

Associazione Percorsi



# MANUALE

## SISTEMA GESTIONE

### per la QUALITÀ

NORMA UNI EN ISO 9001:2008

Ed.	Rev.	Emesso da	Verificato da	Approvato da	Data
1	0	RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ	RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ	LEGALE RAPPR.	01/07/2013
		C. Veltro	C. Veltro	C. Veltro	
Copia controllata N° _____	Distribuita il a :		<input type="checkbox"/> Copia non controllata N° _____		
<b>Avvertenza:</b> l'emanazione del presente Manuale come copia non controllata ha carattere unicamente informativo e non è soggetta ad aggiornamento da parte dell'organizzazione					
<b><i>È vietata la riproduzione, anche parziale, di questo documento senza autorizzazione.</i></b>					

**AGGIORNAMENTO REVISIONE**

Revisione n°	Data	DESCRIZIONE REVISIONE
<b>0</b>	01.07.2013	Prima emissione

**CORRELAZIONE CON LA NORMA DI RIFERIMENTO**

Il manuale è strutturato in modo tale da mantenere la precisa corrispondenza con la Norma di riferimento (UNI EN ISO 9001:2008).

## **INDICE**

### **1.1 Presentazione dell'ente**

### **1.2 Generalità**

### **1.3 Applicazione**

#### 1.3.1 Esclusioni

### 1.1 Presentazione dell'ente

	<b>Dati identificativi</b>
<b>Denominazione</b>	Associazione Percorsi
<b>Forma giuridica</b>	Associazione no profit
<b>Partita IVA</b>	06546461218
<b>Sede legale</b>	Via panoramica n. 2 – 80040 Terzigno (NA)
<b>Sede operativa</b>	Via panoramica n. 2 – 80040 Terzigno (NA)
<b>Telefono</b>	081 3388516
<b>Fax</b>	081 3388022

Percorsi è un'ente di formazione:

- accreditata dalla Regione Campania dal 2010 nelle macrotipologie formazione continua, formazione permanente, alta formazione, formazione superiore
- accreditata presso i maggiori Fondi Paritetici Interprofessionali Nazionali;
- Test Center ECDL per il conseguimento della patente europea del computer con il riconoscimento dei crediti formativi;
- opera nel settore dei servizi per la formazione professionale e l'occupazione, ed in particolare, nella formazione professionale continua per enti pubblici e imprese private;
- offre servizi e consulenza per la formazione professionale ad amministrazioni pubbliche, enti di formazione, istituti di istruzione, associazioni di categoria e imprese, attraverso uno staff di professionisti esperti di ricerca e sviluppo delle risorse umane ed una rete di collaboratori con esperienza universitaria e manageriale.

### 1.2 Generalità

Il Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità [MSGQ] è stato redatto in linea con la Norma UNI EN ISO 9001:2008 con l'intento di rispettare la Norma di riferimento e di gestire il Sistema Qualità in modo efficiente ed efficace. Il MSGQ è il risultato di una intensa collaborazione di tutte le funzioni aziendali, supportate dal Responsabile Gestione Qualità (RSGQ) ed è rivolto ai Clienti, in modo che abbiano un'immagine sull'organizzazione del Sistema Gestione della Qualità entro la quale viene realizzato il servizio loro offerto ma anche ai fornitori e ai partner che contribuiscono a miglioramenti qualitativi dell'Organismo.

Lo scopo è quello di definire e documentare la Politica, gli obiettivi e gli impegni stabiliti dal Ns. ente per il perseguimento della Qualità, le responsabilità e le funzioni dell'intero ente, oltre a rendere evidente il Ns. *modus operandi* capace non solo di fornire prodotti e servizi che soddisfino i requisiti richiesti e quelli cogenti, ma anche, attraverso processi per il miglioramento continuo, capace di accrescere la soddisfazione del cliente.

### **1.3 Applicazione**

Tutte le attività svolte sono comprese nel campo di applicazione del sistema qualità aziendale. In particolare il Sistema di Gestione per la Qualità si applica alle attività:

- ✓ **Progettazione ed erogazione di corsi di formazione professionale iniziale, superiore, continua e di educazione agli adulti, finanziata e autofinanziata.**

#### **1.3.1 Esclusioni**

Non è prevista esclusione di nessun punto della norma.

## **INDICE**

<b>2.1 Normative di Riferimento</b>
-------------------------------------

## 2.1 NORMATIVE DI RIFERIMENTO

L'ente provvede, inoltre, a mantenere aggiornato un elenco della Normativa di interesse (Mod. 04.2B – Elenco documenti di origine esterna) e garantisce la diffusione repentina, al personale interessato, di ogni variazione o modifica legislativa avente impatto sui processi che governano il sistema allo scopo di garantire il pieno rispetto delle norme e leggi applicabili al settore della Formazione Professionale (*Per maggiori dettagli si faccia riferimento al paragrafo 4.2.3.2 "Documentazione di Origine Esterna"*).

## **INDICE**

**3.1 Vocabolario**

**3.2 Abbreviazioni**



### 3.1 VOCABOLARIO

Alcuni dei termini più frequentemente utilizzati nel presente manuale, aventi diretta influenza sulla qualità delle attività e delle prestazioni svolte sono riportati qui di seguito.

Se necessario, si potrà fare ricorso alla norma UNI EN ISO 9000:2005 – “Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario” per termini e definizioni non espressamente citati in questa sezione, ma che potrebbero rivelarsi utili per la corretta esecuzione delle attività comprese nell’ambito di applicazione del sistema qualità aziendale, nonché per la conduzione aziendale per la qualità.

#### Accreditamento

Atto con cui l'amministrazione pubblica competente riconosce ad un ente la possibilità di proporre e realizzare interventi di formazione finanziati con risorse pubbliche. L'accREDITamento è finalizzato a introdurre standard di qualità dei soggetti attuatori nel sistema di formazione professionale, secondo parametri oggettivi, per realizzare politiche pubbliche di sviluppo delle risorse umane nei territori di riferimento.

#### Allievo formato o qualificato

Si intende un partecipante ad un intervento formativo valutato positivamente al termine dello stesso, conformemente alle modalità di valutazione previste dal progetto.

#### Attività formative (D.M. 166/2001 art.2 - comma 2)

Per attività di formazione si intendono gli interventi di prequalificazione, qualificazione, riqualificazione, specializzazione, aggiornamento realizzati con sistemi che utilizzano metodologie in presenza e/o a distanza. I servizi formativi comprendono due macromodalità formative: corsale e individualizzata.

La formazione corsuale è un intervento finalizzato all'acquisizione di competenze professionali da parte di un gruppo omogeneo di utenti, mediante sistemi di formazione in presenza, alternati a stage aziendali, sulla base di una progettazione e pianificazione predefinite. Nella sua articolazione più complessa, la formazione corsuale si articola in tre momenti:

1. accoglienza: azioni finalizzate alla conoscenza delle proprie potenzialità, alla rimotivazione, alla socializzazione e all'integrazione del gruppo-corso, alla conoscenza del contesto e del progetto formativo, alla definizione e condivisione del "contratto formativo", anche in applicazione della normativa vigente relativa alla "carta della qualità";
2. formazione: azioni di acquisizione di competenze professionali secondo una predefinita sequenza di moduli formativi realizzati in aula, laboratorio, stage;
3. formazione per l'inserimento: azioni finalizzate all'acquisizione di competenze metodologiche per attivare strategie personali di entrata nel mondo del lavoro o come lavoratore dipendente o come lavoratore autonomo.

La formazione individualizzata è un intervento finalizzato all'acquisizione di competenze professionali, mediante:

- a) la partecipazione individuale a formazione corsuale con l'utilizzazione di "bonus" finanziari e/o la fruizione di congedi lavorativi;
- b) il tutoring sul lavoro ad individui o piccoli gruppi da parte di esperti;
- c) l'utilizzazione di formazione a distanza assistita (FAD) con materiale cartaceo e/o multimediale.

Qualsiasi soggetto destinatario di prodotti / servizi formativi forniti dall'ente.

#### Cliente

Il cliente può essere interno o esterno all'organizzazione.

Nota 1 - Il cliente è lo stakeholder più importante.

Nota 2 - Nel caso della fornitura di prodotti/servizi formativi l'ente si trova quasi sempre in presenza di due o più clienti:

- a) il cliente "immediato": cioè il cliente diretto del servizio (ad es.: i partecipanti ad un corso o ad uno stage);
- b) il cliente "finale": l'organizzazione committente che utilizzerà le competenze acquisite dal cliente immediato (es.: il responsabile dell'unità organizzativa, i colleghi e i collaboratori del partecipante al corso).

#### Competenza

L'insieme delle risorse (conoscenze,abilità,comportamenti,risorse personali)di cui un soggetto deve disporre per affrontare positivamente (con efficacia e efficienza) un COMPITO professionale o/e sociale.

#### Corso

E' l'evento formativo strutturato, per il trasferimento di conoscenze, attitudini e capacità alle persone.

#### Formazione iniziale (Obbligo Formativo)

Tirocini formativi; formazione all'interno dell'obbligo scolastico; formazione all'interno dell'obbligo formativo (supporto a percorsi scolastici, percorsi formativi e percorsi formativi nell'ambito dell' apprendistato);

#### Formazione superiore

Tirocini formativi; formazione post obbligo formativo; formazione post diploma; IFTS; formazione nell'ambito dei cicli universitari; formazione post-universitaria;

<b>Formazione continua</b>	Formazione nell'ambito dei contratti di formazione lavoro; formazione nell'ambito dell'apprendistato post obbligo formativo; formazione per occupati, formazione per soggetti in CIG e in mobilità, formazione per disoccupati per i quali la formazione è propedeutica all'occupazione, aggiornamento e qualificazione per disoccupati (anche formazione iniziale per adulti).
<b>Modulo</b>	E' una fase di una azione formativa finalizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per svolgere uno o più compiti. Il modulo prevede un sistema di sottobiettivi interconnessi gradualmente e verificabili nei risultati da raggiungersi in un determinato tempo. All'interno di ciascun modulo vengono integrati saperi ed abilità appartenenti a diverse aree.
<b>Monitoraggio</b>	Il monitoraggio è un processo informativo funzionale al processo di programmazione, gestione e valutazione delle attività formative: esso consiste nella costante verifica della realizzazione degli interventi e dei relativi effetti/risultati, attraverso l'utilizzo di indicatori specifici. In particolare, nell'ambito della formazione, il monitoraggio si riferisce all'acquisizione e organizzazione di dati relativi ad indicatori che misurano il livello di realizzazione di tipo quantitativo (il numero degli allievi, il numero delle ore, ecc.) e finanziario (costo per allievo, ecc.). Il monitoraggio sia quantitativo che finanziario è funzionale alla realizzazione della valutazione degli aspetti qualitativi degli interventi formativi.
<b>Obiettivo (di un servizio formativo)</b>	Scopo definito che un servizio formativo si propone di raggiungere: gli obiettivi possono essere di intervento (risultati attesi) o di apprendimento (descrizione dettagliata di conoscenze, abilità, comportamenti ed atteggiamenti che devono essere acquisiti dai partecipanti per raggiungere le competenze assunte come obiettivi dell'intervento).
<b>Processo di progettazione (D.M. 166 del 25/5/2001)</b>	Definisce un servizio formativo, i mezzi e le modalità di erogazione, le attività di valutazione e controllo delle caratteristiche del servizio e della sua realizzazione. Il processo di progettazione prevede le seguenti aree di attività: - Progettazione di massima: definisce le caratteristiche principali del servizio ed indica i dati e requisiti di base per lo sviluppo successivo (ad es. obiettivi dell'intervento, modalità di erogazione, sede); - Progettazione esecutiva e di dettaglio: la prima definisce, nel caso di servizi articolati e complessi, le specifiche di realizzazione e di controllo dell'intero servizio (es. percorso formativo, obiettivi, contenuti di ogni modulo, di ogni fase ed attività, calendario, attività di verifica e di valutazione dei risultati) ha come input il progetto di massima. La progettazione di dettaglio definisce le specifiche di servizio, di erogazione e controllo del singolo modulo/fase (es. elaborazione di contenuti, del programma, tipologia di metodologie formative, di materiali didattici e di attrezzature impiegate).
<b>Review Meeting</b>	Incontro a carattere periodico, per la verifica dei risultati da parte dei responsabili delle strategie elencate nelle tabelle di Hoshin e dei principali processi aziendali (business fundamental).
<b>Servizi di supporto</b>	Servizi che di per sé non hanno natura e finalità formativa ma che l'ente di formazione offre al cliente per facilitare la prestazione del servizio.
<b>Tabella Hoshin</b>	Strumento operativo di pianificazione utilizzato dalla Direzione per la fissazione degli obiettivi annuali e delle relative misure di performance.
<b>Unità didattica</b>	E' un segmento di un modulo costituito da una microunità di insegnamento/apprendimento definita da conoscenze ed abilità appartenenti alla stessa area.
<b>Valutazione apprendimento</b>	E' l'insieme delle operazioni con le quali si rileva, si misura e si giudica il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte degli allievi. Per rilevare occorre disporre di strumenti con cui intenzionalmente si raccolgono informazioni circa il mutamento avvenuto nel soggetto in formazione. Per misurare occorre predeterminare i criteri, cioè stabilire quando gli obiettivi formativi vengono raggiunti. Per giudicare occorre predefinire un livello di accettabilità, cioè stabilire quando gli obiettivi vengono raggiunti almeno in maniera sufficiente, in altri termini definire il limite sotto o sopra il quale la prestazione dell'allievo viene ritenuta insufficiente o sufficiente.

