



# MANUALE DELLA QUALITA'

COPIA CONTROLLATA N° \_\_\_\_\_

*Questo Manuale è di proprietà di ASSP AZIENDA SPECIALE SERVIZI ALLA PERSONA . Servizi Formativi erogati dal settore detto “Da Vinci”. Ogni riproduzione e divulgazione deve essere espressamente autorizzata dalla Direzione.*

IL RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ Dr. ssa Chiara Pinaroli

IL DIRETTORE GENERALE Dr. Michele Colasanto

Data 02/11/2015



### LISTA DI REVISIONE

N° REV.	DATA	SEZ./CAP.	NOTE
0	04/07/2011	Tutti	Prima emissione del documento
1		2-4-7	Regolamenti e Outsourcing
2	30/11/2012	4-5-7	Eliminazione iniziative finanziate e outsourcing
3	17/07/2014	5	Modifica organigramma ed acquisti
4	02/11/2015	5 -7	Modifica organigramma e iniziative finanziate



## INDICE GENERALE

SEZIONE 0.....	6
0.1. ELENCO DELLE PROCEDURE.....	7
0.2. COMPATIBILITÀ CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE.....	7
0.3. PROCEDURE COLLEGATE .....	7
0.4. ALLEGATI.....	7
SEZIONE 1.....	9
1.1. DESCRIZIONE DELL'AZIENDA.....	10
1.2. SCOPO DEL PRESENTE MANUALE .....	12
1.3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	13
1.4. ESCLUSIONI APPLICATE .....	13
1.5. PROCEDURE COLLEGATE .....	13
1.6. ALLEGATI .....	13
SEZIONE 2 .....	14
2.1. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	15
2.2. PROCEDURE COLLEGATE .....	15
2.3. ALLEGATI.....	15
SEZIONE 3.....	16
3.1. TERMINI E DEFINIZIONI.....	17
3.2. LISTA DELLE ABBREVIAZIONI .....	19
3.3. PROCEDURE COLLEGATE .....	20
3.4. ALLEGATI .....	20
SEZIONE 4.....	21
4.1. REQUISITI GENERALI.....	22
4.2. DOCUMENTAZIONE .....	24
4.3. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.....	26
4.4. ALLEGATI .....	27
CLIENTE.....	27
CLIENTE.....	27
SEZIONE 5.....	28

5.1. IMPEGNO PER LA DIREZIONE .....	29
5.2. ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE .....	29
5.3. POLITICA PER LA QUALITÀ.....	31
5.4. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA .....	31
5.5. RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE .....	34
5.6. RIESAME DEL VERTICE DELL'ORGANIZZAZIONE.....	35
5.7. PROCEDURE DI RIFERIMENTO .....	36
5.8. ALLEGATI .....	36
SEZIONE 6.....	42
6.1. MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE .....	43
6.2. RISORSE UMANE.....	43
6.3. INFRASTRUTTURE .....	44
6.4. AMBIENTE DI LAVORO .....	45
6.5. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.....	46
6.6. ALLEGATI.....	46
SEZIONE 7.....	47
7.1. PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO .....	48
7.2. PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE.....	48
7.3. PROGETTAZIONE E SVILUPPO.....	49
7.4. APPROVVIGIONAMENTI .....	51
7.5. EROGAZIONE DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI .....	53
7.6. DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE.....	57
7.7. PROCEDURE DI RIFERIMENTO .....	57
7.8 ALLEGATI .....	57
SEZIONE 8.....	68
8.1. GENERALITÀ .....	69
8.2. MONITORAGGI E MISURAZIONI .....	69
8.3 GESTIONE DEI PRODOTTI NON CONFORMI.....	71
8.4 ANALISI DEI DATI .....	72
8.5 MIGLIORAMENTO .....	73
8.6 PROCEDURE DI RIFERIMENTO .....	74
8.7 ALLEGATI .....	74

In ogni sezione vi sono i capitoli che riportano i riferimenti alle procedure e agli allegati.  
Il presente Manuale della Qualità recepisce tutte le prescrizioni applicabili contenute nella norma di riferimento **UNI EN ISO 9001:2008**; per facilitare il confronto di conformità tra la norma ed il manuale, l'indice sopra esposto è sviluppato in coerenza con la norma stessa.



