



---

## Manuale Sistema Gestione per la Qualità

**UNI EN ISO 9001:2015**

---

# *La Scuola delle Arti e della Formazione Professionale “Rodolfo Vantini” Rezzato*

Ver 1 - 5 ottobre 2017

COPIA CONTROLLATA N° \_\_\_\_\_

COPIA NON CONTROLLATA



## Sommario

<b>0 RIFERIMENTI</b> .....	<b>5</b>
<b>0.1. OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2015</b> .....	<b>6</b>
<b>1. SCOPO</b> .....	<b>7</b>
1.1 FINALITÀ.....	7
1.2 DISTRIBUZIONE .....	7
<b>2. SCUOLA DELLE ARTI E DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE - O”R. VANTINI”</b> .....	<b>8</b>
2.1 CENNI STORICI .....	8
2.2 PROCESSI ATTUATI.....	8
2.3 PRODOTTI FORNITI.....	8
2.5 CERTIFICAZIONI/ATTESTAZIONI .....	9
2.6 ASSOCIAZIONI.....	9
2.7 PUNTI DI FORZA .....	9
2.8 ORGANIGRAMMA.....	10
2.9 INFRASTRUTTURE .....	10
2.10 PIANTA DEI LOCALI DELL'ENTE .....	10
<b>3.0 NORME E LEGGI</b> .....	<b>11</b>
3.1 TERMINI E DEFINIZIONI.....	11
3.2 REVISIONI .....	12
<b>4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE</b> .....	<b>13</b>
4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO .....	13
4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE .....	13
4.3 DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ .....	13
4.4 SISTEMA PER LA GESTIONE DELLA QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI .....	13
<b>5. LEADERSHIP</b> .....	<b>15</b>
5.1 LEADERSHIP ED IMPEGNO.....	15
5.1.1 Generalità.....	15
5.1.2 FOCALIZZAZIONE SUL CLIENTE .....	15
5.2 POLITICA DELLA QUALITÀ.....	16
5.2.1 Stabilire la politica per la qualità.....	16
5.2.2 Comunicare la politica per la qualità.....	16
5.2.3 Ruoli, Autorità e Responsabilità .....	17
<b>6. PIANIFICAZIONE</b> .....	<b>18</b>
6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITÀ .....	18
6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO .....	18
6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE .....	19
<b>7. SUPPORTO</b> .....	<b>20</b>
7.1 RISORSE .....	20
7.1.1 Generalità.....	20
7.1.2 Persone.....	20
7.1.3 Infrastruttura.....	20
7.1.4 Ambiente .....	20
7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione .....	21

7.1.6 Conoscenza organizzativa .....	21
7.2 COMPETENZA .....	21
7.3 CONSAPEVOLEZZA .....	22
7.4 COMUNICAZIONE .....	22
7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE .....	23
<b>8. ATTIVITÀ OPERATIVE .....</b>	<b>24</b>
8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI .....	24
8.2 REQUISITI PER I PRODOTTI E I SERVIZI .....	24
8.2.1 Comunicazione con il cliente .....	24
8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi .....	24
8.2.3 Riesame dei requisiti relativi a prodotti e servizi .....	24
8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi .....	25
8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO DI PRODOTTI E SERVIZI .....	25
8.3.1 Generalità .....	25
8.3.2 Pianificazione della Progettazione e dello Sviluppo .....	25
8.3.3 Input alla Progettazione e Sviluppo .....	25
8.3.4 Controllo della Progettazione e Sviluppo .....	26
8.3.5 Output alla Progettazione e Sviluppo .....	26
8.3.6 Modifiche alla Progettazione e Sviluppo .....	26
8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO .....	27
8.4.1 Generalità .....	27
8.4.2 Tipo ed estensione del controllo .....	27
8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni .....	27
8.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI .....	27
8.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione di servizi .....	27
8.5.2 Identificazione e rintracciabilità .....	27
Modalità .....	28
8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni .....	28
8.5.4 Preservazione .....	29
8.5.5 Attività post-consegna .....	29
8.5.6 Controllo delle modifiche .....	29
8.6 RILASCIO DEL PRODOTTO E DEL SERVIZIO .....	29
8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI .....	30
<b>9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....</b>	<b>31</b>
9.1 MONITORAGGIO, MISURA, ANALISI E VALUTAZIONI .....	31
9.1.1 Generalità .....	31
9.1.2 Soddisfazione del Cliente .....	31
9.1.3 Analisi e valutazioni .....	32
9.1.4 Reclami clienti .....	32
9.2 AUDIT INTERNO .....	32
9.3 RIESAME DELLA DIREZIONE .....	33
9.3.2 Input al riesame della direzione .....	33
9.3.3 Output al riesame della direzione .....	34
<b>10. MIGLIORAMENTO .....</b>	<b>35</b>
10.1 GENERALITÀ .....	35
10.2 NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE .....	35
10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO .....	36

## 0 Riferimenti

Ragione Sociale	Scuola delle arti e della formazione professionale “Rodolfo Vantini”
Sede Legale:	25080 Rezzato, via Caduti P.zza della Loggia, 7/b
N° Telefono:	030 27 91 576
N° Fax:	030 27 91 786
Codice ATECO	85.59.20
N° REA	BS443348
Partita I.V.A.:	02331860987
Codice fiscale:	02331860987
Sito web	<a href="http://www.vantini.it">www.vantini.it</a>
Indirizzo email	<a href="mailto:info@vantini.it">info@vantini.it</a>
N° corsi attivati	10
N° dipendenti	14
Sede secondaria	Castiglione delle Stiviere, via
Laboratori	5

## **0.1. Oggetto della certificazione UNI EN ISO 9001:2015**

**Progettazione, gestione ed erogazione di servizi di orientamento e di formazione professionale nell'ambito del Diritto-Dovere di Istruzione e Formazione (DDIF), formazione superiore, continua, permanente e di specializzazione (settori prevalenti: meccanico, informatico, servizi alle imprese, marmo, socio-assistenziale e socio-sanitario), corsi di apprendistato e percorsi di formazione nell'area del disagio e della disabilità.**

**Progettazione ed erogazione di servizi di orientamento e di formazione per l'accompagnamento e il sostegno al lavoro. (EA 37).**

**Non sono previste esclusioni rispetto alla norma di riferimento**

## 1. Scopo

Il centro di formazione professionale ha implementato un sistema di gestione per la qualità conforme ai requisiti della norma ISO 9001:2015 per:

- dimostrare la sua abilità nel fornire prodotti e servizi conformi ai requisiti del cliente ed ai requisiti delle leggi e regolamenti applicabili,
- incrementare la soddisfazione del cliente attraverso l'efficace applicazione del sistema e dei processi di miglioramento continuo e assicurando il rispetto dei requisiti indicati dal cliente e dalle leggi e regolamenti applicabili.

Il presente Manuale della Qualità illustra come l'azienda si fa carico:

- dei requisiti indicati dalla norma ISO 9001:2015 e dalle normative applicabili;
- delle esigenze dei clienti che richiedono percorsi formativi finalizzati all'inserimento lavorativo;
- delle richieste del mondo del lavoro finalizzate a definire e creare professionalità competenti.

Alcuni capitoli del presente Manuale contengono tutti i dettagli operativi e sono quindi autosufficienti nella descrizione delle attività, altri fanno riferimento a procedure, istruzioni operative e/o modulistica specifica.

Le modalità operative descritte nel presente manuale si applicano a tutte le attività coperte dallo scopo della certificazione dell'Azienda.

### 1.1 Finalità

Il presente documento, viene definito per illustrare ai clienti:

- i processi attuati,
- i prodotti forniti,
- i servizi erogati,
- gli obiettivi di miglioramento.

### 1.2 Distribuzione

Il presente documento viene distribuito a:

- **tutti i collaboratori**, disponibile in formato cartacea presso la segreteria o consultabile tramite collegamento alla rete informatica interna;
- **tutti i clienti: allievi e famiglie e a tutti coloro che ne fanno richiesta**, disponibile in formato cartacea presso la segreteria o consultabile tramite collegamento al sito istituzionale del CFP.