**3.2 ABBREVIAZIONI**

AC	Azione Correttiva
AP	Azione Preventiva
AMM	Amministrazione
COM	Commerciale
F.A	Funzione Aziendale
MSGQ	Manuale del SGQ
NC	Non Conformità
PDS	Procedure Documentate di Sistema
PDP	Procedure Documentate di Processo
PRE	Presidente del Consorzio
RSPP	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
SGQ	Sistema di Gestione della Qualità
RSGQ	Responsabile Sistema di Gestione Qualità

## INDICE

### **4.1 Requisiti Generali**

### **4.2 Requisiti relativi alla Documentazione**

4.2.1 Generalità

4.2.2 Manuale del Sistema Gestione della Qualità

4.2.3 Tenuta sotto controllo dei Documenti

4.2.4 Tenuta sotto controllo delle RegISTRAZIONI

### 4.1 REQUISITI GENERALI

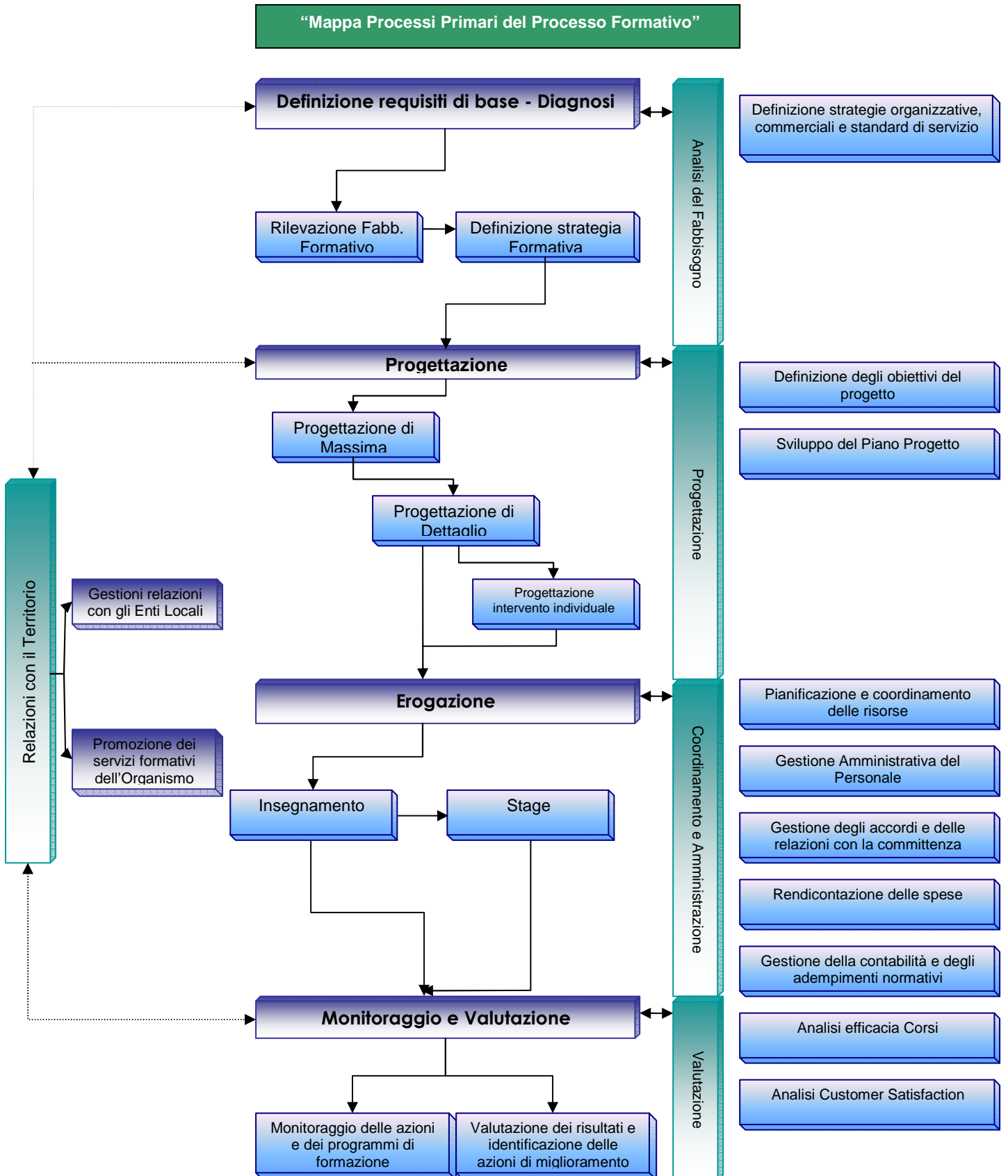
Il Sistema di Gestione per la Qualità, quale insieme di “*struttura organizzativa, procedure, processi e risorse necessari ad attuare la gestione per la Qualità*”, è considerato il mezzo per realizzare la politica e gli obiettivi stabiliti dalla Direzione.

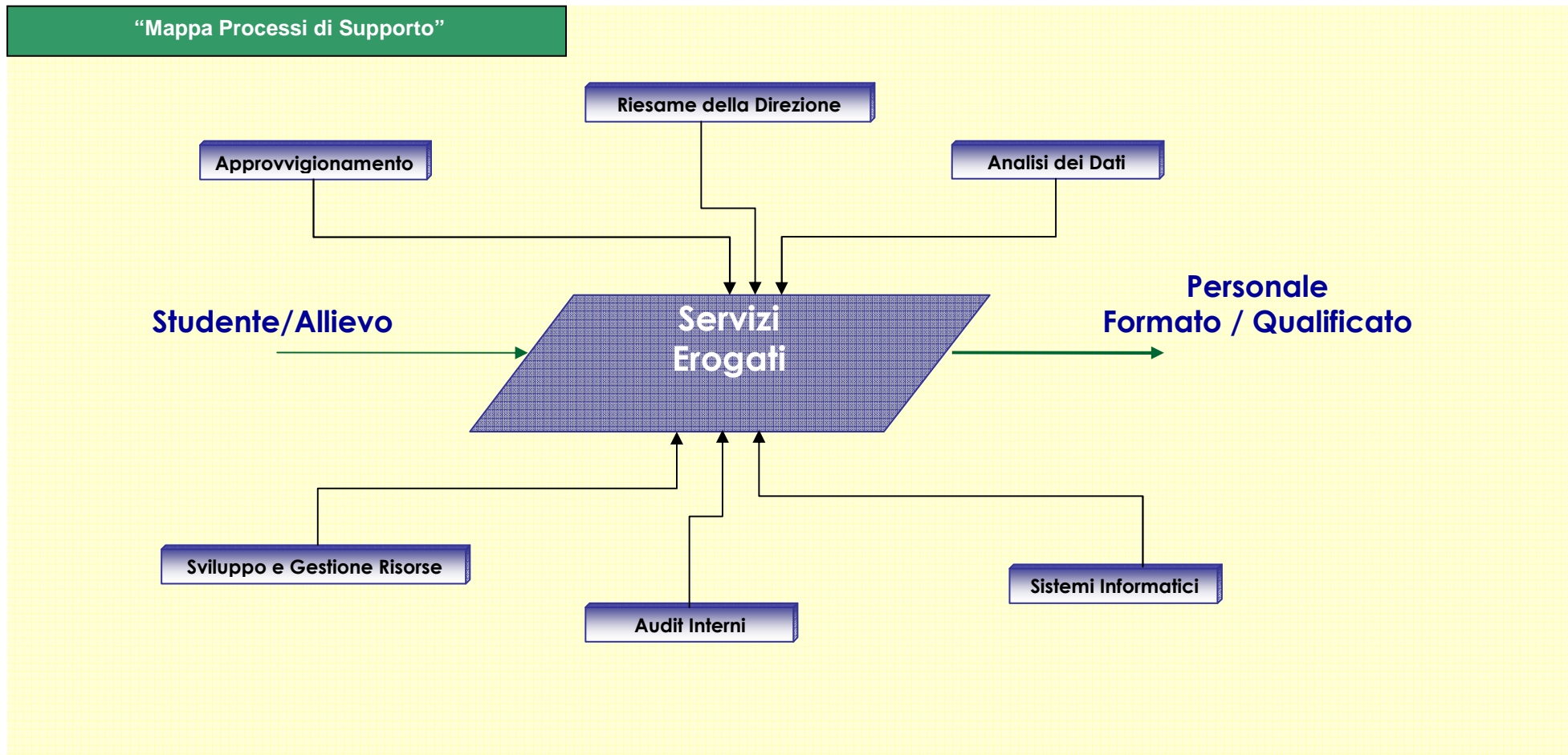
L'ente stabilisce, documenta, attua e tiene aggiornato il sistema di gestione per la qualità migliorandolo, con continuità ed efficacia, in accordo con la norma UNI EN ISO 9001:2008.

In particolare, l'organismo ha:

- Determinato i processi primari e di supporto del processo formativo, necessari per il sistema di gestione per la qualità e la loro applicazione nell'ambito dell'organismo.
- Stabilito la sequenza e le interazioni tra questi processi, secondo la mappatura riportata di seguito al fine di fornire un quadro globale del Sistema di Gestione.
- Stabilito i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e controllo di questi processi, secondo le indicazioni riportate nel presente Manuale, grazie alla diffusione controllata (PDS 04.2A “*Gestione della Documentazione*”) della loro conoscenza nell'ente e all'operato del Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità e dei Responsabili di Processo.
- Definito come monitorare, misurare ove possibile ed analizzare i processi e mettere in atto misure per raggiungere i risultati pianificati ed il Miglioramento continuo. L'organismo assicura, infatti, che tutti i Processi sono monitorati attraverso appositi indicatori: questi rappresentano, data la natura dell'ente, la misura del grado di funzionamento dei processi e della qualità dei servizi/prodotti offerti.
- Assicurato la disponibilità delle informazioni e delle risorse necessarie per supportare il funzionamento ed il monitoraggio di questi processi.

Qualora si scegliesse di affidare a fornitori esterni, alcuni processi che hanno influenza sul prodotto/servizio offerto, l'ente si impegna ad assicurare il completo controllo di questi processi definendo il tipo e l'estensione dei controlli nel proprio sistema di gestione per la qualità.





### 4.2.1 Generalità

La normativa ISO 9001:2008 è un insieme di prescrizioni sulle attività che regolano il Processo di erogazione del servizio formativo e il Sistema di Gestione per la Qualità. La struttura documentale dell'Organismo costituisce l'evidenza oggettiva delle modalità con cui il Ns. Organismo soddisfa le prescrizioni della normativa.

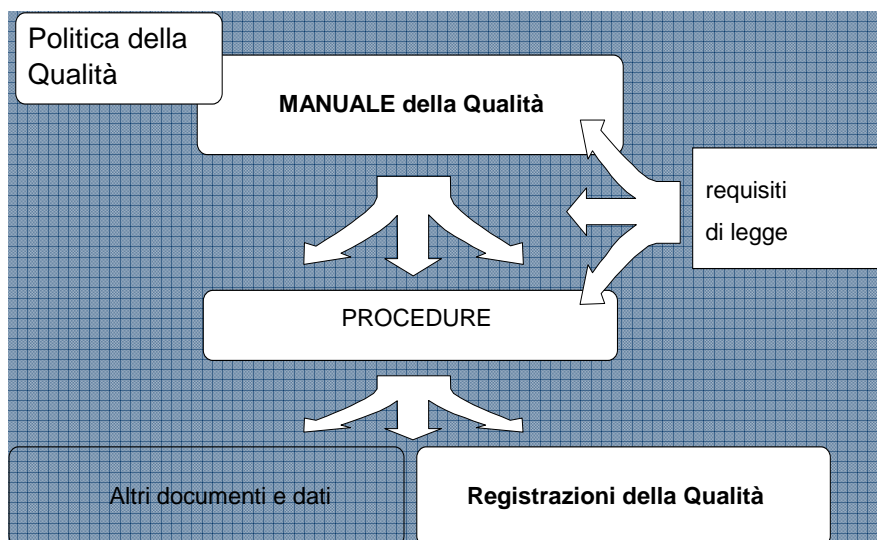
Il Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità (MSGQ) è il documento che sintetizza queste informazioni; a sua volta il Manuale fa riferimento ad altri documenti, normalmente in uso presso il Ns. Organismo ed alle Procedure documentate che descrivono le modalità di svolgimento delle attività troppo complesse per essere descritte in dettaglio nel MSGQ.

La dichiarazione sulla politica per la qualità e sugli Obiettivi per la Qualità, il MSGQ e tutti i documenti ivi esplicitamente richiamati, e le Procedure costituiscono i documenti del Sistema di Gestione per la Qualità. Tutti i documenti come fogli di raccolta dati, grafici, verbali, etc. che provengono dallo svolgimento delle attività previste si definiscono RegISTRAZIONI del Sistema di Gestione per la Qualità. Esse forniscono l'evidenza oggettiva che le attività eseguite sono state svolte in conformità ai requisiti richiesti.