# SEZIONE 0 INTRODUZIONE



#### **0.1. ELENCO DELLE PROCEDURE**

Con la tabella riportata nell'allegato n°1, si elencano le Procedure che fanno parte del Sistema Qualità; il loro stato di revisione è evidenziato in un elenco depositato presso RGQ.

#### **0.2. COMPATIBILITÀ CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE**

ASSP ritiene la compatibilità ed integrazione dei propri sistemi di gestione aziendale quale obiettivo e strumento indispensabile per la massima efficienza ed efficacia degli stessi.

Per quanto concerne la sicurezza sui luoghi di lavoro, per le aule in cui viene erogata formazione, ASSP si attiene alla documentazione predisposta e trasmessa dal Comune di Abbiategrasso proprietario di tali siti.

#### **0.3. PROCEDURE COLLEGATE**

Nessuna.

#### **0.4. ALLEGATI**

1 – Elenco delle procedure



All. 1 – Elenco delle procedure

N.	TITOLO	RIF. SEZIONE E CAPITOLO MQ
1	Guida alla gestione e registrazione dei documenti	4.2
2	Verifiche ispettive	8.2
3	Selezione, formazione e qualificazione del personale	6.2
4	Gestione non conformità ed azioni preventive e correttive	8.3 - 8.5
5	Acquisto prodotti e servizi vari	7.4
6	Scelta e valutazione dei docenti	7.4
7	Formazione ed orientamento a pagamento	7.1 -7.3 -7.5- 8.2
9	Monitoraggio e miglioramento continuo	8.2 – 8.5
10	Collaborazioni esterne	7.1 -7.3 -7.5- 8.2





# **SEZIONE 1**

## **SCOPO E CAMPO D'APPLICAZIONE**



## 1.1. DESCRIZIONE DELL'AZIENDA

Il Civico Istituto Professionale Serale per l'Industria e l'Artigianato "L. Da Vinci" è nato ufficialmente il 22 novembre 1891 come Scuola serale di disegno, grazie alla volontà determinante ed ai contributi della Società Operaia Abbatense fondata il 17 aprile 1865, per dare la possibilità di formazione culturale di base e di qualificazione professionale, ai soci ed ai loro figli.

Nel luglio del 1913 furono avanzate dalla società Operaia ripetute istanze di municipalizzazione della scuola per renderla pubblica, mettendo in risalto che l'iniziativa, alla quale la Società non poteva far fronte per la ristrettezza del proprio bilancio, rispondeva ad un bisogno di maggior formazione delle classi meno agiate della città di Abbiategrasso che con l'evolversi dei tempi e del progresso non poteva rimanere spettatrice davanti alle legittime aspirazioni dei lavoratori facenti parte di gruppi sociali medio bassi.

Sia durante il regime podestarile sia in seguito, il Comune ha provveduto ad eleggerne gli organi direttivi, costituiti da veri consigli d'amministrazione fino al 1968, ed ha contribuito in misura crescente ad assicurarne il finanziamento mediante stanziamenti appositi di bilancio deliberati d'anno in anno con espliciti riconoscimenti dell'utilità, del lodevole andamento e dello sviluppo della scuola.

Al finanziamento ha contribuito in modo importante anche il Consorzio Provinciale per l'Istruzione Tecnica Professionale di Milano, che ne ha esercitato la sorveglianza didattica.

Ai primi di gennaio 1968, in esecuzione di una deliberazione n. 85 del Consiglio Comunale del Dicembre 1966, presa d'intesa col Consiglio d'Amministrazione della Scuola, la Scuola operaia professionale di disegno, si è trasformata in Civico Istituto Professionale Serale per l'Industria e l'Artigianato "L. Da Vinci" ed è passata in gestione diretta al Comune di Abbiategrasso.