La versione cartacea non è automaticamente aggiornata. Per accedere all'ultima versione si consiglia di consultare il sito oppure, per le copie cartacee, chiedere gli eventuali aggiornamenti direttamente presso la segreteria.





## 2.5 Certificazioni/Attestazioni

ISO 9001

## 2.6 Associazioni

AEF – Associazione Enti di Formazione

## 2.7 Punti di forza

Di seguito vengono indicati i punti di forza ed i vantaggi per i clienti dell'EdF "R. Vantini"

Punti di forza	Vantaggi per il cliente
Professionalità	Per assicurare una preparazione ai più alti livelli presenti sul mercato in grado di fornire una buona capacità operativa e una reale competenza professionale
Collegamento diretto con aziende e con il mondo del lavoro	Consente di assicurare agli allievi e alle famiglie alte percentuali di assunzioni dopo il corso degli studi. L'esperienza insegna che la scuola riceve un numero di richieste superiore al numero degli allievi qualificati
Offerta di formazione differenziata	Maggiori garanzie di trovare il proprio aggiornamento
Territorio con strutture organizzate (cooperative, consorzi ecc...)	Mediazione che semplifica e razionalizza i contatti ecc...
Centro accreditato: autonomia di scelta; flessibilità	Possibilità di co-progettazione dei corsi
Storia/esperienza pregressa	Conoscenza e garanzia dei servizi offerti
Fornitura di formazione indispensabile alla realtà produttiva circostante	Fiducia nei confronti delle aziende
Alternanza: presenza costante dei docenti	Gli imprenditori si sentono rassicurati
Settore formazione e inserimento allievi disabili	Garanzia di professionalità dei docenti per la formazione, l'inserimento lavorativo e il mantenimento del posto di lavoro
Docenti: 20% dipendenti, 80% prestatori	Docenza strettamente legata al mercato del lavoro

## 2.8 Organigramma

L'organigramma definisce i rapporti gerarchici ed indica la linea di comunicazione fra le funzioni di direzione e le funzioni operative, facilitando il dialogo e lo scambio di informazioni.

All. organigramma ente

## 2.9 Infrastrutture

L'ente cura particolarmente l'ambiente in cui si svolgono le attività, inteso sia l'ambiente fisico, composto da locali, attrezzature e strumenti di lavoro, sia l'ambiente inteso come relazioni interne, conoscenze, esperienze e clima aziendale.

A tal riguardo dispone di,

- edificio, concesso dall'amministrazione comunale composto da due plessi: uno a due piani e seminterrato, il secondo comprende i laboratori: marmo, informatica e meccanica. Nel primo plesso sono ospitate le aule didattiche (8 aule), l'aula magna, gli uffici amministrativi, gli uffici del servizio al lavoro (2 uffici), gli uffici direzionali. Entrambi i plessi sono forniti di rete internet. La scuola dispone di ampio parcheggio pubblico antistante l'ingresso. La scuola ha dispositivi di abbattimento delle barriere architettoniche. La scuola è collegata dai mezzi pubblici.
- La scuola dispone di apparecchiature didattiche per la lavorazione del marmo, aule informatiche e laboratori di meccanica, provvista di torni meccanici e CN, fresatrici.

Le competenze che abbiamo a disposizione sono:

progettuali con esperienza decennale,

amministrativo con esperienza decennale nella scuola,

gestionale e coordinamento con personale provvisto di esperienza pregressa all'inserimento nella scuola Vantini

La scuola partecipa alle fiere presenti sul territorio.

# 1

## 2.10 Pianta dei locali dell'ente

Allegato pianta dei locali.

### 3.0 Norme e leggi

L'organizzazione per l'esecuzione delle attività assicura la conformità alle seguenti norme:

Decreto 9749 del 31/10/2012 - Servizi al Lavoro sez. B  
DDG 10187 del 13/11/2012 Sez. A.

Per il sistema Gestione Qualità si conforma alle seguenti norme:

UNI EN ISO 9000:2005	Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e terminologia
UNI EN ISO 9004:2009	Sistemi di gestione per la qualità. Linee guida per il miglioramento
UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti

Per la conformità alle norme cogenti:

D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196	Codice in materia di protezione dei dati personali
D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231	La responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300"
D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81	Codice in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Inoltre l'ente si conforma al regolamento dell'ente di certificazione, ultima versione disponibile.

### 3.1 Termini e Definizioni

S.G.Q.	Sistema Gestione Qualità
EdF	Organismo di Formazione
R.Q.	Responsabile Qualità
MGQ	Manuale Gestione Qualità
RA	Responsabile Amministrativo
Dir	Direttore
CD	Coordinatore didattico
FD	Formatore docente
T	Tutor

Si applicano le definizioni fornite dalla ISO 9000:2005 e dalla ISO 9001:2015

## 3.2 Revisioni

Il RQ ha il compito di registrare le revisione del SGQ, annotando le modifiche apportate che vengono registrate nel presente paragrafo.

Questa revisione è stata definita per rendere il documento conforme alla ISO 9001:2015, pertanto è stato modificato il manuale in ogni sua parte.

Il presente documento assume il valore di revisione 1.

## 4. Contesto dell'organizzazione

### 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

La Direzione dell'ente, ha determinato i fattori interni ed esterni che maggiormente influenzano la capacità di soddisfare il cliente. (TAB. 1).

Ha individuato i processi rilevanti dell'ente, descrivendone gli input, gli output, le risorse, le responsabilità, l'indicatore di efficacia e i documenti collegati, (TAB. 2).

Il contesto in cui l'ente agisce viene monitorato e valutato costantemente dalla direzione, e, salvo necessità di modifiche urgenti e sostanziali, viene riesaminato in sede di Riesame del Sistema Gestione Qualità.

### 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Nella tabella 1a, Parti interessate, vengono identificati le parti interessate, i relativi requisiti rilevanti per il Sistema Gestione Qualità.

Le parti interessate ed i loro requisiti rilevanti per il Sistema Gestione Qualità vengono monitorati e valutati costantemente dalla direzione, e, salvo necessità di modifiche urgenti e sostanziali, vengono riesaminati in sede di Riesame del Sistema Gestione Qualità.

### 4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

A valle di questa analisi, avendo definito i fattori esterni ed interni, i requisiti delle parti interessate, i prodotti e i servizi dell'organizzazione, l'ente ha definito il suo campo di applicazione, considerando che tutti i requisiti della norma ISO 9001:2015 sono ritenuti applicabili.

Per il campo di applicazione si fa riferimento a quanto riportato al § 0.1, con le precisazioni indicate al cap.2.

### 4.4 Sistema per la gestione della qualità e relativi processi

L'ente predisporre, documenta, mantiene attivo e migliora con continuità l'efficacia del sistema di gestione della qualità come mezzo per assicurare alla Direzione ed ai propri clienti il raggiungimento ed il mantenimento di una qualità prestabilita dei propri prodotti e servizi, tale da soddisfare con continuità le esigenze espresse e implicite dei clienti stessi. Il sistema qualità è definito in conformità alla ISO 9001, ed. 2015.

In relazione al p.to 4.4.1 della norma l'ente dichiara che ha determinato i processi necessari per il sistema di gestione della qualità (vedi tab. 2):

- a) nella tab 2 ha determinato gli input e gli output dei processi;
- b) la sequenza e l'interazione definita con la flow di processo,
- c) gli indicatori di prestazione sono indicati nella tab. 2 e sono monitorati con la tab. Indicatori del SGQ,
- d) le risorse sono determinate in ogni progetto e le attività non hanno inizio se tutte le risorse non sono state reperite. Si dà priorità ai progetti per i quali le risorse siano state già acquisite,
- e) le responsabilità e le autorità sono definite nell'organigramma dell'ente e nei profili professionali,
- f) i rischi e le opportunità sono gestite come descritto al §6.1,
- g) la valutazione dei processi viene effettuata periodicamente durante le riunioni di coordinamento e durante il riesame della direzione,

h) il miglioramento viene pianificato e monitorato durante il periodico riesame della direzione.