In pratica, il Sistema di Gestione della Qualità è stato strutturato su tre livelli:

- 1° livello - MANUALE/PROCEDURE DELLA QUALITÀ: descrive la politica, l'organizzazione aziendale e le modalità procedurali operative di carattere generale.
- 2° livello - ALTRI DOCUMENTI E DATI : *Piani di Progetto e/o Piani di erogazione*: definiscono lo standard di processi e attività, con relative istruzioni sulle modalità di esecuzione e controllo per ciascun progetto/commissa.
- 3° livello - DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE: costituiscono le evidenze oggettive delle registrazioni aventi diretta influenza sui processi e sui prodotti.

Lo schema che segue rappresenta la struttura della documentazione del sistema



Le modalità seguite per la prima stesura, l'iter di emissione (*identificazione, redazione, verifica, approvazione*), la codifica, la paragrafazione della documentazione del SQ, la distribuzione e



l'aggiornamento (quando necessario) sono descritte con maggior dettaglio nella PDS 04.2A "Gestione della Documentazione".

In corrispondenza dell'attività di riesame da parte della direzione, il responsabile del sistema di gestione della qualità effettuerà il riesame della documentazione per verificare la relativa adeguatezza. L'attività di riesame della documentazione del sistema è effettuata anche sulla base del documento relativo all'accordo Stato-Regioni in materia di accreditamento delle organizzazioni che operano nel settore della formazione professionale e, se disponibili, delle specifiche determinazioni della Regione Campania, sempre in materia di accreditamento.

### 4.2.2 Manuale della Qualità "MSGQ"

Il Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità (MSGQ) descrive il coordinamento di opportune attività e l'insieme delle relative responsabilità (Sistema) volte a documentare e controllare (Gestione) la coerenza fra le caratteristiche dei servizi/prodotti offerti e quelli desiderati dalla Clientela.

Il MSGQ rappresenta il documento primario del SGQ, in quanto contenente una chiara descrizione della struttura organizzativa evidenziando le responsabilità e i rapporti reciproci tra le persone che dirigono, seguono, verificano, svolgono e/o esaminano le attività strettamente legate alla Qualità.

Il MSGQ riporta sia i riferimenti alle Procedure introdotte nel Sistema di Gestione, sia una descrizione delle interazioni tra i processi del SGQ. Esso ottempera a tutti i requisiti richiesti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2008, pertanto anche il suo indice viene strutturato seguendo precisamente i requisiti della predetta Norma. In aggiunta è stato, solo, predisposto un capitolo 00, contenente l'Indice Generale delle revisioni. La numerazione delle pagine è progressiva. Il Manuale della Qualità, redatto dal RSGQ, è approvato dall'Amministratore ed è distribuito ufficialmente all'interno dell'ente a tutte le Funzioni Aziendali. A cura di RSGQ ogni copia è resa disponibile, tramite il sistema informatico, nell'ultimo stato di revisione a tutte le F.A. ed è soggetta alla procedura di aggiornamento (PDS 04.2A "Gestione della Documentazione"). Il contenuto del Manuale della Qualità non è, infatti, rigido bensì soggetto a adeguamenti/aggiustamenti in risposta all'evoluzione dell'ente od all'attivazione / implementazione di nuove strategie.

Le copie del Manuale di Qualità trasmesse ai Clienti o ad altri Enti esterni in base a vincoli contrattuali rientrano nella distribuzione ufficiale e pertanto sono numerate, registrate e soggette alla procedura di aggiornamento. Le copie del Manuale Qualità distribuite al solo scopo di informazione non sono sottoposte alla procedura di aggiornamento.

### 4.2.3 Tenuta sotto Controllo dei Documenti

L'ente dispone delle necessarie procedure formalizzate (PDS 04.2A "Gestione della Documentazione") che garantiscono che tutti utilizzino documenti corretti e nell'ultimo stato di revisione. Per documenti si intendono istruzioni scritte, procedure, manuali di istruzione, insomma tutto ciò che serve per eseguire il proprio lavoro con confidenza e sicurezza, senza l'incertezza causata dal dover memorizzare le informazioni, e senza le inevitabili perdite di tempo se tali informazioni devono essere chieste ad altri.

I documenti del sistema di gestione per la qualità vengono emessi secondo le modalità riportate nella procedura PDS 04.2A “*Gestione della Documentazione*” e vengono distribuiti esclusivamente tramite il sistema informatico aziendale che assicura che essi siano sempre leggibili e facilmente identificabili e che le pertinenti versioni dei documenti applicabili siano disponibili sui luoghi di utilizzazione.

Per assicurare l'utilizzo delle copie aggiornate ed evitare l'uso delle copie obsolete, RSGQ mantiene aggiornato il modello (Mod. 04.2A) “Indice documentazione del SGQ”.

La salvaguardia e la rintracciabilità dei dati informatici è assicurata da un sistema di back-up periodico su cui vigila il RSGQ.

### **4.2.3.1 Modifica e Revisione della Documentazione del SGQ**

Tutta la documentazione del SGQ è soggetta a revisioni, nello spirito del miglioramento continuo.

Ogni modifica nel contenuto o nella veste grafica apportata genera una nuova revisione della documentazione, seguendo lo stesso iter previsto per la prima edizione del documento. Nel caso in cui si rilevi la necessità o l'opportunità di modificare la documentazione si procede come descritto nella PDS 04.2A “*Gestione della Documentazione*”.

Nel caso in cui si abbia una revisione, viene immediatamente ritirata la documentazione superata, da parte di RSGQ, al fine di evitare che vengano utilizzate copie non più valide e distribuito sul sistema informatico aziendale, l'aggiornamento. Eventuali copie obsolete cartacee sono distrutte, mentre solo l'originale è archiviato su supporto informatico o in apposito raccoglitore al fine di mantenimento delle conoscenze interne.

### **4.2.3.2 Documentazione di Origine Esterna**

Si tratta della documentazione ritenuta necessaria per la pianificazione e per il funzionamento del sistema di gestione per la qualità, quale ad es. :

- norme di legge (G.U. cartacea ; raccolta delle leggi su supporto magnetici) o norme ISO;
- contratti Collettivi Nazionali di Lavoro;
- circolari Ministeriali, ecc.;

Tutta la documentazione è vista dall'Amministratore, che la smista ai Responsabili di processo competenti. RSGQ è responsabile della gestione, archiviazione ed aggiornamento dei documenti di origine esterna che sono elencati nell' “Elenco documenti di origine esterna” (Mod. 04.2B).

Per quanto riguarda i documenti di legge necessari per l'erogazione dei servizi, oltre ad un aggiornamento immediato fornito direttamente dalle Associazioni di Categoria o da Notiziari e Riviste di Settore, nonché l'aggiornamento continuo di supporti informatici e raccolte di leggi in forma cartacea da parte dei singoli responsabili, è effettuata un'attività d'interpretazione delle stesse da parte dei responsabili di processo o consulenti esterni. Le interpretazioni di tali normative sono diffuse all'interno dell'ente mediante comunicazioni interne, che sono archiviate secondo le indicazioni della procedura PDS 04.2A “*Gestione della Documentazione*”.

#### **4.2.4 Tenuta sotto Controllo delle RegISTRAZIONI**

Le registrazioni della qualità forniscono informazioni:

- sul grado di conseguimento degli obiettivi della qualità;
- sul livello di soddisfazione del cliente;
- sui risultati del sistema qualità in sede di riesame della direzione;
- sulle azioni correttive e preventive;
- sulle verifiche ispettive interne;
- sulla valutazione dei fornitori;
- sull'addestramento del personale;

Tutte le registrazioni della qualità sono predisposte ed archiviate in modo da essere prontamente rintracciabili in luoghi che assicurano condizioni ambientali idonee per prevenire deterioramento o danni ed evitarne smarrimenti. Il RSGQ, prima dell'archiviazione, ne verifica la completezza, la leggibilità e l'esistenza di riferimenti espliciti all'oggetto del documento (prodotto, ordine, periodo, ecc..). In caso contrario ne richiede agli emittenti il completamento o la sostituzione. I documenti che dovessero essere danneggiati devono essere sostituiti da copie esistenti o riemessi sulla base dei dati ricavabili da brogliacci ed identificati come "copie conformi all'originale". Dell'eliminazione delle registrazioni della qualità è responsabile RSGQ, purché autorizzato dal Direttore Generale. Su richiesta delle funzioni aziendali interessate o del Cliente (se previsto dal contratto) mette a disposizione, per un periodo concordato, i documenti archiviati per la consultazione.

Le registrazioni sono riportate nella tabella "Indice documenti del SGQ" (Mod. 04.2A), aggiornata e tenuta in forma controllata da RSGQ. RSGQ è, inoltre, responsabile di organizzare le necessarie verifiche ispettive interne sistematiche in merito all'esistenza, corretta identificazione, conservazione e rintracciabilità di ciascun documento.

Le registrazioni della qualità sono controllate secondo le modalità, i tempi e le responsabilità indicate nel presente capitolo e nel documento PDS 04.2A "*Gestione della Documentazione*".

## INDICE

### **5.1 Impegno della Direzione**

### **5.2 Attenzione Focalizzata al Cliente**

### **5.3 Politica della Qualità**

### **5.4 Pianificazione**

5.4.1 Obiettivi per la Qualità

5.4.2. Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità

### **5.5 Responsabilità, Autorità e Comunicazione**

5.5.1. Responsabilità ed Autorità

5.5.2. Rappresentante della Direzione

5.5.3. Comunicazione interna

### **5.6 Riesame da Parte della Direzione**

5.6.1 Generalità

5.6.2 Elementi in Ingresso per il Riesame

5.6.3 Elementi in Uscita dal Riesame

### **5.1 Impegno della Direzione**

Costituisce impegno dell'ente sviluppare e implementare, con criteri manageriali, un programma di Total Quality che si pone come obiettivo strategico, la soddisfazione del Cliente da conseguire attraverso il miglioramento continuo di tutti i processi aziendali.

La Direzione dichiara la propria Politica per la Qualità esplicitando negli enunciati seguenti i propri obiettivi e gli impegni per la Qualità:

- Comunicando, mediante momenti formativi tenuti dal RSGQ, l'importanza della soddisfazione dei requisiti richiesti dal cliente ed a quelli cogenti applicabili, impegnando tutte le F.A. alla ricerca della continua soddisfazione del cliente.
- Dichiarando la propria Politica per la Qualità in modo che sia applicata, diffusa e recepita da tutti i livelli aziendali; comunicando all'intero Organismo l'importanza di tale impegno mediante affissione della politica per la qualità nella bacheca aziendale, in modo che venga recepito da tutte le F.A..
- Stabilendo gli obiettivi per la qualità ed enunciandoli nella propria politica per la qualità.
- Effettuando periodicamente opportuni Riesami da parte della Direzione ("Review Meeting").

### **5.2 Attenzione Focalizzata al Cliente**

Per soddisfare le esigenze e le aspettative dei propri clienti e per garantire il corretto svolgimento delle proprie attività, l'ente si è dotato di un'organizzazione interna in cui prevale la gestione per progetto/commessa. Tale configurazione organizzativa assicura, infatti, sia il rispetto delle specifiche contrattuali dei servizi richiesti/offerti, sia le aspettative del cliente per come definite nelle linee di indirizzo politico e sia dei relativi controlli definiti durante la fase progettuale e/o di pianificazione.

La Direzione si assume, inoltre, l'impegno di soddisfare i requisiti richiesti dal cliente e quelli cogenti applicabili e, ovunque possibile, di superare le aspettative del Cliente in tutte le fasi del rapporto: commerciale, amministrativo e tecnico, attraverso l'obiettivo principale di un miglioramento continuo.

La Direzione assicura, infine, che i requisiti del Cliente siano definiti e soddisfatti attraverso le seguenti attività:

- analisi periodica dei dati relativi alla soddisfazione Clienti;
- valutazione annuale dei reclami pervenuti al RSGQ.

### **5.3 Politica per la Qualità**

La Mission dell' Organismo è quella di promuovere e realizzare interventi formativi attraverso l'offerta di servizi qualificati e personalizzati alla propria clientela nonché cogliere le opportunità date al settore della formazione professionale da finanziamenti pubblici. Fissati dei principi guida, quali mezzi indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi preposti, la Direzione ha definito e documentato la propria Politica per la Qualità.

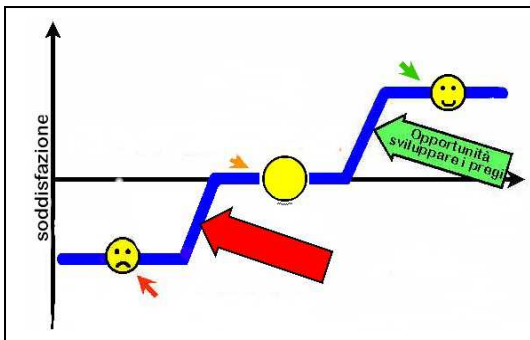
La divulgazione della politica per la qualità è affidata alla Direzione, che adotta misure adeguate per diffondere, ed efficacemente far comprendere, la politica ad ogni livello della struttura organizzativa dell' Organismo, quali:

- Esposizione della dichiarazione della politica per la qualità all'interno dei locali e spazi di lavoro;
- Sensibilizzazione continua, attraverso incontri con tutto il personale;

L'applicazione della politica per la qualità si concretizza mediante specifica attività di sorveglianza attraverso Verifiche Ispettive Interne (PDS 08.4A - AUDIT INTERNI -"). Inoltre, la Politica della qualità è sottoposta al Riesame dalla Direzione ad intervalli prestabiliti per garantirne l'adeguatezza al Sistema di gestione per la Qualità.

