle relative alla soddisfazione e agli indicatori di processo/indici);
- Non Conformità trattate ed Azioni Correttive e Preventive intraprese;
- verbali di registrazione delle attività di riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

8.5.2 Azioni Correttive

✂ Un'Azione Correttiva può essere intrapresa a seguito di:

- Emissione di uno o di una serie di Rapporti di Non Conformità;
- Reclami degli Associati;
- Risultati **degli audit** da parte di Associati o Enti di Certificazione;
- Analisi dei valori degli indicatori di processo;
- Attività di riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Responsabile Gestione Qualità, coadiuvato dal Responsabile funzionale interessato, ha il compito di:

- individuare e analizzare le cause della Non Conformità;
- valutare la necessità di attivare una Azione Correttiva;
- stabilire e registrare le modalità di attuazione, le responsabilità coinvolte per l'esecuzione, i termini temporali di esecuzione dell'Azione Correttiva.

Egli fornisce quindi copia del relativo documento ai responsabili interessati per l'attuazione dell'Azione di miglioramento nei tempi previsti. Alla scadenza prevista il Responsabile Gestione Qualità verifica la corretta esecuzione degli interventi definiti e, dopo un periodo di tempo congruo in relazione ai risultati attesi, provvede a valutare l'effettiva efficacia dell'azione intrapresa, chiudendo in questo modo l'Azione di miglioramento e provvedendo, quando necessario, a modificare la relativa documentazione di Sistema. Nel caso in cui i risultati dell'azione intrapresa non soddisfino le aspettative può essere intrapresa una successiva azione, con le stesse modalità viste sopra.

Tutte le Azioni di miglioramento di periodo sono sottoposte all'attenzione del Consiglio Direttivo in occasione delle attività di riesame ed in sede di assemblea sociale ordinaria.

8.5.3 Azioni Preventive

Le Azioni Preventive sono gestite operativamente in modo analogo a quanto visto per le Azioni Correttive, cambia l'origine da cui scaturiscono.

Le Azioni Preventive sono, infatti, il frutto dell'analisi, svolta in particolare nel corso delle attività di Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità, di:

- Andamento ed efficacia dei processi (compresa l'analisi del rispetto dei valori soglia fissati in merito a indici / requisiti aggiuntivi);
- Grado di soddisfazione degli Associati;
- Evoluzioni di carattere tecnico, legislativo e/o normativo;
- Tendenze del mercato;
- Adeguatezza infrastrutture e risorse umane;
- Strategie di sviluppo;
- Segnalazioni da parte dei componenti dello Staff Tecnico e/o dirigenziale.

Tutti gli associati hanno il compito di proporre, coinvolgendo il Responsabile Gestione Qualità, azioni finalizzate a migliorare le attività ed i processi dell'Associazione, prevenendo possibili cause di Non Conformità.

L'Azione Preventiva è gestita secondo le medesime modalità adottate per le Azioni Correttive.



MANUALE DELLA QUALITÀ

Le modalità di gestione e registrazione delle Azioni di miglioramento, sia Correttive che preventive, e le relative responsabilità sono dettagliate all'interno della PG 8.3 Gestione Azioni di Miglioramento.

9 DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- PG 4.1 Gestione Dati e Documenti.
- PG 5.1 Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità
- PG 6.1 Gestione Risorse Umane (Staff Tecnico e Dirigenti Sociali)
- PG 7.1 Gestione Attività Ricreative
- PG 7.3 Gestione Fornitori ed approvvigionamenti
- PG 7.4 Erogazione Attività
- PG 8.1 Gestione Audit Interni
- PG 8.2 Gestione delle Non Conformità
- PG 8.3 Gestione Attività di Miglioramento

10 DESCRIZIONE DELLA REVISIONE

- Rev.01 aggiornamento ISO9001:2008 e ISO9004:2009

ASD MASTER RAPID CBL