L'ente effettua un monitoraggio periodico delle informazioni riguardanti le parti interessate e riesamina i requisiti rilevanti. La registrazione di tale attività è documentata nelle riunioni di coordinamento e nel periodico riesame della direzione.

Le informazioni documentate che supportano e registrano la conduzione dei processi come pianificato sono:

- documentazione attinenti l'accreditamento e il relativo rating assegnato,
- audit interni del SGQ ed audit esterni condotti da personale degli enti regione e/o provincia,
- documentazione relativa alla progettazione ed esecuzione dei percorsi formativi (progetti, registri, calendario lezioni, verbali di riunione di aula, materia, consigli di classe,...),
- registrazione delle competenze interne ed esterne (curriculum, mansionari)
- elenco attrezzature e strumenti didattici,
- documenti di gestione processi e modelli organizzativi, (DVR; manuale privacy, manuale d. lgs.231, codice etico),
- documentazione per la gestione economica e finanziaria,
- istruzioni di lavoro e moduli.

## 5. Leadership

### 5.1 Leadership ed impegno

#### 5.1.1 Generalità

La Direzione dimostra il comando e l'impegno rispetto al sistema qualità:

- assumendosi la responsabilità dell'efficacia del sistema,
- assicurando che la politica per la qualità e gli obiettivi siano stabiliti e compatibili con la strategia aziendale ed il contesto in cui opera l'azienda,
- assicurando che la politica per la qualità sia comunicata, compresa ed applicata all'interno dell'organizzazione,
- assicurando l'integrazione dei requisiti del sistema qualità nei processi aziendali,
- promuovendo la consapevolezza dell'approccio per processi,
- assicurando che le risorse necessarie per il sistema qualità siano disponibili,
- comunicando l'importanza di un sistema qualità efficace e della conformità dei requisiti del sistema qualità,
- assicurando che il sistema qualità raggiunga i suoi risultati definiti,
- ingaggiando, dirigendo e supportando persone che contribuiscono all'efficacia del sistema qualità, evidenziando alla struttura tutta l'importanza della qualità nei processi,
- promuovendo il miglioramento continuo,
- supportando gli altri ruoli manageriali importanti a dimostrare la loro leadership sia applicata nella loro area di influenza.

#### 5.1.2 Focalizzazione sul cliente

La Direzione dimostra il suo ruolo e impegno rispetto alla attenzione al cliente assicurando:

- la definizione, comprensione e il soddisfacimento dei requisiti del cliente, requisiti assunti dal progettista in sede di definizione del percorso formativo;
- la definizione, comprensione e il soddisfacimento dei requisiti cogenti applicabili, attuato dal responsabile dedicato (resp. sicurezza, resp. privacy, resp. 231, resp. accreditamento);
- la definizione e la gestione dei rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione del cliente, vedi §6.0;
- il mantenimento della focalizzazione sull'aumento della soddisfazione del cliente, tramite indagini di CS effettuata sia sul personale interno che sui clienti.

L'ente conserva le analisi relative alla soddisfazione del cliente, al fine di trarre indicazioni utili per l'esecuzione delle attività.

Le risultanze delle analisi, fatto salvo eventuali necessità di interventi urgenti, sono monitorate in occasione del periodico riesame della direzione.

## 5.2 Politica della Qualità

### 5.2.1 Stabilire la politica per la qualità

La Politica per la Qualità è stata declinata per indicare gli obiettivi, definire i corrispondenti impegni per raggiungere gli obiettivi prefissati, individuare gli strumenti ritenuti più consoni, nonché le modalità più opportune per misurare la qualità raggiunta.

La Politica della Qualità, definisce il sistema di misurazione delle prestazioni e gli obiettivi quantitativi e qualitativi. Gli obiettivi sono analizzati in sede di riesame della Direzione ed i risultati sono verbalizzati e formalmente approvati dal Direttore.

La Politica della Qualità, il sistema di misurazione e gli obiettivi quantitativi e qualitativi di rilevanza generale sono comunicati al personale a mezzo di incontri di approfondimento e condivisione di quanto definito. Consci che solo ciò che può essere misurato può essere migliorato, vengono attuate tecniche di misura del proprio livello di qualità.

L'alta direzione assicura che la politica per la qualità:

- sia **appropriata** agli scopi dell'organizzazione, attraverso l'analisi periodica condotta con audit pianificati e con la revisione durante il riesame della direzione;
- sia **comprensiva** dell'impegno al soddisfacimento dei requisiti ed al miglioramento continuo dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità attuata attraverso l'impegno di ogni operatore;
- preveda un **quadro strutturale** per definire e riesaminare gli obiettivi per la qualità, con revisioni periodiche e pianificate dal SQ;
- sia **comunicata e compresa** all'interno dell'organizzazione assicurando e registrando la diffusione dell'informazione;
- sia **riesaminata** per accertarne la continua idoneità, sia al mercato di riferimento che agli indirizzi e alla missione dell'organizzazione.

Quando vengono apportati cambiamenti rilevanti ad elementi del sistema qualità, come procedure operative o politica della qualità, ne viene informato tutto il personale coinvolto, assicurandosi che i cambiamenti siano completamente compresi e messi in atto.

### 5.2.2 Comunicare la politica per la qualità

La Politica della Qualità è presentata a tutto il personale tramite diffusione in bacheca Qualità e riunione annuale tenuta dalla Direzione. E' disponibile tramite rete informatica interna con collegamento al server. E' disponibile sul sito dell'ente.



### **5.2.3 Ruoli, Autorità e Responsabilità**

La direzione assicura che le responsabilità e le autorità di ogni funzione descritta nel S.Q. siano definite e rese note nell'ambito dell'organizzazione. Per ogni posizione indicata in organigramma esiste la corrispondente scheda descrittiva. Ogni collaboratore interno è informato della propria scheda che sottoscrive, per adesione e presa visione.

La direzione ha assegnato ad ogni responsabile di funzione il compito di controllare, verificare, monitorare il sistema qualità, l'attenzione al cliente e il grado di raggiungimento degli obiettivi. Il responsabile di funzione deve riferire sul livello delle prestazioni. Tale informazioni sono oggetto di analisi durante il periodico riesame della direzione.

Si fa riferimento all'organigramma allegato.

## 6. Pianificazione

### 6.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità

Nel periodico riesame della direzione, l'organizzazione considerando i fattori, i rischi e le opportunità connesse al suo contesto interno ed esterno, definisce la pianificazione delle attività finalizzate ad assicurare che:

- il sistema possa conseguire gli obiettivi prefissati,
- i processi possano conseguire gli output richiesti,
- siano accresciuti gli effetti positivi e ridotti gli effetti indesiderati,
- si realizzi il miglioramento organizzativo.

La pianificazione comprende:

- l'indicazione delle azioni,
- le responsabilità, le scadenze di attuazione
- le modalità di attuazione e la misura,
- la valutazione della loro efficacia.

La direzione durante il periodico riesame della direzione, analizza i rischi e le opportunità, nonché gli effetti dei rischi, valutando la probabilità che l'evento rischioso si verifichi e il danno che ne deriverebbe. Valuta le azioni e gli impegni per fronteggiare tale situazione, di conseguenza definisce le azioni da svolgere e pianificare.

L'ente ha elaborato un modello che mette in relazione i processi caratteristici dell'ente con i fattori significativi (interni ed esterni), con le parti interessate e con i requisiti che tali parti esprimono.

Nella tabella (tab 3) si indicano le azioni per il presidio, si valutano i rischi, le opportunità.

La probabilità e il danno sono definite attraverso una valutazione espressa dalla direzione utilizzando la conoscenza dei processi espressa dai partecipanti al riesame della direzione.

Tali azioni possono essere:

- evitare il rischio,
- accettare il rischio al fine di perseguire un'opportunità,
- eliminare la fonte di rischio,
- modificarne la probabilità o gli effetti,
- condividere il rischio,
- decidere in modo informato di farsi carico del rischio stesso.

Quindi indica le responsabilità, le scadenze, la misura e le modalità di valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese.

Il riesame verifica i risultati e definisce le nuove azioni da intraprendere.

### 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

L'ente ha definito obiettivi per la qualità per i processi attuati, al fine di migliorare continuamente la propria capacità di offrire servizi che soddisfano il cliente.