## 5.4 Pianificazione

### 5.4.1 Obiettivi per la Qualità



La Direzione si prefigge di trasformare, attraverso il Sistema di Gestione per la Qualità, gli investimenti compiuti in mezzi, personale ed addestramento in obiettivi misurabili e coerenti con la Politica della Qualità aziendale. A tal fine ridefinisce annualmente gli obiettivi aziendali, compresi quelli necessari per ottemperare ai requisiti del servizio offerto (MSGQ sez. 7 § 1).

Sono stati, in particolare, individuati i Fattori Critici di Successo (aspetti tecnici dell'attività di erogazione del servizio di formazione), che consentono all'Organismo di migliorare la sua collocazione nel mercato di riferimento. In particolare, nelle Tabelle di Pianificazione Annuali Hoshin, ogni Fattore Critico di Successo viene tradotto in una o più grandezze misurabili, dette Indicatori di Qualità, per ciascuno dei quali vengono definiti gli obiettivi.

La definizione degli obiettivi annuali dell' Organismo si sintetizza, quindi, con le Tabelle di Pianificazione Annuali Hoshin nelle quali, per ogni Indice di Qualità, si riportano i valori attesi per il prossimo anno (obiettivi) ed il confronto con il valore medio dei tre anni precedenti. Le Tabelle di Pianificazione Annuali Hoshin sono oggetto di Riesame da parte della Direzione secondo quanto previsto e documentato dal MSGQ sez. 5 § 6.



### 5.4.2 Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità

Per il conseguimento degli obiettivi stabiliti, l'ente si avvale di un Sistema di Gestione per la Qualità in accordo con le prescrizioni della Norma UNI EN ISO 9001:2008. Tale Sistema di Gestione per la Qualità definisce le strutture organizzative, le responsabilità, le procedure e le risorse tali da assicurare che:

- il Sistema di Gestione per la Qualità sia divulgato, ben compreso, attuato efficacemente e capace di verificare gli obiettivi fissati;
- i servizi erogati soddisfino effettivamente le esigenze e le aspettative del Cliente;
- sia possibile prevenire i problemi invece di limitarsi ad intervenire dopo che essi siano stati rilevati;

- sia possibile attuare il miglioramento continuo.

Il Sistema di Gestione per la Qualità dell' Organismo interessa tutte le attività aziendali ed in modo più specifico quelle direttamente coinvolte nella definizione e conseguimento degli obiettivi di qualità e nella conformità dei servizi nel campo della formazione professionale ai requisiti stabiliti. Esso si concretizza nella formalizzazione di specifiche prassi comportamentali in Procedure di Processo e di Sistema. Tutte le Funzioni aziendali partecipano, per la parte di propria competenza, alla definizione delle procedure che attuano e che fanno attuare al fine di conseguire gli obiettivi della qualità.

Infine, è cura del Rappresentante della Direzione fare in modo che qualunque siano le modifiche da apportare al Sistema di Gestione per la Qualità, venga conservata l'integrità del Sistema stesso alla norma di riferimento e alla Politica per la Qualità, nonché la sua capacità di controllare efficacemente i processi necessari al conseguimento degli obiettivi prefissati.

## **5.5 RESPONSABILITA', AUTORITY E COMUNICAZIONE**

### **5.5.1 Responsabilità ed autorità**

Poiché le attività dell'ente si sostanziano nella realizzazione di progetti di formazione, l'ente si è costituito adottando una struttura organizzativa snella ma, allo stesso tempo, flessibile ed aperta.

La Direzione ha definito le responsabilità e le autorità rendendole note attraverso la definizione di un Organigramma, allegato al presente MSGQ e affisso in bacheca. Le mansioni di ciascuna funzione sono, invece, riportate nel documento "Competenza Professionali e Mansionario".

Infine, allo scopo di rendere chiari i ruoli, i compiti e le responsabilità, soprattutto con riferimento all'esecuzione delle attività che influenzano la qualità, nella matrice seguente sono descritte, per ciascuna funzione, le responsabilità per ciascuna attività. Nell'ottica del sistema qualità aziendale, infatti, la descrizione delle posizioni organizzative rappresenta il punto di riferimento per la Direzione, in quanto strumento di correlazione tra attività e ruoli organizzativi. Tale descrizione è stata centrata sul principio in base al quale deve esserci piena coerenza tra attività, ruolo e responsabilità. La matrice delle funzioni/attività, infatti:

1. Schematizza le responsabilità di ciascuna funzione;
2. Definisce le attribuzioni in materia di esecuzione e verifica delle attività che influenzano la qualità
3. Identifica le attività di riferimento in materia di conduzione aziendale della qualità.

**Matrice funzioni/attività**

<b>FUNZIONI</b>  <b>ATTIVITA'</b>	<b>AMM / Direttore</b>	<b>RSGQ</b>	<b>Coordinamento Progetto Intervento</b>	<b>Analisi E Definizione Dei Fabbisogni</b>	<b>Processi Economico Amministrativi</b>	<b>Progettazione delle attività formative</b>
<b>RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE</b>	R	C	I			
<b>OBIETTIVI E PIANIFICAZIONE DELLA QUALITÀ</b>	R	C	I	I	I	I
<b>RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE</b>	R	C	C	I	I	I
<b>GESTIONE DELLE RISORSE</b>	R	I	C	C	C	C
<b>COMUNICAZIONE</b>	R	C	C	C	C	C
<b>SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</b>	R	C	I	C	C	C
<b>PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE</b>	C	C	C	I	C	I
<b>PROGETTAZIONE</b>	I	C	R	C		R
<b>PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI</b>		C	C	C		C
<b>APPROVVIGIONAMENTI</b>	I	C	C		R	
<b>MISURAZIONE E MONITORAGGIO</b>	I	R	I	C		C
<b>VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	I	R	I	I	I	I
<b>GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ</b>	I	R	I	I	I	I
<b>AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE</b>	I	R		I	I	I
<b>PIANIFICAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO</b>	R	C	C			
<b>ANALISI DEI DATI</b>	C	R	C	C	C	C
<b>SODDISFAZIONE DEL CLIENTE</b>	R	C	I	C	C	C

**Legenda:** R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato



### **5.5.2 Rappresentante della Direzione**

La funzione di Rappresentante della Direzione è ricoperta dal Responsabile Gestione della Qualità (RSGQ). Il Rappresentante della Direzione ha specifica autorità ed adeguate risorse per assicurare la conformità del Sistema di Gestione della Qualità dell'ente alle norme di riferimento. Il rappresentante della Direzione tiene sotto controllo andamento del Sistema Qualità, al fine di permetterne il riesame ed il miglioramento.

### **5.5.3 Comunicazione Interna**

La Direzione considera essenziale la circolazione delle informazioni di carattere gestionale che va attuata in modo continuativo nelle riunioni periodiche del personale o con riunioni apposite in caso di eventi di rilievo maggiore. La Direzione promuove, infatti, riunioni fra colleghi della stessa unità o fra colleghi di unità diverse, che lo desiderano, al fine di monitorare l'adeguatezza delle procedure alle attività quotidiane, l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità e proporre suggerimenti e azioni di miglioramento. A fine riunione viene redatto un verbale, di cui non è previsto un modello, essendo la natura del documento legata all'obiettivo della riunione e quindi variabile che viene consegnato al RSGQ. Questi verbali possono diventare oggetto di Riesame da parte della Direzione. Con ciò l'ente pensa di favorire la comunicazione diretta tra il personale e la Direzione.

La Direzione assegna tale compito al RSGQ che, col supporto dei tutti gli operatori, gestisce sia gli strumenti per la comunicazione sia il contenuto della stessa.

Le comunicazioni interne riguardano anche i nuovi requisiti legislativi da applicarsi ai vari processi e procedure per l'erogazione dei relativi prodotti/servizi.

Le comunicazioni interne sono archiviate secondo le indicazioni della procedura PDS 04.2A "*Gestione della Documentazione*".

## **5.6 Riesame da parte della Direzione**

### **5.6.1 Generalità**

Il riesame da parte della Direzione dell'ente costituisce l'occasione per individuare e valutare le opportunità di miglioramento del SGQ, incluse eventuali variazioni inerenti la politica e gli obiettivi per la qualità.

Il riesame della Direzione avviene annualmente, quale momento di sintesi dei dati annuali e di misura del raggiungimento degli obiettivi fissati per l'anno, e di presentazione delle nuove strategie per l'anno seguente, attraverso la ridefinizione delle Tabelle di Hoshin.

Il rapporto relativo al Riesame della Direzione, firmato dalla Direzione, sarà archiviato a cura di RSGQ e gestito come descritto nel § 4.2.4 "Tenuta sotto controllo delle registrazioni". Inoltre sono definite le nuove strategie, tenendo conto d'eventuali esigenze di risorse del sistema.

### **5.6.2 Elementi in ingresso per il Riesame**

Nel corso dei Review Meeting, RSGQ presenta alla Direzione ed ai Partecipanti una relazione (Mod.05.6A "Relazione del Responsabile Sistema Gestione Qualità") circa:

- ❑ Risultati delle verifiche Ispettive;
- ❑ Informazioni di ritorno da parte del cliente;
- ❑ Prestazioni dei processi e la conformità dei prodotti;
- ❑ Stato delle azioni Correttive e Preventive;
- ❑ Azioni da intraprendere a seguito di precedenti riesami;
- ❑ Eventuali modifiche che potrebbero avere effetti sul SGQ;
- ❑ Raccomandazioni per il miglioramento;
- ❑ Valutazioni complessive sul servizio erogato, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia dei questionari di gradimento/valutazione utilizzati.

La Direzione, tenendo conto dei risultati presentati da ciascun responsabile di processo e riassunti dal RSGQ, misura il raggiungimento degli obiettivi fissati nella Politica della Qualità e nelle Tabelle di Hoshin dell'anno precedente.

### **5.6.3 Elementi in uscita dal Riesame**

Durante l'attività di riesame, la Direzione verifica la coerenza tra le attività aziendali pianificate/programmate e quelle effettivamente realizzate. In caso di scostamenti, è compiuta un'analisi al fine di comprendere le motivazioni che hanno determinato tali scostamenti.

Gli elementi in uscita dal riesame, registrati sul Mod. 05.6B "Review Meeting", comprendono azioni relative:

- al miglioramento del SGQ e dei suoi processi: revisioni dei parametri dei modelli applicati nelle Procedure, sia di processo che di Sistema, revisioni delle stesse Procedure e revisioni del Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità (MSGQ).
- al miglioramento dei prodotti in relazione ai requisiti del cliente;
- ai bisogni di risorse.

Il Riesame produce, inoltre, eventuali Azioni Correttive e Preventive (§ 8.2.2 Verifiche Interne § 8.5.2 Azioni Correttive e § 8.5.3. Azioni Preventive).

## **INDICE**

### **6.1 Messa a Disposizione delle Risorse**

### **6.2 Risorse Umane**

6.2.1 Generalità

6.2.2 Competenza, Formazione-Addestramento e Consapevolezza

### **6.3 Infrastrutture**

### **6.4 Ambiente di Lavoro**

### 6.1 Messa a Disposizione delle Risorse

La Direzione dell' Organismo assicura nel tempo che le risorse per la conduzione del sistema di gestione per la qualità siano adeguate al fine di assicurare efficienza dei processi aziendali ed il conseguimento della soddisfazione del cliente.

Le necessità di nuove risorse o la formazione di quelle esistenti sono evidenziate dai Responsabili di Funzione nel corso delle fasi di definizione delle strategie per ciascun anno. La Direzione, per tali necessità, mette a disposizione annualmente un apposito finanziamento (MSGQ sez. 5 § 1).

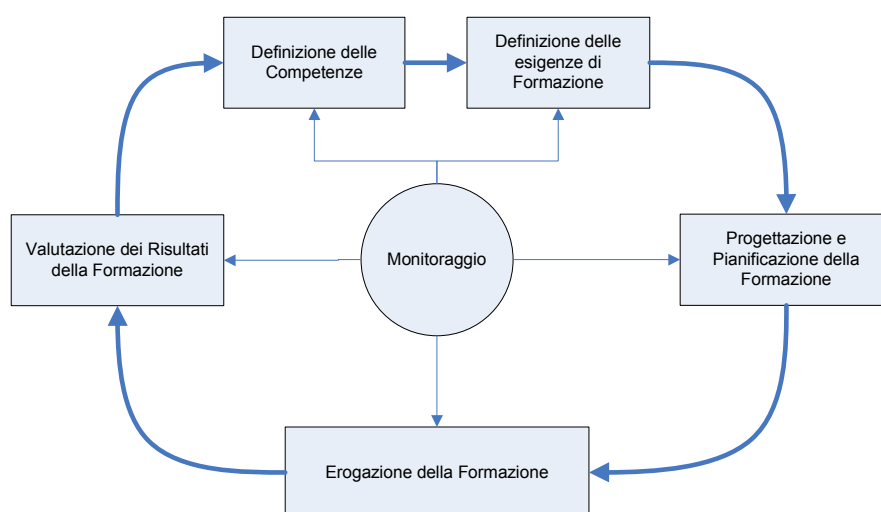
Il controllo dell'adeguatezza delle risorse avviene per mezzo delle pianificate attività di Verifica Interna (§ 8.2.2 "Verifiche Ispettive Interne") e le eventuali Richieste di Azioni Correttive (§ 8.5.2 "Azioni Correttive") vengono inoltrate da ogni F.A. interessata al Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

### 6.2. Risorse Umane

#### 6.2.1 Generalità

La gestione delle risorse umane rappresenta l'elemento fondante per la crescita e la valorizzazione delle potenzialità dell' Organismo. La Direzione attribuisce, infatti, alla formazione dei suoi componenti la stessa importanza che ha il Processo di erogazione del servizio perché identifica la crescita culturale e professionale del Personale con quella dell'Organizzazione stessa.