La nuova regolamentazione, approvata dalla G.P.A. con atto 14.5.1968 n.6538 apportò diversi cambiamenti:

- la realizzazione di corsi triennali di qualifica per disegnatori, elettricisti e congegnatori meccanici;
- la trasformazione del Consiglio di Amministrazione autonomo in un Comitato Tecnico con funzioni, solo essenzialmente consultive;
- la nomina/conferma annuale di preside e degli insegnanti da parte del consiglio comunale su proposta del predetto Comitato.

Alla Scuola Serale, a parte i contributi societari operai delle sue origini, non sono mancati nel corso degli anni, per quanto relativamente modesti di fronte ai grandi e crescenti bisogni, aiuti in materiali di consumo, di strumenti didattici ed anche finanziari, da parte di privati e di Enti.

Nei suoi quasi centodieci anni di ininterrotta attività per la formazione culturale di base, la qualificazione e la specializzazione professionale di giovani, la Serale "L. Da Vinci" è stata più o meno fiorente e frequentata da un numero elevato di alunni e questo.

Ha proposto corsi in un momento storico che è andato modificandosi molto velocemente e che ha portato alla valutazione e alla successiva realizzazione di nuovi corsi, di nuove attrezzature, di una sempre più stretta collaborazione con l'industria per corrispondere all'incessante progresso tecnologico e anche di autonomia amministrativa e didattica.



L'Istituto Civico nato più di un secolo fa, seguendo le trasformazioni del sistema produttivo locale, è stato capace di trasformare progressivamente la propria offerta formativa, adattandola rispetto alle sempre nuove esigenze in termini di domanda di formazione.

Questo processo evolutivo ha registrato una brusca accelerata a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, quando più rapidi si sono fatti i processi di trasformazione industriale ed organizzativi che hanno generato una domanda di competenze tecniche e professionali sempre più differenziate e sofisticate; la risposta che è venuta dal sistema della formazione professionale, e conseguente anche dal Civico Leonardo da Vinci, ha puntato a ridefinire in maniera efficace ed efficiente le risorse formative presenti sul territorio, così da non disperdere risorse preziose in termini di potenzialità e capitale culturale e sociale utile per il tessuto produttivo locale.

Il processo di trasformazione avviatosi nel corso degli anni Ottanta è continuato anche nel decennio successivo durante il quale si sono registrati profondi cambiamenti sia per quanto riguarda le relazioni industriali che i modi della produzione, con un sempre maggiore utilizzo delle nuove tecnologie dell'informazione.

Si tratta di metamorfosi macro-sociali che hanno avuto uno dei loro epicentri nel cuore dell'area metropolitana e nella aree a più antica industrializzazione, ma che hanno avuto importanti riflessi anche in realtà meno dinamiche come quelle periferiche del Sud Ovest milanese.

Una spinta a questo rinnovamento è stata impressa inoltre dai processi di innovazione che hanno interessato i sistemi di governo della struttura della formazione professionale, soprattutto dopo l'avvio dei processi di delega avviati con la L.R. 1/1995, con cui la Regione Lombardia ha trasferito alle Province le competenze in materia della programmazione dell'offerta formativa.

Tali provvedimenti hanno prodotto un benefico effetto, poiché in questo modo si sono avvicinati ai sistemi locali i centri decisionali, migliorando le capacità di lettura e di interpretazione dei fabbisogni e migliorando conseguentemente l'orientamento dell'offerta.

Questo processo non si è però mai sviluppato compiutamente; ancora nella seconda metà degli anni Novanta le Province hanno potuto di fatto gestire solo le risorse del Piano Regionale della formazione professionale, mentre è rimasto ad appannaggio della Regione il controllo di quasi tutte le risorse dell'Ob. 3 del Fondo Sociale Europeo (programmazione 1993-1999) e la totalità di quelle dell'Ob. 4.