In aggiunta alla tab 4, l'ente ha definito la tabella indicatori, dove pianifica le attività di miglioramento per le funzioni che di volta in volta ritiene importanti.

TAB1. Tabella indicatori, in cui sono indicati gli obiettivi, l'indicatore, la misura, le responsabilità, i tempi di esecuzione, la frequenza del monitoraggio.

In TAB2 Tabella indicatori si registra il monitoraggio, i risultati vengono messi in relazione con i corrispondenti dell'anno precedente per evidenziare miglioramenti o regressioni.

### **6.3 Pianificazione delle modifiche**

Nell'ambito del Riesame della Direzione vengono anche valutate e pianificate eventuali modifiche al SGQ stesso, per renderlo più efficace ed efficiente, per adeguarlo a nuove esigenze o a nuovi assetti organizzativi. In questo caso, prima di attuare ogni modifica ci si assicura che questa non comprometta l'integrità del sistema e la coerenza con le norme di riferimento.

In particolare vengono considerate:

- le finalità delle modifiche e le loro potenziali conseguenze;
- l'integrità del sistema di gestione per la qualità;
- la disponibilità di risorse;
- l'allocazione o la riallocazione delle responsabilità e autorità.

## 7. Supporto

### 7.1 Risorse

#### 7.1.1 Generalità

L'ente per espletare i processi si avvale di diverse competenze.

#### 7.1.2 Persone

La formazione si avvale di risorse interne:

- formatori per le lezioni e le esercitazioni,
- progettisti per definire i percorsi formativi,
- di figure di supporto, come i tutor, orientatori, psicologi,
- figure amministrative, come i gestori dell'accREDITAMENTO per i bandi regionali,
- figure commerciali per i corsi autofinanziati.

La gestione organizzativa si avvale di figure specializzate:  
RQ, RSPP, Resp. Privacy, Resp. 231,

Risorse esterne sono costituite da:  
consulenti di organizzazione (qualità, privacy, sicurezza)

L'amministrazione si avvale di figure specializzate nella redazione dei bilanci e responsabili delle paghe, interagendo con il commercialista e il consulente del lavoro.

Tutte le risorse interne ed esterne lavorano per obiettivi, che sono definiti all'inizio della prestazione. Per i consulenti esterni gli obiettivi sono esplicitati nei contratti di consulenza.

#### 7.1.3 Infrastruttura

#### 7.1.4 Ambiente

L'ambiente di lavoro è conforme alle leggi vigenti, il RS ha definito e compilato il piano di sicurezza che viene diffusa a tutti i collaboratori.

Vengono effettuate le prove di evacuazione.

L'edificio e tutti i locali, compresi i laboratori sono stati verificati secondo le norme antinfortunistiche.

La corretta gestione dell'ambiente di lavoro necessaria ad assicurare la conformità ai requisiti del servizio è verificata in forma pianificata e sistematica dal RQ in sede di audit.

Ogni operatore ed ogni cliente può formulare avviso per segnalare eventuali disfunzioni e/o occasioni di miglioramento.

E' attivo un contratto con aziende specializzate per la manutenzione degli apprestamenti antincendio. Sono monitorati i livelli di illuminazione, riscaldamento, raffrescamento e tali valori sono gestiti in conformità alle norme vigenti. Gli ambienti sono verificati quotidianamente nei parametri di igiene.

### **7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione**

Queste attività sono effettuate a livello macro nel riesame della direzione con il monitoraggio degli indicatori del SGQ. Per ogni percorso formativo il responsabile della didattica tiene monitorato ogni corso, con l'ausilio del tutor che fornisce i dati e riporta le situazioni.

Le registrazioni documentate di tali attività sono costituite da:

- documentazione di supporto
- riesame della direzione
- verbale riunione di corso, di materia, ecc.

Gli strumenti utilizzati nei laboratori vengono tarati durante le esercitazioni, non si conservano registrazioni di tale misurazione, in quanto non ritenuta essenziale per le attività svolte.

Infatti le lavorazioni sono a carattere didattico, non commerciale, per cui è importante che le misure effettuate siano congruenti con gli strumenti utilizzati, senza doversi riferire a campioni nazionali.

Per le attività formative è importante la metodologia non il valore dei risultati.

Pertanto l'ente non ha individuato strumenti da sottoporre a verifica metrologica.

### **7.1.6 Conoscenza organizzativa**

L'ente dispone di conoscenza organizzativa derivata da molteplici anni di esperienza nell'erogazione di percorsi formativi.

La conoscenza organizzativa dell'ente si esprime in:

- attuazione di modelli organizzativi tesi all'efficienza e all'efficacia,
- adesione alle norme cogenti in relazione alla privacy (D. Lgs. 196), al miglioramento delle condizioni di lavoro attraverso l'applicazione del DVR come da D. lgs. 81, modello organizzativo ex D. lgs. 231/01, codice etico,
- conoscenza delle modalità di acquisizione e mantenimento dell'accreditamento regionale,
- conoscenza del mondo del lavoro nell'ambito dei corsi attuati, attraverso contatti con associazioni di categoria ed aziende del settore,
- supporti continui e pianificati di esperti esterni nell'ambito dei modelli organizzativi e nelle attività specifiche di erogazione dei corsi, e delle attività di orientamento.

## **7.2 Competenza**

Si esprime nella professionalità dei formatori che da anni esercitano la formazione presso l'ente, dalle dispen- se prodotte.

Le competenze delle figure dedicate alla formazione sono definite dai bandi regionali per i corsi a finanziamen- to.

Per i corsi autofinanziati le professionalità sono definite dalle specifiche dei progettisti.

In particolare per il corso serale di scultura la scuola si avvale di scultori professionisti, vincitori di premi e di manifestazioni del settore.

In ogni caso tutte le risorse utilizzate (interne ed esterne) sono valutate nei confronti della formazione, dell'aggiornamento, delle esperienze attraverso una valutazione espressa dalla direzione e documentata nel periodico riesame della direzione.

Nel riesame della direzione le considerazioni vengono valutate, monitorate ed eventualmente si pianificano momenti di correzione e/o miglioramento.

Se si intraprendono attività per le quali non esiste una conoscenza interna, l'organizzazione seleziona risorse esterne in grado di apportare competenze.

Le competenze sono aggiornate e accresciute attraverso opportuni programmi di formazione interna. Tali attività sono pianificate, registrate e valutate nella loro efficacia.

Nel riesame della direzione sono valutate le azioni di formazione interna ai collaboratori, la loro efficacia e l'eventuale pianificazione di nuove azioni formative.

L'organizzazione conserva come informazioni documentate i curricula e i mansionari.

Per i consulenti esterni conserva i curricula e gli attestati professionali.

### 7.3 Consapevolezza

Tutti i collaboratori che svolgono l'attività presso l'ente sono:

- consapevoli della politica per la qualità, che è diffusa a tutti, esposta in bacheca ed illustrata dal direttore in fase di assunzione;
- informati degli obiettivi per la qualità e dell'importanza del proprio contributo per il successo del SGQ e delle implicazioni derivanti dal mancato soddisfacimento dei requisiti del SGQ;
- conoscono le implicazioni degli effetti delle loro attività nei confronti dell'efficacia dei processi;
- gli effetti e le modalità di gestione delle non conformità.

Durante gli audit interni, viene valutato il grado di consapevolezza del personale interno. Nel caso si riscontrassero delle mancanze di consapevolezza, l'auditor ne dà comunicazione al RQ il quale pianifica momenti di informazione.

Nel riesame della direzione vengono valutati i risultati rilevati.

### 7.4 Comunicazione

Le comunicazioni in relazione al SGQ sono effettuate dal direttore, che definisce il cosa, il come, il quando e a chi.

In ogni caso a valle del riesame della direzione, il direttore comunica a tutti i collaboratori interni ed esterni, un sunto dei risultati raggiunti.

Gli strumenti di comunicazione interna sono la posta elettronica, la rete informatica con cartelle condivise sul server, e la distribuzione di documenti cartacei.