Per l' Organismo il know-how del singolo è di fondamentale importanza nel determinare il livello di qualità fornito al cliente, quindi la Direzione si impegna a mantenere un ottimo livello di competenze di tutto il personale coinvolto in attività che influenzano la qualità, con interventi volti a sviluppare conoscenze e competenze relative alle professionalità specifiche. Allo scopo considera il processo di formazione del Personale interno di importanza vitale e ha scelto come riferimento per la sua definizione e gestione la Norma **UNI ISO 10015 "LINEE GUIDA PER LA FORMAZIONE"**. Il seguente grafico permette di comprendere la logica di tale processo.



#### 6.2.2 Competenza, Formazione- Addestramento e Consapevolezza

In linea con la norma **UNI ISO 10015**, l'ente:

❖ **DEFINISCE LE COMPETENZE**

Nel documento "*Competenza professionali e Mansionario*", approvato dalla Direzione, oltre alle mansioni, sono stati individuati i requisiti minimi in termini di Capacità Gestionali e Competenze Professionali richieste al personale che svolge attività all'interno dell'ente, **conformemente al Regolamento dell'accreditamento emesso dalla Regione Campania**. Solo nell'ipotesi in cui i progettisti e/o docenti/tutor siano segnalati direttamente dal committente/cliente, i requisiti stabiliti appaiono non essere applicabili.

❖ **DEFINISCE LE ESIGENZE DI FORMAZIONE**

Definite le competenze del Personale, la Direzione, quando l'attività formativa rappresenta la soluzione per colmare carenze di competenze ( *le soluzioni per colmare le carenze di competenza potrebbero essere trovate anche in altre azioni dell'organizzazione, quali la riprogettazione dei processi, l'assunzione di personale adeguatamente formato, il ricorso a fonti esterne, il miglioramento di altre risorse, la rotazione dei lavoratori o la modifica delle procedure di lavoro* ), specifica e documenta le esigenze di formazione. Il punto di partenza, sviluppato sulla base dei Curricula, è la valutazione delle competenze possedute, che rappresenta l'aspetto principale per poter comprendere e soddisfare le esigenze formative del Personale. Per svolgere il proprio lavoro, a qualsiasi livello di responsabilità, è, infatti, necessario possedere conoscenze ed abilità che sviluppino nell'individuo le competenze per affrontare un certo compito, incarico, ruolo. E', quindi, compito della Direzione capire in che misura ciascuno è in grado di svolgere quel compito in funzione delle proprie attuali competenze. Solo dalla comparazione tra competenze necessarie (definite nel documento "*Competenza professionali e Mansionario*") e competenze possedute (definite nei *Curriculum vitae*), è possibile comprendere il livello e l'ampiezza delle necessità di formazione.

❖ **PROGETTA E PIANIFICA LA FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Una volta definiti i fabbisogni formativi (gap tra competenze richieste dal ruolo e competenze possedute), la Direzione rispondendo essenzialmente ai seguenti interrogativi:

- Quale è la situazione esistente tra competenze possedute e richieste dal ruolo ?
- Esiste l'esigenza di acquisire conoscenze e/o competenze di base, ovvero specialistiche, oppure c'è la necessità di un aggiornamento delle conoscenze/competenze che già si posseggono ?
- Il tipo di esigenza può essere soddisfatta in tempi lunghi, magari secondo moduli sequenziali, oppure in "deep immersion", ovvero con la sola partecipazione a seminari, tavole rotonde, giornate di studio monotematiche ?
- Il tempo a disposizione è limitato o è possibile una pianificazione più lunga ?
- Il metodo di formazione preferito è quello d'aula o di tipo assistito (learn by doing, coaching), ovvero è preferibile un corso a distanza, dove è possibile accedere con tempi e modi differenti ?
- Esistono preferenze geografiche dovute a costrizioni temporali o territoriali ?
- Quale è l'offerta di formazione esistente che risponde a queste esigenze ?

definisce le modalità di acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie al raggiungimento degli obiettivi, ovvero il percorso formativo. Percorso formativo o Piano di Formazione (Mod. 06.2B "Piano di Formazione"), che è l'insieme dei momenti di apprendimento, di durata e collocazione temporale e territoriale diverse in funzione degli obiettivi da realizzare, diretti a sviluppare abilità, capacità e competenze utili al ruolo svolto o da svolgere. Il piano deve riportare:

- a) la pianificazione dei requisiti, quali durata, date e scadenze significative;
- b) i partecipanti (il personale cui è destinata la formazione);
- c) le risorse richieste, quali materiale didattico e lo staff;
- d) i contenuti dell'attività formativa;
- e) la specifica delle esigenze di formazione;
- f) gli obiettivi della formazione;

Quando necessario, sono, inoltre, pianificate attività di formazione ed addestramento *ad hoc* per progetto/commissa.

### ❖ EROGA LA FORMAZIONE

Coerentemente al budget stabilito annualmente, l'ente fornisce addestramento/formazione secondo il Percorso formativo individuato. E' responsabilità di RSGQ condurre tutte le attività specificate per l'erogazione della formazione secondo il piano di formazione. Egli deve, inoltre supportare sia il docente che i partecipanti e monitorare la qualità della formazione erogata. Tali attività si concretizzano nel:

#### **Supporto prima della formazione**

Il supporto prima della formazione può comprendere attività quali:

- istruire il fornitore di formazione con le pertinenti informazioni;
- istruire i partecipanti sulla natura della formazione e sulle carenze di competenza che si intendono colmare;
- consentire il necessario contatto tra il formatore ed i partecipanti.

#### **Supporto durante la formazione**

Il supporto durante la formazione può comprendere attività quali:

- fornire gli strumenti significativi, le attrezzature, la documentazione, il software e la sistemazione dei partecipanti e del fornitore di formazione;

#### **Supporto dopo la formazione**

Il supporto dopo la formazione può comprendere attività quali:

- ricevere informazioni di ritorno da parte dei partecipanti e dal formatore;
- fornire informazioni di ritorno ai responsabili ed al personale coinvolto nel processo di formazione.

Per ogni corso interno di formazione/addestramento è predisposta ed archiviata (fascicolo corso) la documentazione (appunti, lucidi, dispense, ecc..) con i relativi questionari/test di verifica. Relativamente alla registrazione della partecipazione a seminari e convegni, si fa riferimento alla documentazione predisposta dall'organizzatore di tali incontri.

### ❖ VALUTA I RISULTATI DELLA FORMAZIONE

Lo scopo della valutazione è confermare che sia gli obiettivi dell'organizzazione, sia quelli della formazione siano stati raggiunti, cioè che la formazione sia stata efficace. L'azione formativa/addestrativa è giudicata tale quando la risorsa è nelle condizioni di operare in autonomia e con competenza rispetto ai compiti assegnatigli.

Entro un certo periodo, dopo il completamento dell'attività formativa, la Direzione assicura che sia condotta una valutazione per verificare il livello di competenza acquisito. Spesso, però, i risultati della formazione non possono essere completamente analizzati e validati fino a che i partecipanti non siano osservati e esaminati sul lavoro. La valutazione viene, quindi, condotta a breve e a lungo termine:

- I. nel breve termine sono ottenute informazioni di ritorno dei partecipanti tramite l'analisi di appositi questionari/test fatti compilare a fine corso (quando possibile);
- II. nel lungo termine, vengono valutate le prestazioni sul lavoro dei partecipanti ed il miglioramento produttivo. In particolare, la valutazione dell'efficacia delle azioni formative e di addestramento è effettuata attraverso la verifica, durante gli Audit, relativamente al corretto utilizzo della modulistica e dell'osservanza delle istruzioni contenute nel presente manuale, ovvero delle indicazioni riportate nel piano di progettazione/erogazione di commessa;

In caso di docenze/consulenze esterne, i questionari di verifica/valutazione corso sono predisposti dalla stessa Società incaricata della progettazione dell'intervento formativo. Lo stesso personale è chiamato, comunque, a valutare l'addestramento/formazione ricevuta. Nell'ipotesi di mancato raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, RSGQ provvederà a segnalare alla Direzione l'opportunità di predisporre attività formative e di addestramento più mirate in relazione alle condizioni sopra indicate.

Per fornire evidenza oggettiva che il processo di formazione del personale interno è efficace nel soddisfare i requisiti di formazione dell'organizzazione viene assicurato, a cura della Direzione, un monitoraggio continuo.

Per ciascuna risorsa, inoltre, l'ente conserva il "*currliculum vitae et studiorum*" completo della copia degli attestati.

### 6.3 Infrastrutture

La Direzione nel pieno rispetto del requisito "*Capacità logistiche*" stabilito dal "REGOLAMENTO PER L'ACCREDITAMENTO DEGLI ORGANISMI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO" (*Delibera Regione Campania n. 242/2013 per la formazione*), assicura l'adeguatezza delle infrastrutture necessarie allo svolgimento corretto dei processi aziendali, quali:

- aree di lavoro, compresi i locali per riunioni;
- disponibilità, aggiornamento ed adeguatezza di attrezzature hardware e software;
- punti e/o locali specifici di front-office per l'accogliimento dei Clienti.

La definizione delle aree di lavoro tiene conto di fattori ergonomici e di sicurezza per tutti i dipendenti, come esplicitato nei documenti di sicurezza interni (*Rif. D.Lgs. 81/2008 e succ. modifiche*).

Le operazioni di manutenzione e/o di verifica periodica degli impianti interni (elettrico, idricosanitario, riscaldamento) sono assicurati tramite accordi quadro con ditte esterne, curati dal RSGQ.

### **6.4 Ambiente di Lavoro**

L'Organizzazione definisce e tiene sotto controllo le condizioni dell'ambiente di lavoro, in termini di sicurezza, conformità igienico-sanitaria, ergonomia e metodologia per accrescere la motivazione, la soddisfazione e le performance del personale, in quanto l'ambiente di lavoro può influenzare, anche in modo determinante, il benessere del personale e di conseguenza la sua capacità di contribuire al conseguimento degli obiettivi stabiliti.

Nei documenti interni di gestione della sicurezza sono esplicitati tutti i fattori necessari ad ottenere un ambiente di lavoro adeguato rispetto alle necessità dei dipendenti (livelli di illuminazione, temperature, divieti e disposizioni, ecc.). Tutte le attività aziendali sono pianificate e condotte al fine di assicurare una ambiente di lavoro che dal punto di vista umano assicuri soddisfazione, motivazione e coinvolgimento e riconoscimento dei risultati. Di questi valori è primo portatore la Direzione.



## INDICE

### **7.1 Pianificazione della realizzazione del prodotto**

### **7.2 Processi relativi al cliente**

7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al prodotto

7.2.2 Riesame dei requisiti relativi al prodotto

7.2.3 Comunicazioni con il cliente

### **7.3 Progettazione e sviluppo**

7.3.1 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo

7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo

7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo

7.3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo

7.3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo

7.3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo

7.3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo

### **7.4 Approvvigionamento**

7.4.1 Processo di approvvigionamento

7.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento

7.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati

### **7.5 Produzione ed erogazione di servizi**

7.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione di servizi

7.5.2 Validazione dei processi di produzione ed erogazione di servizi

7.5.3 Identificazione e rintracciabilità

7.5.4 Proprietà del cliente

7.5.5 Conservazione dei prodotti

### **7.6 Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio e di misurazione**

### **7.1 Pianificazione della realizzazione del prodotto**

L'Organismo ha pianificato e sviluppato i processi richiesti per la realizzazione dei servizi coerentemente con i restanti processi del Sistema di Gestione per la Qualità, integrandoli nella mappa dei processi. Nel pianificare la realizzazione del servizio formativo, ha:

- a) tenuto conto dei requisiti del prodotto/servizio e degli obiettivi annuali per la qualità espressi nell'ambito della pianificazione strategica (*Tabella di Pianificazione Annuali Hoshin*);
- b) stabilito processi documentati e fornito risorse specifiche;
- c) definito e documentato attività di verifica, validazione e monitoraggio per i servizi erogati agli utenti, con relativi criteri di accettazione;
- d) definito le registrazioni necessarie e le relative responsabilità, per fornire evidenza che i processi ed i servizi soddisfino i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità;

I diagrammi di flusso, elaborati per i processi primari di cui in precedenza, riportano, inoltre, in modo schematico ed immediato tutte le fasi ed i documenti necessari alla corretta pianificazione ed esecuzione delle attività lavorative.

### **7.2 Processi relativi al Cliente**

Il presente paragrafo contiene le istruzioni relative alle modalità di gestione dei rapporti con i clienti in termini di:

- definizione delle modalità commerciali (formulazione delle offerte, dei contratti e degli ordini e delle relative attività di riesame).
- modalità di formalizzazione dei contratti e relativo riesame.
- modalità di gestione dei requisiti di base per la gestione delle attività di progettazione.

La corretta gestione delle attività descritte nel presente paragrafo permette di prevenire contestazioni e conflittualità, basate su imprecisi parametri riportati nelle offerte, ovvero nei contratti, e di fornire precise indicazioni relative alle modalità con cui offerte, contratti e ordini sono riesaminati.