Le modalità di diffusione delle principali comunicazioni sono contenute nella seguente tabella:

Documento	Modalità di comunicazione	Destinatari
Politica per la Qualità	In rete aziendale/ affissione in bacheca	Tutti
Sintesi del verbale di riesame della direzione -Obiettivi – indicatori	In rete aziendale	Tutti
Rapporto di audit interni	In rete aziendale	Tutti

Non conformità e reclami	Cartacea Registro in rete	Tutti
Rapporto di azione correttiva	Cartacea/ in rete	Tutti
Norme e regolamenti	Elenco in rete	Tutti
Indicazioni operative - circolari	Cartacea/ alcune via email	Tutti

## 7.5 Informazioni documentate

La gestione delle informazioni documentate è affidata al RQ.

Le informazioni documentate sono rese disponibili a chi ne ha necessità, esse possono essere su supporto cartaceo o digitale, disponibili in archivio o su server.

Sono protette da uso improprio in conformità al D. lgs 196.

Le informazioni documentate richieste dalla presente norma sono indicate nei corrispondenti paragrafi del manuale. Le informazioni che l'organizzazione determina necessarie per l'efficacia del SGQ sono indicate nell'elenco delle istruzioni di lavoro e dei moduli.

Le informazioni documentate vengono protette da alterazioni involontarie tramite:

- Copia conservata presso il RQ che funge da master;
- Nel server i file sono consultabili in forma di lettura e stampa.

## 8. Attività Operative

### 8.1 Pianificazione e controllo operativi

I prodotti/servizi offerti dall'ente vengono realizzati mediante appositi processi pianificati, attuati e tenuti sotto controllo per soddisfarne i requisiti e attuare le azioni individuate sulla base di quanto indicato nel paragrafo 6.1.

Questi processi vengono pianificati e sviluppati secondo i seguenti passi:

- Definizione dei requisiti da soddisfare, con particolare attenzione a:
  - vincoli normativi e legislativi
  - requisiti dei bandi, del mercato e/o dei clienti
  - obiettivi dell'azienda, compresi quelli per la qualità;
- Definizione della sequenza di attività necessarie e sufficienti per la realizzazione di un prodotto/ servizio e dei criteri di accettazione di questi;
- Identificazione delle risorse strumentali e umane necessarie per conseguire la conformità ai requisiti relativi ai prodotti e servizi;
- Definizione ed attuazione delle attività di controllo, misura e monitoraggio necessarie ad assicurare che i processi realizzativi e i prodotti risultanti soddisfino i requisiti;
- Definizione, mantenimento e conservazione delle registrazioni necessarie a fornire evidenza che tali attività vengano effettivamente eseguite e che i relativi prodotti e servizi siano conformi ai requisiti
- Redazione delle procedure documentate che descrivano i processi in maniera adatta alla natura delle attività operative dell'organizzazione;

Le informazioni documentate sono costituite dal calendario dei corsi, dal piano degli incontri, da prospetto riepilogativo degli impegni dei docenti, dalle registrazioni delle competenze (curricula e mansionari).

### 8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

#### **8.2.1 Comunicazione con il cliente**

I clienti sono informati dei corsi attraverso depliant, manifesti murali, giornate "open day", pubblicazione sui media.

Ogni percorso formativo è provvisto della documentazione indicante le modalità di iscrizione, i programmi, il calendario delle lezioni, la qualifica finale.

Sono previste campagne di informazioni per valutare il tasso di soddisfazione del cliente e il tasso di occupazione creato dai corsi erogati.

#### **8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi**

I requisiti sono definiti dai bandi regionali, sono pubblicati e quindi conosciuti anche dai clienti.

Per i corsi autofinanziati, i requisiti sono definiti nel progetto. Requisiti relativi alle risorse, competenze, attrezzature.

#### **8.2.3 Riesame dei requisiti relativi a prodotti e servizi**

L'ente nella riunione di coordinamento esamina i requisiti del percorso formativo, verifica che possieda la capacità di soddisfare tali requisiti per tutto il periodo previsto per l'erogazione.



I requisiti presi in esame sono quelli indicati nei bandi per i corsi finanziati, oppure quelli indicati dal progetto per i corsi autofinanziati.

A tali requisiti si aggiungono i requisiti stabili dall'ente internamente ed espressi dalle procedure di organizzazione, sia del SGQ che degli altri modelli organizzativi adottati, come l'adeguamento alle norme della privacy e della sicurezza sul luogo di lavoro.

Il verbale della riunione di coordinamento costituisce informazione documentata e diviene elemento di analisi durante il periodico riesame della direzione.

#### **8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi**

Nel caso di modifiche dei requisiti durante l'esecuzione l'ente assicura che tutte le risorse impegnate ne siano informate.

## **8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi**

### **8.3.1 Generalità**

L'ente ha stabilito, applicato e mantiene attivo un processo per la Progettazione e lo Sviluppo.

### **8.3.2 Pianificazione della Progettazione e dello Sviluppo**

Nel definire le fasi ed il controllo della Progettazione e dello Sviluppo, l'ente ha considerato:

- la natura, la durata e la complessità delle attività di progettazione e sviluppo.
- requisiti che forniscono indicazioni in merito a particolari fasi del processo, inclusi i riesami della Progettazione e Sviluppo.
- le necessità o richieste di verifica e validazione.
- le autorità e le responsabilità connesse con il processo di Progettazione e Sviluppo.
- le necessità di coinvolgere il Cliente e / o l'Utilizzatore nel processo.
- la necessità di produrre informazioni documentate a conferma che i requisiti della progettazione e dello Sviluppo siano stati rispettati.

Il piano di progetto costituisce informazione documentata. Per i corsi con finanziamento pubblico il piano è definito online su modulistica regionale.

### **8.3.3 Input alla Progettazione e Sviluppo**

L'ente ha determinato:

- i requisiti essenziali per lo specifico prodotto / servizio da progettare e sviluppare, inclusi, se applicabili, requisiti funzionali e prestazionali.
- le leggi ed altri codici cogenti applicabili.
- gli standard o le best pratics che l'ente è impegnata ad applicare.
- le risorse interne ed esterne per il processo di Progettazione e Sviluppo.
- le conseguenze potenziali di errori, in relazione alla natura del prodotto / servizio.
- il livello di controllo del processo atteso dal Cliente e / o da altre parti interessate.

Gli input devono essere adeguati, completi, non ambigui. Sono risolti gli eventuali conflitti tra input. Gli input sono definiti nel progetto e sono informazioni documentate.

#### **8.3.4 Controllo della Progettazione e Sviluppo**

L'ente tiene sotto controllo la Progettazione e lo Sviluppo in modo che:

- I risultati da ottenere attraverso il processo siano chiaramente definiti.
- I riesami della Progettazione e Sviluppo siano pianificati.
- Opportune verifiche siano condotte al fine di assicurare che gli inputs siano stati considerati.
- Opportune validazioni siano condotte al fine di assicurare che il risultato sia conforme con l'applicazione e l'uso del prodotto / servizio ( quando conosciuto ).

La riunione di coordinamento della progettazione costituisce informazione documentata del controllo della progettazione. L'autorizzazione all'esecuzione del corso costituisce registrazione del controllo effettuato.

#### **8.3.5 Output alla Progettazione e Sviluppo**

L'ente assicura che gli Output dalla Progettazione e Sviluppo:

- soddisfano gli input alla progettazione e allo sviluppo.
- forniscono adeguate informazioni per l'approvvigionamento, la produzione e per l'erogazione di servizi.
- contengono o richiamano i criteri di misura e controllo del prodotto, ed i criteri di accettazione, se applicabile.
- precisano le caratteristiche dei prodotti che sono essenziali per una loro sicura ed adeguata utilizzazione.

Tutti gli Output della Progettazione e Sviluppo costituiscono informazioni documentate.

#### **8.3.6 Modifiche alla Progettazione e Sviluppo**

L'ente riesamina, tiene sotto controllo ed identifica le modifiche apportate agli Input ed agli output della Progettazione e Sviluppo. E' verificato che le stesse non abbiano impatto negativo sulla conformità ai requisiti del Prodotto / Servizio progettato.

Sono conservate le informazioni documentate relative alle modifiche.

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

### 8.4.1 Generalità

L'ente si rifornisce dall'esterno dei seguenti servizi:

- progettazione;
- formazione;
- consulenze specialistiche.

La scelta dei fornitori e la loro valutazione è affidata alla direttrice. La registrazione delle valutazioni è inserita nel periodico riesame della direzione.

### 8.4.2 Tipo ed estensione del controllo

L'ente ha definito i controlli da effettuare per assicurare che i servizi approvvigionati ottemperino ai requisiti specificati per l'approvvigionamento.

### 8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

Tutti i rapporti di approvvigionamento sono regolati da appositi capitolati o contratti in cui sono specificate le condizioni e le caratteristiche della prestazione richiesta e richiamate le eventuali normative tecniche di riferimento e i criteri di accettabilità.

## 8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

Il flusso di esecuzione del processo è descritto nella flow di processo.

### 8.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione di servizi

L'ente pianifica e svolge le attività in condizioni controllate. Tali condizioni includono:

- la disponibilità di informazioni che descrivano le caratteristiche del servizio;
- la disponibilità di istruzioni di lavoro, dove necessarie;
- l'utilizzazione di apparecchiature idonee.

La prevenzione dell'errore umano viene attuato tramite la funzione del tutor e del responsabile di corso.

### 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

Tutte le informazioni relative al percorso formativo sono archiviate nel fascicolo di riferimento, gestito sotto la responsabilità della segreteria ed archiviato negli uffici amministrativi a corso ultimato.

Ogni corso viene indicato dal nome e da un codice numerico che lo individua in modo biunivoco.

Il codice contiene anche l'indicazione dell'anno di riferimento, per cui non possono esserci ambiguità nel caso di corsi reiterati in anni successivi.

I documenti finali, dopo l'esecuzione, sono gestiti dalla segreteria che assicura la reperibilità e la rintracciabilità dei documenti, su ognuno di essi è indicato il codice o il titolo per assicurare la rintracciabilità.

Lo stato di identificazione dei servizi viene identificato e monitorato, attività che coinvolge tutto il corpo dei docenti/formatori nonché i consigli di corso (relativamente al singolo corso) e anche del collegio docenti per l'analisi globale dei processi.

La registrazione di tale attività viene effettuata attraverso i verbali delle corrispondenti riunioni.

Limiti della rintracciabilità:

Per i corsi finanziati la documentazione che risulta reperibile presso l'Ente è la seguente:

- elenco formatori;
- elenco allievi;
- copia della rendicontazione del corso;
- copia del verbale finale;
- questionari distribuiti;
- contratto formativo;

Per i dieci anni precedenti/successivi si assicura la rintracciabilità delle seguenti informazioni:

- Corso frequentato e anno di frequenza;
- Risultati finali
- Assenze effettuate,
- Nomi dei docenti;
- Argomento delle lezioni giornaliere;
- Eventuali ritardi e/o uscite anticipate;
- Rendicontazione del corso;
- Monitoraggio stage: presenza giornaliera, descrizione attività svolta;

Nel caso si utilizzassero attrezzature o materiali pericolosi: sono identificati e di essi ne viene data informazione sui rischi connessi, nonché sulla corretta modalità di utilizzo degli stessi.

Si assicura comunque la reperibilità e rintracciabilità delle registrazioni della qualità per dieci anni.

### **Modalità**

Il processo viene attuato dalla segreteria, presso cui sono depositati i faldoni del corso per l'ultimo anno, i rimanenti nove anni sono depositati presso un locale messo a disposizione dall'Amministrazione Comunale, accessibile al personale dell'Ente, di cui la segretaria è autorizzata. I dati sensibili relativi agli allievi sono gestiti dalla segreteria che, attraverso un sistema di password conosciute solo dagli operatori autorizzati e dal direttore, assicura la riservatezza degli stessi. I dati su supporto cartaceo sono archiviati in armadio con chiusura a chiave, custodita dalla segretaria autorizzata.

### **8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni**

L'ente non utilizza strumenti e/o prodotti di proprietà del cliente. Nel caso eccezionale, per particolari percorsi formativi, il cliente dovesse fornire strumenti/attrezzature, l'ente applica le stesse procedure di controllo per gli strumenti interni, in quanto l'ente prevede l'analisi iniziale di tutte le componenti, anche di quelle non di sua competenza e/o gestiti dal cliente.

Per le attrezzature fornite si prevede:

- la verifica di adeguatezza e funzionalità delle attrezzature/infrastrutture rispetto agli accordi contrattuali;
- le modalità di gestione, utilizzo, immagazzinamento ed eventuale manutenzione;
- la notifica al cliente, in caso di prodotti inadeguati, persi o comunque inadatti all'uso.
- In linea generale il responsabile del corso, ha la responsabilità di verificare l'eventuale prodotto fornito dal cliente (materiale ed intangibile) per assicurare un livello di qualità come minimo uguale e quello fornito dall'ente.

Nel caso che il cliente fornisca documenti di progetto, dispense, materiale didattico, procedure e quant'altro, L'ente assicura che ogni modifica eventualmente apportata viene preventivamente autorizzata dal cliente prima dell'uso nel processo.

#### **8.5.4 Preservazione**

L'ente garantisce l'integrità e la conservazione dei documenti in tutte le fasi interne ed esterne di propria responsabilità.

A tal fine vengono adottate adeguate misure organizzative, in conformità agli aspetti richiesti dalla normativa di riferimento nei confronti del controllo dei dati e delle informazioni.

Al fine di adempiere al D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196, L'ente garantisce la tutela dei dati sensibili attraverso un controllo dei dati sia su supporto magnetico che su supporto cartaceo.

Su supporto magnetico i dati vengono trattati solo da personale addetto, la cui stazione di lavoro è provvista di password sia all'avvio che allo screen saver.

Le registrazioni dei dati, su supporto cartaceo, o su supporto magnetico, è ubicata in armadi forniti di chiusura, la chiave è in possesso del personale autorizzato. Eventuali copie su server sono protette da password.

Esiste un magazzino dei materiali per i corsi, il responsabile del magazzino riceve il materiale, dopo che la fornitura è stata controllata da colui che ne ha richiesto l'ordine. Il magazziniere provvede a depositare il materiale nelle aree predefinite; la movimentazione viene effettuata dagli assistenti al corso e, se necessario, con la collaborazione del magazziniere stesso.

Eventuale materiale obsoleto viene individuato, identificato e fisicamente separato al fine di evitare utilizzi non opportuni. Eventuale materiale obsoleto allocato nelle aule e/o nei laboratori viene identificato in attesa del suo smaltimento.

#### **8.5.5 Attività post-consegna**

L'ente assicura a tutti i frequentanti i corsi:

- disponibilità di nominativi alle aziende in cerca di personale da assumere;
- informazioni relative a corsi di approfondimento e/o aggiornamento;
- indagini sulla occupazione attuata dai corsisti;
- informazioni ai corsisti nel caso di modifiche delle normative che richiedano aggiornamenti formativi.

#### **8.5.6 Controllo delle modifiche**

Le modifiche non pianificate del prodotto / servizio sono riesaminate e tenute sotto controllo, al fine di assicurare la conformità ai requisiti specificati.

Sono conservate le informazioni documentate relative ai risultati dei riesami delle modifiche, alle persone autorizzate ad approvare le modifiche, alle azioni intraprese.

## **8.6 Rilascio del prodotto e del servizio**

In fase preventiva viene effettuato un controllo prima dell'erogazione del corso. Tale controllo viene effettuato e registrato nel collegio docenti pianificato all'inizio dell'anno scolastico. In questa occasione partecipano sia i formatori che il personale ausiliario, vengono indicati i corsi, gli obiettivi, si verifica il possesso di tutti i requisiti per erogare i percorsi formativi. Il collegio docenti viene gestito dalla direttrice.

L'Ente effettua controlli e misurazioni documentati per valutare l'apprendimento degli allievi e indirettamente la capacità di erogazione del servizio, tramite check per valutare il grado di soddisfazione del cliente.