#### **7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al prodotto**

L'Organismo prima di concludere un contratto, si impegna sempre nella valutazione delle proprie capacità di erogazione del servizio formativo in rapporto alle caratteristiche tecniche e qualitative richieste dal cliente. In questo modo assicura che:

- a) i requisiti del servizio, cogenti, espliciti ed impliciti, compresi quelli delle attività post vendita, siano chiaramente definiti;
- b) siano risolte, prima dell'approvazione, eventuali divergenze nell'ambito delle proposte di miglioramento o di introduzione di nuovi servizi;
- c) esistano le capacità per soddisfare i requisiti definiti.
- d) ogni ulteriore requisito ritenuto necessario dall'ente.

## **7.2.2 Riesame dei requisiti relativi al prodotto/servizio offerto**

### Formazione Professionale – Formazione continua/fondi interprofessionali

Nel caso di servizi formativi in risposta a bandi di gara, le attività di riesame partono dalla ricezione del bando di gara (esigenze del cliente) e conducono alla definizione della risposta al capitolato (con relativo riesame dei documenti di offerta) e al riesame del contratto inviato dall'Ente finanziatore.

#### **- SELEZIONE DEI BANDI, ANALISI DI FATTIBILITÀ E PREDISPOSIZIONE PROPOSTA PROGETTUALE**

Tutti i collaboratori, durante lo svolgimento dei propri compiti, possono selezionare i Bandi di interesse, attraverso ricerche in Internet, consultazione stampa nazionale, Gazzette Ufficiali e Bollettini Regionali, ed altre fonti ritenute opportune. Conseguentemente, acquisiti i Bandi di interesse è cura del Direttore e della funzione progettazione, procedere alla individuazione dei requisiti di partecipazione richiesti dal Bando e ad una valutazione preliminare (sia intermini di fattibilità che di convenienza economica e/o strategica). Gli aspetti presi in considerazione in tale analisi di fattibilità, sono:

- risorse disponibili;
- fattore temporale;
- opportunità e convenienza economico-strategica;
- possibilità di ricercare Partner esterni da coinvolgere nella realizzazione del progetto;
- precedente esperienza nel campo della progettazione e nel settore specifico;
- know-how aziendale;
- durata progettuale e destinatari;
- norme generali per la rendicontazione delle spese;
- piano di finanziamento, destinazioni finanziarie e voci di costo ammissibili;
- procedure di valutazione da parte dell'Ente finanziatore;
- modalità e termini di presentazione dei progetti;
- percentuale di cofinanziamento privato, ove previsto;

In caso di esito positivo dell'analisi di fattibilità, il Direttore procede alla individuazione del gruppo di progettazione da coinvolgere coordinati dal Responsabile Progettazione in forza all'ente, e si procede alla redazione del formulario (PROPOSTA PROGETTUALE) fornito dall'Ente finanziatore che equivale ad offerta.

#### **- RIESAME PROPOSTA PROGETTUALE E EMISSIONE OFFERTA ECONOMICA**

La PROPOSTA PROGETTUALE, unitamente alla valutazione dei costi e quindi alla richiesta economica da formulare all'Ente finanziatore, viene riesaminata insieme al Direttore e alle funzioni coinvolte, al fine di verificare la completezza e la chiarezza di quanto sviluppato conformemente al Bando.

In dettaglio il riesame è diretto a verificare che:

- i requisiti da soddisfare siano definiti, chiari, inequivocabili e completi;
- l'ente abbia effettivamente le capacità di realizzare quanto si impegna a fornire.

Qualora tale riesame avesse esito positivo, la PROPOSTA PROGETTUALE viene firmata, per approvazione ed evidenza del Riesame, dal Legale Rappresentante, e, accompagnata da lettera di trasmissione ed inviata, entro i termini fissati nel Bando, all'Ente finanziatore.

Quando richiesto dall'Ente finanziatore, la presentazione della PROPOSTA PROGETTUALE avviene *on-line*, collegandosi al sito istituzionale dell'Ente finanziatore e, tramite password, appositamente rilasciata dall'Ente finanziatore, previa registrazione dell'ente, si accede alla schermata dedicata all'inoltro di progetti. Apposita ricevuta di avvenuta presentazione o invio e copia della PROPOSTA PROGETTUALE inviata viene conservata, a cura del Responsabile Progettazione, nella apposita Cartella Progetto. In questo caso l'invio dell'Offerta, previo consenso del Legale Rappresentante, equivale a Riesame.

**- CONTRATTI IN CONSORZIO E ASSOCIAZIONI TEMPORANEE**

Per alcuni Bandi, il Direttore contatta Enti, Imprese, Amministrazioni Locali, Università, Scuola pubbliche e private, ecc. interessate, che accettano la possibilità di partecipare a Consorzi o Associazioni Temporanee e lo comunica al Responsabile Progettazione per l'avvio delle attività in collaborazione.

**- ACCETTAZIONE CONTRATTO. GESTIONE DELLE MODIFICHE AL CONTRATTO.**

In caso di esito negativo alla partecipazione al Bando, tutta la documentazione viene archiviata, mentre nel caso di ricevuta comunicazione di aggiudicazione, (da parte del committente – mediante comunicazione scritta o pubblicazione su BURC, Internet, ecc.), di inserimento in graduatoria e di finanziamento della PROPOSTA PROGETTUALE presentata, è cura del Legale Rappresentante provvedere alla sottoscrizione dell'atto di concessione con l'Ente finanziatore per l'avvio delle successive attività operative. Dalla sottoscrizione dell'atto di concessione inizia a decorrere il termine per l'avvio delle attività operative, termine indicato nel bando.

Indipendentemente dalla fattispecie contrattuale utilizzata, il Legale Rappresentante prima di sottoscrivere il documento ne effettua il riesame secondo le modalità precedentemente descritte. Nel caso in cui dovessero emergere difformità, errori, incongruenze ed ogni altro elemento indefinito o in contrasto con la PROPOSTA PROGETTUALE presentata, resta in attesa di un nuovo contratto o atto di concessione che contenga le modifiche necessarie. La firma sull'atto di concessione da evidenza dell'avvenuto Riesame con esito positivo.

Le eventuali modifiche da apportare a contratti già stipulati, devono essere riesaminate (*l'attività di riesame è svolta secondo le medesime modalità precedentemente descritte*). Copia dei documenti modificati è consegnata a tutti i soggetti coinvolti nelle attività previste dal Contratto.

**- AVVIO SVILUPPO PROGETTO**

L'avvio definitivo del Progetto, di cui alla PROPOSTA PROGETTUALE, avviene con una apposita comunicazione da parte dell'Ente finanziatore. In particolare, qualora sia stato presentato un progetto di massima, l'approvazione dello stesso implica lo sviluppo di una progettazione esecutiva, secondo le modalità riportate nella PDP 07.3A "Gestione della Progettazione", mentre in caso di approvazione di un progetto di dettaglio, segue direttamente la fase di erogazione del servizio formativo secondo le modalità previste dalla PDS 07.5A "Controllo del Servizio".

### **7.2.3 Comunicazioni al Cliente**

L'ente ha individuato e definito le modalità per comunicare con il Cliente in merito a:

- ❖ Informazione relative al prodotto/servizio
- ❖ Criteri di gestione delle richieste di offerta
- ❖ Feedback da parte del cliente con riferimento a scostamenti o anomalie rispetto ai requisiti di base.

L'attenzione al cliente è il risultato di una politica volta a considerare il rapporto con lo stesso cliente un elemento fondamentale di miglioramento continuativo del Sistema di Gestione per la Qualità. Nel caso di carenza/manca di specifiche indicazioni in sede di prima richiesta, il Responsabile di Progetto ha la responsabilità di acquisire, comunque, tutte le informazioni necessarie per la formulazione della proposta/offerta riscontrando, se necessario, lo stesso cliente.

Tuttavia, se si dovesse verificare il caso di mancanza di specifiche indicazioni, l'organizzazione provvede a formulare i requisiti relativi al servizio richiesto da erogare.

Eventuali reclami del Cliente sono gestiti secondo quanto descritto nella PDS 08.3A "Tenuta sotto controllo dei prodotti Non Conformi"

### **7.3 Progettazione e sviluppo**

Il presente punto contiene le modalità ed i criteri di gestione delle attività di progettazione sviluppate dall'organizzazione e rientranti nell'ambito di applicazione del proprio sistema qualità aziendale. Le informazioni necessarie alla progettazione dei corsi o dei servizi richiesti dal cliente sono ricavate attraverso un costante processo di:

- Analisi del Fabbisogno Formativo o esigenze del cliente;
- Rilevazione del Fabbisogno Occupazionale a livello sia Territoriale che Aziendale;
- Analisi del Fabbisogno di nuove Figure Professionali (nuova occupazione) o di nuovi compiti (per gli attuali occupati).

Tali informazioni sono ricavate attraverso:

- individuazione e lettura di dati prodotti dalla letteratura specialistica;
- indagini sul campo / contatti / interviste con le associazioni di categoria, con imprese ed aziende esterne, con i servizi per l'impiego, con la Regione e gli organismi nazionali, coi clienti e col mercato del lavoro in generale;

Le informazioni così raccolte sono analizzate dalla Funzione analisi dei bisogni/progettazione che ha il compito di definire, in stretta collaborazione con la direzione le strategie aziendali.

Le modalità di gestione delle attività di progettazione sono descritte nel dettaglio nella procedura PDP 07.3A "Gestione della Progettazione".

### **7.4 Approvvigionamento**

#### **7.4.1 Processo di approvvigionamento**

Tale attività, relativamente all'acquisizione di materiali/prodotti, non è considerata determinante per il servizio offerto, sia per la bassa connessione con il prodotto finito (che è l'erogazione di un servizio), sia per la poca influenza dei fornitori e della frequenza di acquisto di attrezzature HW-SW, di materiali di consumo, ecc.. che, in generale, non fanno parte del servizio erogato ma sono solo di ausilio per lo sviluppo dello stesso, e sono viste appunto come risorse strumentali o "impianti" in senso lato, e comunque considerate nel processo di gestione risorse.

Ciò premesso, l'ente distingue i fornitori di servizi da altre tipologie di fornitori. Per entrambi tiene sotto controllo i processi di approvvigionamento allo scopo di assicurare che i servizi/prodotti approvvigionati risultino conformi ai requisiti specifici.

Sono stati stabiliti precisi criteri per l'individuazione, classificazione e qualificazione dei fornitori e relativa registrazione. I fornitori vengono valutati e selezionati in base alla loro capacità di fornire dei prodotti/servizi rispondenti ai requisiti, inoltre, l'ente effettua un continuo monitoraggio in funzione degli effetti che i fornitori possono avere sull'erogazione delle attività formative.

La gestione dei fornitori è regolamentata con la procedura PDP 07.4A "*Processo di Approvvigionamento*".

#### **7.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento di servizi/prodotti**

L'Organismo provvede all'approvvigionamento dei prodotti/servizi con richiesta di Offerte, e con successivi ordini di acquisto emessi per tempo. Ogni ordine riporta in chiaro i parametri tecnici e commerciali del prodotto o della fornitura ordinata ed, in particolare, la documentazione da associare al prodotto, le condizioni di trasporto e imballo, i certificati di qualità richiesti. Prima di emettere l'Ordine si esegue sistematicamente la verifica dell'adeguatezza dei requisiti specificati e l'apposizione della firma del Responsabile Acquisti (sul fronte od anche sul retro del documento), rappresentano l'evidenza e la registrazione dell'avvenuto riesame.

Nel caso in cui si renda necessario ricorrere a fornitori di servizi esterni per la realizzazione di una o più attività, sia in fase di progettazione, sia in fase di erogazione, viene sempre stipulato un accordo contrattuale legato al singolo progetto/corso. Esso contiene le condizioni economiche con relative modalità di pagamento, i termini temporali, le clausole di tipo amministrativo e di legge nonché tutte le informazioni necessarie per il corretto svolgimento dell'incarico. Esso è firmato dal Legale Rappresentante ad evidenza, anche, dell'avvenuta attività di Riesame.

#### **7.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati**

L'Organismo non prevede nel proprio sistema di gestione della qualità verifiche e controlli sul prodotto acquistato prima che questo sia spedito da parte del fornitore. Gli unici controlli al ricevimento dei prodotti acquistati sono il riscontro della conformità all'ordine e la completezza dello stesso per quanto concerne qualità e quantità della merce. Quando del caso, particolare attenzione viene posta alla verifica della rispondenza delle attrezzature alle norme che regolano gli aspetti della sicurezza (Marchio CE). Si ha evidenza dell'esito positivo dell'attività di controllo in accettazione apponendo la firma sul buono di

consegna o sul D.d.T. Il materiale risultato Non Conforme a seguito di uno dei controlli precedenti viene segregato e viene attivato il procedimento per il trattamento del prodotto Non Conforme.

## **7.5 Produzione ed erogazione di servizi**

### **7.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione di servizi**

Le modalità di controllo relative alle attività ricadenti nello scopo di applicazione del sistema di gestione per la qualità sono riferite alle prescrizioni qualitative di riferimento adottate dall'ente (PROPOSTA PROGETTUALE, Manuale della Qualità, procedure, Leggi/norme di riferimento, specifiche richieste del cliente definite e normalizzate nel contratto) ed hanno come obiettivo la prevenzione dell'insorgere di cause di non conformità.