Sono pianificati controlli sistematici per verificare che il percorso formativo soddisfi le esigenze del cliente al raggiungimento degli obiettivi formativi definiti.

Nel caso di corsi finanziati da enti pubblici le prove, i controlli e i collaudi sono indicati dalle leggi e norme cogenti, negli altri casi il responsabile del corso (per i casi reiterati) o il progettista (per i corsi nuovi) indica le prove, i controlli ed i collaudi da adottare.

Per monitorare e misurare i processi L'Ente:

- individua le variabili di processo significative;
- definisce i valori e i criteri di accettabilità;
- definisce e realizza il sistema di controllo.

Questi controlli innescano attività volte al recupero degli allievi che hanno esigenze di formazione suppletiva meccanismi di miglioramento del processo di erogazione.

Il percorso formativo che non ha raggiunto il valore minimo stabilito dai parametri definiti critici, viene segnalato al Direttore per intraprendere le opinioni che saranno ritenute più opportune per evitare al ripetersi della NC. Deroghe e concessioni sono possibili su autorizzazione del Direttore e, quando applicabile, con il consenso del cliente.

L'ente provvede al calcolo finale degli indici e verifica il rispetto sistematico dei valori-limite stabiliti dalla Regione Lombardia.

## 8.7 Controllo degli output non conformi

Possono essere riscontrate delle non conformità in una delle varie fasi del processo:

- con la segnalazione che ogni operatore può effettuare direttamente al RQ durante la fase di autocontrollo;
- con le audit interni condotte dal RQ, verifiche condotte sul sistema, sul servizio e sul prodotto (progetto o costruzione);
- con i reclami dei clienti.

Le modalità di attuazione sono definite nella procedura "controllo prodotti non conformi".

Tutte le non conformità trovano registrazione nel modulo di non conformità, conservato dal RQ.

Sono indicati:

- le NC
- Le azioni adottate,
- le responsabilità dell'azione,
- la verifica dell'efficacia.

Il mod. 8.3.1 costituisce registrazione documentata.

## 9. Valutazione delle prestazioni

### 9.1 Monitoraggio, misura, analisi e valutazioni

#### 9.1.1 Generalità

La Direzione, per prevenire l'insorgere di non conformità e/o intervenire tempestivamente per raggiungere comunque i risultati previsti, identifica il Responsabile del corso incaricato di svolgere adeguatamente i controlli pianificati.

#### Controlli da effettuarsi all'inizio del corso:

- Verifica della idoneità della attrezzature didattiche e delle aule (capienza, disposizione, condizioni climatiche, comfort, igiene);
- Verifica delle presenze;
- Verifica dei prerequisiti di accesso al corso (se richiesti);
- Verifica dell'illustrazione ai partecipanti del programma e degli obiettivi del corso al fine di stabilire il loro grado di motivazione a parteciparvi e le loro aspettative;
- Verifica dell'avvenuta distribuzione del programma/calendario e del materiale didattico e di consumo in quantità sufficienti.

#### Controlli in itinere

Durante l'erogazione dell'azione formativa, a intervalli stabiliti nelle specifiche di controllo in sede di progettazione, il Responsabile del corso, in collaborazione con il docente stesso (tranne che per i controlli che riguardano quest'ultimo), deve svolgere almeno le seguenti verifiche:

- Monitoraggio del livello di attenzione, partecipazione e gradimento dei partecipanti;
- Valutazione del programma svolto in relazione agli obiettivi formativi previsti;
- Verifica delle presenze.

La Direzione, attraverso il Responsabile del corso, è tenuta a mantenere registrazione scritta degli esiti dei controlli utilizzando i verbali delle riunioni di coordinamento. Il rilievo di non conformità durante i controlli precedenti deve sempre essere documentato e trasmesso al R.Q.

#### 9.1.2 Soddisfazione del Cliente

L'ente effettua un'analisi delle richieste di qualità da parte dei clienti e della loro soddisfazione

Viene proposto un questionario di gradimento a metà e alla fine di ogni corso, gli allievi devono valutare in base ad una scala da 1 a 5.

La modulistica viene distribuita a cura del responsabile del corso il quale consegna le schede compilate al RQ che provvede ad effettuare l'analisi statistica dei risultati che porta ad avere un dato percentuale per ogni categoria analizzata.

L'Ente ha definito il livello minimo per ogni categoria e il livello medio totale ritenuto accettabile.

Nell'eventualità che una delle due condizioni non si verificasse il RQ apre una NC sottoponendola al Direttore. Il Direttore, con il RQ, con il responsabile del corso e con altro personale eventualmente coinvolto, provvede ad individuare le azioni correttive.

E' previsto un modulo diffuso a tutti gli operatori, utilizzato in modo permanente, per registrare le non conformità che quotidianamente ogni operatore rileva nell'ambito della propria attività.

### **9.1.3 Analisi e valutazioni**

All'interno dell'ente sono individuate ed attuate opportune tecniche statistiche per definire, tenere sotto controllo e verificare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità e per valutare dove possono essere apportati miglioramenti continui dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità

A tal riguardo L'ente effettua elaborazioni statistiche atte a valutare l'idoneità della fornitura del servizio formativo attraverso l'analisi dei dati forniti dalla rilevazione effettuata presso i clienti/allievi.

I risultati della analisi e delle valutazioni sono utilizzati per:

- dimostrare la conformità del prodotto e del servizio ai requisiti
- prendere consapevolezza della soddisfazione del cliente, ed incrementarla.
- dimostrare l'efficacia del Sistema Qualità
- dimostrare che quanto pianificato è stato effettivamente realizzato
- prendere consapevolezza delle prestazioni dei processi
- prendere consapevolezza delle prestazioni dei Fornitori
- individuare necessità di miglioramenti
- valutare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità.

I risultati delle analisi e delle valutazioni costituiscono dati d'ingresso al Riesame della Direzione.

### **9.1.4 Reclami clienti**

Tutti i reclami dei clienti vengono gestiti in forma singola, dandone registrazione al RQ.

A cura del RQ i reclami dei Clienti devono essere registrati per il trattamento immediato, e su apposito modello, numerati in ordine progressivo e trasmessi ai responsabili dei settori competenti.

Il Responsabile di settore che riceve il reclamo verifica ed analizza ogni documento utile per l'individuazione delle cause che hanno originato il reclamo e decide se aprire una non conformità e definire un'azione correttiva per l'eliminazione della causa della non conformità.

A volte in relazione al tipo di non conformità può essere sufficiente il solo trattamento della non conformità. Nel caso decidesse di attuare un'azione correttiva il R.Q. dovrà verificarne l'efficacia e l'esito positivo delle modifiche apportate.

Le registrazioni dei reclami sono messe a disposizione sia degli auditor dell'ente di certificazione, che potranno esaminarle in occasione degli audit, sia dei rappresentanti di Accredia.

## **9.2 Audit interno**

L'ente effettua audit pianificati. Gli audit interni e gli audit esterni sono condotti con le stesse modalità, le stesse responsabilità e la stessa modulistica.

Gli audit prevedono un programma in cui sono indicate le date, e i settori di intervista.

Il piano in cui sono indicati gli auditor e i punti oggetto di audit.

Nel periodico Riesame della Direzione viene approvato il programma, completo di piano di audit per ogni singolo audit.

Audit addizionali, in aggiunta a quelle pianificate, possono essere disposte dal RQ quando si verifica una delle seguenti condizioni:

- richieste espressamente dalla Direzione;
- per indicazioni emerse durante i controlli intermedi o durante riesami della Direzione aggiuntivi;
- presenza di variazioni sostanziali che riguardano l'Organizzazione o le procedure del sistema qualità;



- sospetto che una parte delle attività presentino carenze rispetto al piano di garanzia della qualità impostato;
- opportunità di rieseguire una valutazione sulla efficacia del programma di garanzia qualità.

Le modalità sono identiche agli audit normalmente pianificati.

Gli audit devono verificare:

- l'efficienza e l'efficacia del SGQ
- il rispetto delle norme
- il rispetto delle procedure aziendali del SGQ
- l'efficacia delle attività e il loro continuo miglioramento.