Ciò presuppone:

- la disponibilità di processi documentati, regolamenti e modulistica nelle attività necessarie;
- il rispetto delle istruzioni riportate nei documenti di commessa (PROPOSTA PROGETTUALE, contratti, ecc.);
- l'attuazione di attività di monitoraggio e misurazione;
- la disponibilità e l'utilizzo di questionari di misura della soddisfazione;
- la motivazione del personale e la relativa attività di formazione/addestramento;
- la chiara e definita identificazione delle responsabilità e dei compiti assegnati a ciascuna risorsa.

In pratica, sulla base delle indicazioni contenute nella Proposta Progettuale/progetto, vengono avviate le attività di erogazione secondo le modalità riportate in dettaglio nella PDP 07.5A "Controllo del Servizio".

### **7.5.2 Validazione dei processi di produzione ed erogazione di servizi**

Nel caso di nuovi servizi l'attività di validazione si esegue con la prima erogazione in coincidenza e a completamento della validazione della progettazione.

L'efficacia di un corso si può verificare usualmente solo a corso terminato e solo raramente vengono condotte prove di valutazione da parte di docenti diversi da quelli che hanno svolto la stessa formazione; una forte garanzia per ottenere un buon apprendimento dalla classe è quindi puntare sulla qualifica del docente e della metodologia didattica (al riguardo, si rimanda alle procedure relative: di valutazione dei fornitori, di erogazione del servizio, di monitoraggio e misurazione).

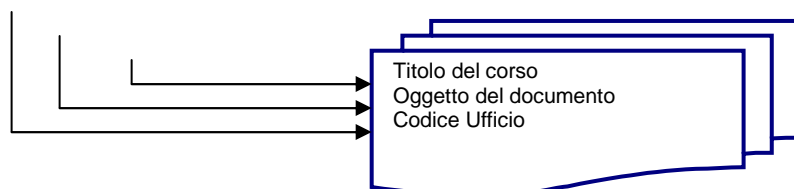
### **7.5.3 Identificazione e rintracciabilità**

L'ente assicura l'identificazione e la rintracciabilità di tutte le relazioni ed i documenti riferiti ad uno specifico Corso di Formazione e/o servizio erogato. In particolare, ai fini dell'identificazione, devono essere riportate sulla prima pagina di ogni documento le seguenti informazioni:

- denominazione della commessa/progetto – titolo del corso;
- oggetto del documento/relazione;
- data e nominativo della risorsa che ha redatto il documento.



Nel caso di Servizi di formazione a seguito di bandi di gara è l'Ente (es.: Regione Campania) che invia all'ente la delibera di autorizzazione allo svolgimento del corso, identificando i corsi autorizzati e comunicando la denominazione/qualifica/titolo, il tipo, la durata, codice ufficio (CUFF). Sulla base di queste informazioni ciascuno di questi corsi viene così identificato:



La rintracciabilità è garantita dal fatto che i documenti di riferimento sono conservati in appositi contenitori relativi al progetto di riferimento adeguatamente identificati. Nell'ipotesi di utilizzo delle medesime tipologie di documenti in altri progetti, questi saranno valutati in termini di adeguatezza dei contenuti rispetto al progetto di riferimento.

Prima dell'inizio delle attività, il soggetto formatore del corso riconosciuto ed autorizzato, deve munirsi di appositi registri obbligatori conformi ai predisposti della Provincia, numerati progressivamente e vidimati dalla stessa.

I registri obbligatori sono:

**a) Registro presenze e registro stage (se previsto)**

Il frontespizio del registro deve recare ogni riferimento utile per l'individuazione dell'attività formativa riconosciuta ed autorizzata; il contenuto del registro prevede oltre al programma svolto, le firme dei partecipanti e del personale docente e tutor. Più in dettaglio il registro, con riferimento ad ogni ora di insegnamento deve fornire i seguenti dati: ora di inizio e termine, firma del docente e di altre risorse umane coinvolte, argomenti trattati e qualsiasi elemento utile alla esemplificazione delle attività di controllo.

**b) Il riepilogativo presenze allievi e docenti**

contiene il prospetto delle ore corso giornalmente frequentate da ciascun partecipante, nonché i riepilogativi mensili e quello finale.

**c) Registro perpetuo attestati**

I registri obbligatori devono essere tenuti nella sede di realizzazione del corso; non sono consentite cancellature, né correzioni o abrasioni.

Le presenze giornaliere degli allievi al corso sono attestate mediante apposizione della firma sul registro all'inizio e al termine della giornata. All'inizio della prima ora di lezione il docente di turno apporrà l'annotazione "ASSENTE" in corrispondenza del nominativo dell'allievo che deve risultare assente.

### **7.5.4 Proprietà del cliente**

L'Organismo ha cura delle proprietà del Cliente quando esse sono sotto il suo controllo o vengono utilizzate nel corso dell'attività formativa. Gli eventuali prodotti forniti dal cliente sono identificati, verificati, controllati prima del loro utilizzo e protetti. Rientrano tra questi:

- a) documenti per la definizione della Proposta Progettuale e/o del piano di erogazione;
- b) materiale o attrezzature per lo svolgimento dell'attività didattica;



c) aule o laboratori per lo svolgimento dell'attività didattica.

I requisiti minimi per il controllo dei prodotti forniti dal Cliente sono:

- verifica di coerenza con quanto specificato nella Proposta Progettuale e/o nel piano di erogazione;
- verifica di funzionalità, efficienza e stato di conservazione.

Eventuali altri criteri che si dovessero rendere necessari per una corretta verifica dei prodotti forniti dal Cliente saranno definiti e specificati di volta in volta nei documenti di commessa (Proposta Progettuale e/o piano di erogazione). Le specifiche relative alle modalità di verifica, trattamento e conservazione dei prodotti forniti dai clienti sono specificate nella Proposta Progettuale, ovvero in apposita relazione.

Poiché rientrano nella proprietà del Cliente anche la proprietà intellettuale, l'Organismo è attento a custodire, nel rispetto del D.L. 30 Giugno 2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e a vigilare con responsabilità ogni elaborato (temi, scritti, pagine web, opere d'arte, ecc..) opera d'ingegno degli allievi. Tali opere sono di esclusiva proprietà degli allievi.

#### **Modalità di notifica al cliente di prodotto perso, danneggiato o inadatto all'uso**

Nell'ipotesi di riscontro di inadattabilità o danni ad uno o più prodotti (normative, software) e/o di non professionalità (docenti/tutor) consegnati dal cliente, l'Organismo provvede ad inoltrare immediata comunicazione scritta al cliente. In ogni caso, l'attività di verifica effettuata dall'Organismo, finalizzata al riscontro dello stato dei materiali/prodotti/servizi forniti dal cliente, non solleva quest'ultimo dalla responsabilità di fornire prodotti/servizi giudicati accettabili.

#### **7.5.5 Conservazione dei prodotti**

L'Organismo mantiene inalterata la conformità dei prodotti durante l'erogazione delle attività formative e fino al loro termine.

Relativamente alle registrazioni attestanti le movimentazioni dei supporti fisici (relazioni, supporti magnetici, fax, ecc.) si fa riferimento al registro di protocollo corrispondenza in entrata ed in uscita in uso presso l'Organismo.

#### **7.6 Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio e di misurazione**

Data l'attività svolta dall'organizzazione, questo punto della norma non trova completa applicazione, difatti non si applica alle apparecchiature di monitoraggio e di misurazione. Questo punto si estrinseca nell'attività di verifica e messa a punto dei questionari utilizzati (es.: per la rilevazione della soddisfazione dell'utente) e verifica nel tempo delle griglie di valutazione al fine di disciplinare il processo di armonizzazione dei criteri di valutazione utilizzati dai diversi docenti. Al riguardo, si rinvia alle procedure relative alle attività di monitoraggio e misurazione e si stabilisce che in sede di riesame viene valutata l'efficacia dei questionari di gradimento/valutazione utilizzati e deciso, se ritenuto opportuno, di modificarli/integrarli.

## INDICE

### **8.1 Generalità**

### **8.2 Monitoraggi e Misurazioni**

8.2.1 Soddisfazione del Cliente

8.2.2 Verifiche Ispettive Interne

8.2.3 Monitoraggio e Misurazione dei Processi

8.2.4 Monitoraggio e Misurazione dei Prodotti

### **8.3 Tenuta sotto controllo dei prodotti Non Conformi**

### **8.4 Analisi dei Dati**

### **8.5 Miglioramento**

8.5.1 Miglioramento continuo

8.5.2 Azioni Correttive

8.5.3 Azioni Preventive

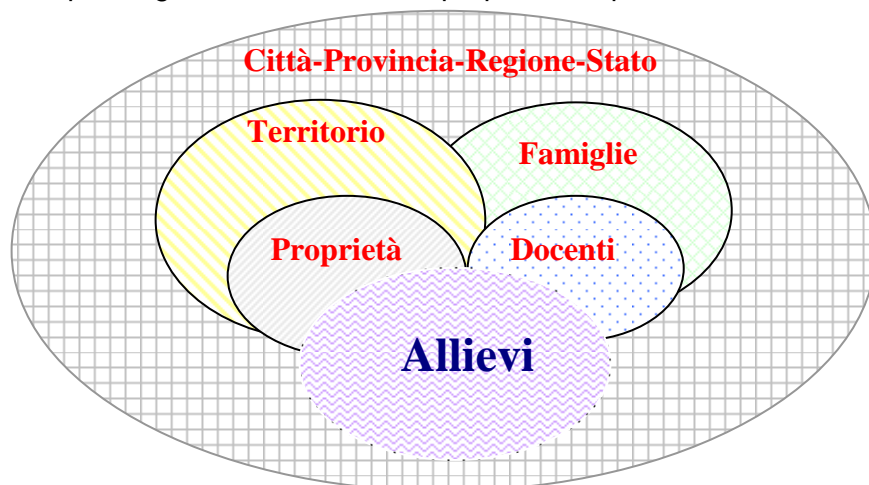
### 8.1 Generalità

L'Alta Direzione pianifica ed attua i processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento allo scopo di:

- dimostrare la conformità dei processi e dei servizi ai requisiti specificati;
- assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità, attraverso l'effettuazione di audit interni;
- migliorare in modo continuo l'efficacia del sistema di gestione per la qualità, attraverso l'analisi dei dati;
- individuare e perseguire opportunità di miglioramento della qualità del servizio.

I processi di monitoraggio e misurazione sono opportunamente valutati e studiati al fine di garantire la correttezza del dato rilevato e consentire una successiva analisi non inficiata da errori della misura. L'analisi dei dati è condotta utilizzando metodi appropriati tra cui le tecniche statistiche.

A fronte di misurazioni ed analisi corrette è possibile utilizzare i dati per prendere "decisioni basate su fatti" che esprimono esattamente il livello delle prestazioni dell'Organismo e la soddisfazione delle parti interessate, intendendo in primis gli allievi ma anche la proprietà, i dipendenti, la collettività.



In tal senso il processo di misurazione è inteso come strumento necessario per esprimere il livello quantitativo e qualitativo del servizio fornito al cliente in relazione alla capacità di erogazione del servizio stesso e del conseguimento degli obiettivi per esso stabiliti.

### 8.2 Monitoraggi e Misurazioni

Il monitoraggio e la misurazione vengono effettuati per ottenere informazioni dirette sulla soddisfazione del cliente, sulla capacità dei processi e sulle caratteristiche del servizio formativo offerto, ed informazioni indirette sulle prestazioni del sistema di gestione per la qualità attraverso la soddisfazione del cliente, le verifiche ispettive interne ed aspetti di natura economico-finanziaria basati sui costi interni e sulle risorse impiegate.

### 8.2.1 Soddisfazione del cliente

La misurazione del grado/livello di soddisfazione del cliente fornisce informazioni utili per migliorare le prestazioni dell'ente. Le informazioni relative al cliente possono essere, ad esempio, quelle di ritorno sul grado/livello di soddisfacimento del servizio erogato.

Relativamente alle informazioni sul livello di soddisfacimento della formazione erogata, l'ente ha predisposto un questionario di gradimento da somministrare durante lo svolgimento delle attività (Mod 08.2A Customer satisfaction docente) ed uno al termine del servizio di formazione (Mod 08.2B Customer satisfaction). Il questionario contiene informazioni relative alla didattica, alla logistica, ai contenuti, ai supporti didattici forniti o utilizzati dai docenti e permettono di calcolare il livello di soddisfazione, espresso dagli Utenti. Dall'esame e dalla valutazione di tali informazioni si acquisiscono ulteriori elementi per l'ottimizzazione di questa tipologia di servizi.

Oltre ai questionari (*metodo diretto*), l'ente tiene sotto controllo alle altre fonti informative, che consentono di valutare indirettamente la soddisfazione del Cliente, quali :

- ❖ i reclami, sulla cui base sono adottate idonee misure correttive finalizzate ad eliminare la causa generatrice dello stesso reclamo; un apposito modello verrà utilizzato per raccogliere le segnalazioni relative a eventuali disfunzioni o reclami da parte del cliente (Mod.08.2C Scheda segnalazioni), tali schede una volta compilate e sottoscritte saranno gestite secondo quanto descritto nella PDS 04.2A "*Gestione della Documentazione*".
- ❖ le comunicazioni intercorrenti con il committente sia durante la fase di progettazione sia durante la fase di erogazione del servizio;

### 8.2.2 Verifiche ispettive interne

Tutti i processi o attività che si prefiggono di raggiungere determinati obiettivi richiedono momenti di valutazione per confermare che i risultati prefissati sono stati raggiunti. Da questa convinzione, la Direzione (*Committente dell'Audit*) richiede che il Sistema di gestione della Qualità venga sottoposto a periodici riscontri per mezzo delle verifiche ispettive interne (Audit) al fine di esaminare:

- ❖ la conformità dello stesso ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2008 ed alle prescrizioni che ne derivano nel Sistema Qualità per volontà della Direzione;
- ❖ la conformità dello stesso ai requisiti dell'accreditamento regionale;
- ❖ l'efficace attuazione delle prescrizioni ed il suo continuo aggiornamento.

L'Organismo, allo scopo di ottenere informazioni utili a valutare l'efficacia del sistema di gestione per la qualità nel raggiungere gli obiettivi prefissati e il suo grado d'applicazione, ha predisposto una specifica procedura PDS 08.4A " Audit interni " che disciplina la conduzione degli Audit, stabilendo nel dettaglio le responsabilità ed i requisiti per la pianificazione e per la conduzione degli audit, per la predisposizione delle registrazioni e per riferire sui risultati.

La programmazione è altresì attuata in modo da coprire tutti i processi e le aree del Sistema di gestione della Qualità e tiene conto dello stato e dell'importanza delle attività oggetto di verifica. Tale programma è

integrato da eventuali verifiche straordinarie per valutare le azioni correttive/preventive intraprese a seguito di:

- ❖ Audit precedenti;
- ❖ Audit di terza parte (dell'Ente di Certificazione);
- ❖ Audit dell'Ente Regione Campania ai fini dell'accreditamento regionale.

Gli Audit sono condotti da personale, indipendente dall'attività da verificare, tale da garantire l'obiettività e l'imparzialità, e qualificato secondo quanto stabilito al par. 7 della Norma UNI EN ISO 19011:2012 "*Linee Guida per gli Audit dei sistemi di gestione*".

Il risultato dell'Audit è riassunto in un rapporto e discusso con il responsabile dell'area; le mancanze individuate sono dibattute e le opportune correzioni sono identificate e gestite come previsto dalla procedura per le azioni correttive e preventive. Il rapporto costituisce un documento di registrazione della qualità e come tale è conservato secondo le regole descritte nella Procedura PDS 04.2A "Gestione della documentazione".

Gli esiti e le informazioni emerse dagli Audit, oltre ad innescare le eventuali azioni correttive/preventive mirate alle singole aree, costituiscono lo strumento fondamentale per l'effettuazione da parte della Direzione dei Review Meeting (Rif. Sez. 5).

### **8.2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi**

L'Organismo, nell'applicazione del proprio Sistema di Gestione per la Qualità adotta l'approccio per processi: ciò consente di collegare le diverse attività, facenti parte dello stesso processo, in modo che gli elementi in uscita di una attività siano gli elementi in entrata dell'attività successiva. In quest'ottica l'Organismo considera fondamentale misurare le prestazioni dei propri processi non solo per garantire e dimostrare la capacità dei processi ad ottenere i risultati pianificati, ma anche per migliorarne continuamente l'efficienza.

A tale scopo, per ciascun processo, la Direzione, poiché ritiene che il processo di erogazione del servizio formativo produca i risultati previsti solo quando gli indicatori si mantengono nel tempo su livelli favorevoli, rispetto ai *benchmark* regionali e nazionali di riferimento (dati ISFOL), con una stabilità statistica economicamente conveniente, ha individuato, anche sulla base degli indicatori di efficacia ed efficienza stabiliti dalla Regione Campania per l'accreditamento definitivo, opportuni **Indicatori di Qualità (IQ)**, per ciascuno dei quali vengono definiti, durante i Review Meeting, gli obiettivi.

Il monitoraggio e la misurazione dei processi rappresentano l'elemento fondamentale per arrivare ad una standardizzazione non solo dei risultati, ma anche delle modalità operative. Ciò potrebbe richiedere una diversa attribuzione delle responsabilità ovvero far emergere nuove esigenze di istruzione e/o addestramento del personale.

Qualora gli obiettivi precedentemente fissati non fossero stati pienamente raggiunti, è necessario risalire alle cause di insuccesso, rideterminando le azioni correttive.

### **8.2.4 Monitoraggio e misurazione dei prodotti**

L'ente, nell'applicazione del proprio Sistema di Gestione per la Qualità adotta l'approccio per processi: ciò consente di collegare le diverse attività, facenti parte dello stesso processo, in modo che gli elementi in uscita di una attività siano gli elementi in entrata dell'attività successiva. In quest'ottica l'ente considera fondamentale misurare le prestazioni dei propri processi non solo per garantire e dimostrare la capacità dei processi ad ottenere i risultati pianificati, ma anche per migliorarne continuamente l'efficienza.

A tale scopo, per ciascun processo, la Direzione ha individuato opportuni Indicatori di Qualità (IQ), per ciascuno dei quali vengono definiti, durante i Review Meeting, gli obiettivi.

Il monitoraggio e la misurazione dei processi rappresentano l'elemento fondamentale per arrivare ad una standardizzazione non solo dei risultati, ma anche delle modalità operative. Ciò potrebbe richiedere una diversa attribuzione delle responsabilità ovvero far emergere nuove esigenze di istruzione e/o addestramento del personale.

Qualora gli obiettivi precedentemente fissati non fossero stati pienamente raggiunti, è necessario risalire alle cause di insuccesso, rideterminando le azioni correttive.

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

Il presente punto illustra le modalità di gestione di eventuali Non Conformità che dovessero riscontrarsi su prodotti, materie e servizi che devono essere registrati sul Mod. 08.3A "Rapporto di Non Conformità".

Il sistema di gestione per la qualità, oltre all'accertamento di non conformità/osservazioni riconducibili allo svolgimento di audit di terza parte o di *internal auditing* (verifiche ispettive interne della qualità), prevede la segnalazione di anomalie da parte delle risorse interne e dei clienti. Le attività (o i prodotti realizzati all'interno di ciascuna commessa) risultati non conformi devono essere identificate, registrate sul Mod. 08.3A "Rapporto di Non Conformità" e comunicate al RSGQ allo scopo di tenerle sotto controllo e infine risolverle. Nel caso, invece, di reclami dei Clienti, chiunque, all'interno dell'ente riceve una segnalazione del Cliente provvede alla registrazione sull'apposita modulistica e si impegna a trasmettere al RSGQ comunicazione dell'avvenuto reclamo.

Le responsabilità, le modalità di analisi, trattamento, classificazione e registrazione delle NC e dei Reclami sono in dettaglio descritte nella procedura PDS 08.3A "Tenuta sotto Controllo dei prodotti Non Conformi".

Nel caso in cui un attività non conforme viene rilevata al termine del servizio formativo o dopo il suo inizio, la Direzione si impegna ad adottare appropriate azioni in merito agli effetti reali o potenziali da essa derivanti.

### **8.4 Analisi dei dati**

Dopo aver effettuato le previste attività di misurazione, l'ente analizza costantemente i dati ottenuti per dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità e per individuare le possibili opportunità di miglioramento cercando di individuare l'origine e le cause dei problemi reali o potenziali e quindi per orientare le necessarie decisioni per le azioni correttive e preventive.

L'analisi dei dati che fornisce informazioni (almeno) in merito a:

- a) Soddisfazione del Cliente
- b) Conformità ai requisiti stabiliti con il Cliente
- c) Caratteristiche ed andamento dei processi e dei servizi, incluse le opportunità per le azioni preventive
- d) Fornitori

è effettuata periodicamente dal RSGQ che ha, anche, la responsabilità di tenere continuamente aggiornata la Direzione sull'andamento del Sistema, formalizzando l'output su documenti/grafici di input ai Review Meeting della Direzione.

## **8.5 Miglioramento**

In sede di Review Meeting, sono valutati gli sforzi ed i progressi effettuati rispetto agli obiettivi prefissati ed è innescato il processo di pianificazione del miglioramento continuo, attraverso la definizione delle Tabelle di Hoshin per processi aziendali.

### **8.5.1 Miglioramento continuo**

A fronte della volontà di migliorare costantemente il sistema di gestione per la qualità e, quindi, l'organizzazione e le modalità di gestione delle attività ricadenti nello scopo di applicazione, la Direzione prende atto dello stato dell'arte dell'organizzazione, del suo livello di efficacia ed efficienza e delle modalità di gestione dei processi, quindi, verifica il livello di raggiungimento degli obiettivi di qualità e ridefinisce i nuovi orientamenti per il raggiungimento di nuovi traguardi. Allo scopo, in dipendenza del

1. processo di riferimento (*quale processo/attività è destinatario dell'azione migliorativa ed a fronte di quali considerazioni/evidenze*);
2. obiettivo di miglioramento da perseguire (*la meta che si intende raggiungere*);
3. i tempi e le risorse da impiegare per il raggiungimento dell'obiettivo (*entro quanto tempo si ipotizza che l'obiettivo sia perseguito, quali e quante risorse impiegare per tale attività*);
4. gli strumenti da utilizzare (*tecniche di benchmarking, best practices, ecc..*).

sono utilizzati:

- ❖ Politica per la Qualità e gli obiettivi
- ❖ Review Meeting
- ❖ Analisi dei risultati degli Audit
- ❖ Analisi dei dati
- ❖ Rapporti di Azioni correttive e preventive

E' responsabilità della Direzione attivare il ciclo di miglioramento continuo e tenere costantemente aggiornati tutti i membri dell'organizzazione sui risultati. Nell'ipotesi di formulazione di più obiettivi di miglioramento, la Direzione ha il compito di individuare e segnalare a tutte le risorse le priorità.

### **8.5.2 Azioni correttive**

Le Azioni Correttive sono una conseguenza necessaria delle Non conformità reali che non si chiudono con il solo trattamento (Correzione). L'ente ha definito all'interno della Procedura PDS 08.5A "Azioni



Correttive e Preventive” responsabilità, modalità e requisiti per:

- ❖ il riesame delle non conformità e dei reclami
- ❖ l’individuazione delle cause delle non conformità
- ❖ la valutazione circa l’esigenza di eliminare le cause di non conformità reali onde evitare il ripetersi delle stesse;
- ❖ la definizione e l’attuazione delle opportune azioni appropriate agli effetti delle NC riscontrate;
- ❖ la registrazione dell’esito delle azioni attuate
- ❖ il riesame delle azioni correttive (*valutazione dell’impatto dell’AC intrapresa sugli altri processi*).

Un’azione correttiva è giudicata efficace quando la causa della non conformità rilevata è stata rimossa nei tempi e secondo le modalità concordate tra il RSGQ ed il Responsabile d’area interessato, e ne è stata accertata la non ricorrenza.

Il RSGQ è responsabile del monitoraggio dell’efficacia delle azioni correttive. La registrazione dell’efficacia delle azioni correttive intraprese avviene nella apposita sezione dedicata sul Mod. 08.5A.

### **8.5.3 Azioni preventive**

Ai fini della prevenzione circa l’insorgere di potenziali cause di non conformità, l’ente pone in essere i seguenti livelli di monitoraggio:

1° livello - esecuzione di Audit periodici;

2° livello - qualificazione e sorveglianza di tutti i fornitori;

3° livello - controllo delle attività di progettazione secondo le modalità definite nel presente manuale (progettazione e sviluppo) e nei piani di progetto;

4° livello - controllo dell’erogazione secondo le modalità definite nel presente manuale e nei documenti di commessa;

Tale sistema di prevenzione assicura un costante e continuo monitoraggio di tutte le attività aziendali. Il RSGQ garantisce la coerenza e la funzionalità del sistema di gestione della qualità.

Le azioni preventive sono, dunque, la conseguenza dell’analisi delle informazioni e dei dati derivanti dai processi e dalle attività lavorative che hanno influenza sulla qualità del servizio.

L’ente ha definito all’interno della Procedura PDS 08.5A “Azioni Correttive e Preventive” responsabilità e modalità per la gestione delle Azioni Preventive che consistono nelle seguenti attività:

- ❖ analizzare periodicamente le informazioni fornite dal Sistema Gestione Qualità allo scopo di individuare cause di potenziali non conformità;
- ❖ selezionare tra le cause di non conformità potenziali quelle che per l’effetto che determinano od all’interno dell’ente (es: costi, soddisfazione cliente) od all’esterno (es: cliente, immagine) richiedono azioni preventive;
- ❖ pianificare provvedimenti preventivi in grado di eliminare o minimizzare le cause delle non conformità potenziali (definendo attività, risorse, responsabilità, tempistiche di attuazione e modalità di verifica);
- ❖ attuare i provvedimenti preventivi;



- ❖ inserire le informazioni relative ai provvedimenti preventivi tra gli elementi utilizzati per il riesame della Direzione.

In ogni caso, le informazioni attinenti alle azioni preventive intraprese devono essere registrate sul Mod. 08.5A. Un'azione preventiva è giudicata efficace quando non si registrano situazioni di non conformità. A tal fine, il RSGQ effettua un monitoraggio periodico per verificare l'efficacia delle azioni preventive intraprese e, qualora si renda necessario, ad effettuare una rivisitazione della documentazione del sistema di gestione della qualità.

L'efficacia delle azioni preventive è registrata sul Mod. 08.5A "Richiesta di Azione Correttiva/Preventiva".