Il personale che conduce gli audit interni deve aver seguito un corso teorico/pratico di “Conduzione degli audit interni” e aver partecipato ad almeno 3 audit come osservatore.

Il Rapporto di Audit viene notificato al Responsabile della funzione oggetto di audit.

Il RQ provvede all'archiviazione dei rapporti di Audit e alla conservazione per anni due dalla data di elaborazione. I rapporti di audit sono documenti oggetto di analisi durante il Riesame della Direzione.

Informazioni documentate sono costituite da:

- 1) Piano /rapporto di audit;
- 2) Registro rilievi.

## 9.3 Riesame della direzione

Con una cadenza almeno annuale si svolge una riunione in cui partecipano tutti i responsabili di funzione diretta finalizzato alla verifica dell'efficacia ed adeguatezza del SGQ.

### 9.3.2 Input al riesame della direzione

I Riesami sono pianificati e condotti considerando:

- lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesame della direzione;
- i cambiamenti interni ed esterni che siano rilevanti, in relazione al Sistema Qualità, incluse le decisioni strategiche aziendali;
- le informazioni in merito alle prestazioni del Sistema Qualità, inclusi gli andamenti e gli indicatori correlati con:
  - alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
  - alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
  - alle prestazioni di processo e alla conformità di prodotti e servizi;
  - alle non conformità e alle azioni correttive;
  - ai risultati del monitoraggio e della misurazione;
  - ai risultati di audit;
  - alle prestazioni dei fornitori esterni;
  - l'adeguatezza delle risorse;
  - l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità, formalizzate all'interno dell'apposito paragrafo del Riesame della Direzione “l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità” e sintetizzate nella Matrice Rischi, Opportunità ed Azioni, che, per Stakeholder, sul-

la base delle minacce individuate, definisce i rischi, le azioni per la mitigazione degli stessi, la responsabilità e il monitoraggio;

- le opportunità di miglioramento.

### **9.3.3 Output al riesame della direzione**

Mediante l'analisi degli elementi sopra citati si verifica l'adeguatezza del SGQ e si decide in merito al suo eventuale aggiornamento.

In particolare, nel contesto del verbale di riesame vengono formalizzati i seguenti elementi:

- opportunità di miglioramento;
- ogni esigenza di modifica al sistema di gestione per la qualità;
- risorse necessarie.

I riesami della direzione vengono conservati come informazione documentata.

## 10. Miglioramento

### 10.1 Generalità

L'ente persegue costantemente le opportunità di miglioramento e, per quanto nelle proprie possibilità, attua ogni azione necessaria per soddisfare i requisiti del cliente ed accrescerne la soddisfazione.

In particolare relativamente a:

- miglioramento dei prodotti e dei servizi, per soddisfare i requisiti, così come per affrontare le esigenze e le aspettative future;
- correzione, prevenzione o riduzione degli effetti indesiderati;
- miglioramento delle prestazioni e dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

### 10.2 Non conformità ed azioni correttive

Possono essere riscontrate delle non conformità in una delle varie fasi del processo:

- con la segnalazione che ogni operatore può effettuare direttamente al RQ durante la fase di autocontrollo;
- con le audit interni condotte dal RQ, verifiche condotte sul sistema, sul servizio e sul prodotto (progetto o costruzione);
- con i reclami dei clienti.

Tutti gli elaborati, documenti, moduli, di produzione interna ed esterna (consulenti) che evidenzino delle Non Conformità in seguito all'attuazione dei controlli vengono identificati, fisicamente distinti ed avviati alle loro rielaborazione, definendo i responsabili del ritrattamento.

Se si tratta di attività di docenza, esse vengono gestite dal tutor del corso che ha la responsabilità di attivare le azioni correttive.

Le correzioni sono definite in relazione al caso e vengono definite con l'assistenza del RQ ed, eventualmente, con l'approvazione del Direttore.

Nel caso di documenti di processo la correzione viene apportata in conformità alle norme e leggi cogenti.

Sono continuamente monitorati i seguenti elementi:

- logistica, comprendendo gli spazi didattici, gli strumenti, le attrezzature e i materiali;
- competenze dei formatori e degli allievi;
- reazione dei clienti.

A valle di una azione correttiva si deve verificare che:

- abbia eliminato le cause della non conformità,
- si sia aggiornata la valutazione dei rischi e delle opportunità, se applicabile;
- si sia aggiornato il SGQ se applicabile,
- in ogni caso non potrebbe ripetersi.

L'azione correttiva individuata viene gestita in maniera controllata dove, si registra:

- la NC;
- proposta di miglioramento trattamento adattato;
- azione correttiva proposta;

- la data entro la quale si deve attuare;
- data e firma del Responsabile della Funzione;
- azione correttiva attuata;
- data e firma del Responsabile di Funzione;
- esito e data della verifica dell'efficacia dell'AC;
- data dell'effettuazione della verifica dell'efficacia dell'azione correttiva attuata ed esito della stessa;
- eventuale indicazione del costo delle NC (costo delle Non Qualità).

Sono conservate informazioni documentate in relazione alle NC rilevate e alle AC attuate e ai risultati di ogni azione correttiva attuata.

### 10.3 Miglioramento continuo

L'ente ha istituito un sistema orientato al progressivo miglioramento, parte essenziale della Politica per la Qualità.

L'ente utilizza una serie di elementi del sistema di gestione per la qualità ai fini del miglioramento continuo:

- politica per la qualità;
- obiettivi per la qualità risultati degli audit interni;
- analisi dei dati;
- rispetto continuo e sempre più "preciso" dei valori – limite degli indici
- azioni correttive;
- riesame della direzione.

L'ente, al fine di assicurare il futuro dell'organizzazione e la soddisfazione di tutte le parti interessate, si impegna a creare una cultura del miglioramento finalizzata ad erogare servizi sempre migliori rispetto ai precedenti, in grado di perseguire in forma più efficace il soddisfacimento delle esigenze del cliente.

Le analisi di customer satisfaction forniscono i dati di ingresso del processo di miglioramento, i piani (audit, formazione, progettazione...) costituiscono le fasi, il contributo di tutti gli operatori è lo strumento principale.

I coefficienti di efficienza ed efficacia prevedono indicatori con valori progressivamente incrementati.

L'Ente, per il miglioramento continuo, monitorizza dei seguenti fattori:

- aggiornamento pianificato e sistematico di tutti gli operatori misurato attraverso le ore dedicate e il conseguente rilievo dell'efficacia;
- cultura della qualità, intesa come attenzione ai clienti, contro la cultura dei processi autoreferenziali, misurati attraverso l'occupabilità dei formati/qualificati;
- cultura del miglioramento, espresso da tutti gli operatori e misurato attraverso il numero di NC rilevate e/o le proposte di miglioramento evidenziate;
- miglioramento del livello di prestazione dei fornitori esterni, attraverso informazione/formazione ai fornitori delle problematiche della qualità e ai temi specialistico/disciplinari;
- inserimento in ogni percorso formativo di un modulo della qualità e della sicurezza per assicurare una informazione su temi ritenuti indispensabili per ogni riflessione.

Per il processo oggetto di miglioramento, si prevede di effettuare:

- la definizione degli obiettivi e delle linee generali del progetto di miglioramento;

- l'analisi dei processi esistenti (i processi "così come sono"), l'individuazione di opportunità per il cambiamento;
- l'attuazione di tale miglioramento;
- la verifica e la validazione dei processi di miglioramento;
- la valutazione dei miglioramenti conseguiti
- in base ai requisiti dei clienti e del mercato vengono stabiliti la Politica, gli obiettivi e i processi idonei a raggiungere i risultati prefissati;
- le operazioni e i controlli previsti dai processi vengono eseguiti rigorosamente da tutte le unità organizzative;
- i processi e i servizi vengono monitorati e misurati a fronte degli obiettivi stabiliti;
- vengono adottate le azioni per risolvere i problemi incontrati e vengono definiti nuovi obiettivi e programmi atti a perseguire il continuo miglioramento del sistema stesso.

I risultati sono esaminati durante il Riesame del SGQ da parte della Direzione e costituisce il motore fondamentale che consente di migliorarsi ad ogni ciclo di funzionamento.