Questo fatto ha fortemente penalizzato le aree ritenute più marginali, come appunto l'Abbiatense, che nel periodo 1997-1998 non è mai riuscito ad attrarre più del 3% delle risorse dell'Ob. 3 destinate alla provincia di Milano e quote ancora più limitate per quanto riguarda l'Ob. 4, un fenomeno fortemente condizionato dalla scarsa capacità delle piccole e medie imprese, che rappresentano la parte più rilevante del tessuto dell'area, ad accedere a questa fonte di finanziamento.

Negli ultimi anni, poi, si è assistito ad una pericolosa involuzione, che ha riportato sostanzialmente il potere decisionale nelle mani della Regione attraverso il controllo dei flussi finanziari, che si è fatto particolarmente pesante da quando l'attività della formazione professionale è interamente sostenuta dai finanziamenti comunitari.

Negli ultimi anni la normativa regionale in tema di formazione professionale è radicalmente cambiata. In particolare, la delibera di Giunta Regionale n.19/2007 ha imposto che, entro il 31/12/2009 (poi prorogato al 31/12/2010), i centri di formazione dipendenti da Enti Locali, come l'Ist. Da Vinci, di dotarsi di personalità giuridica, autonomia statutaria, organizzativa, amministrativa e finanziaria.

A seguito di ciò il Comune di Abbiategrasso ha avviato un processo di analisi per la trasformazione giuridica dell'Istituto, terminato a settembre 2010 con l'approvazione della delibera di Giunta Co-



comunale n.168 che sancisce l'affidamento del Civico Istituto Professionale 'L. da Vinci' all'Azienda Speciale Servizi alla Persona, ente strumentale del Comune di Abbiategrasso tramite il quale vengono erogati servizi in ambito socio-assistenziale.

A partire da questa data la il Civico ha modificato la ragione sociale in "Centro di Formazione Professionale 'L. da Vinci'

## 1.2. SCOPO DEL PRESENTE MANUALE

### Generalità

L'adozione del sistema di gestione per la qualità è frutto di una decisione strategica dell'organizzazione.

La progettazione e l'attuazione del sistema di gestione per la qualità sono influenzate:

- dal contesto nel quale essa opera, dai cambiamenti in tale contesto e dai rischi ad esso associati
- dalle sue mutevoli esigenze
- dai suoi particolari obiettivi
- dai prodotti/servizi che fornisce
- dai processi che adotta
- dalla sua dimensione e dalla sua struttura organizzativa

Queste sono le motivazioni per cui il sistema di gestione per la qualità si evolve nel tempo.

Con il termine prodotto si intende sia il prodotto destinato al cliente o da esso richiesto che qualunque elemento voluto risultante dai processi di realizzazione del prodotto

Per quanto concerne i cambiamenti ambientali, ad esempio, la forte crisi economica che ha investito l'intera area ha portato il CDA di ASSP ad inserire nelle linee guida la necessità di progettare corsi che permettano sempre un miglioramento nelle possibilità di inserimento lavorativo dei discenti.

Il presente Manuale viene redatto con le seguenti finalità:

- rappresentare e documentare, verso l'interno e l'esterno di ASSP, il Sistema Qualità ottenendo in tal modo un vantaggio competitivo riconosciuto
- sviluppare un sistema organizzativo gestionale che permetta il controllo e la razionalizzazione dei diversi processi aziendali e delle loro interazioni ed interfacce sia all'interno che all'esterno di ASSP
- fornire uno strumento tecnico operativo per conseguire un più alto livello di qualità in ogni fase dei processi, garantendo la conformità e ripetibilità dei requisiti specificati per i servizi aziendali, il rispetto delle normative cogenti applicabili, la sistematica analisi della soddisfazione dei Clienti e la gestione del miglioramento continuo.



- far applicare le regole della qualità a tutti i collaboratori, interni ed esterni, con estensione delle stesse norme ai fornitori (per quanto applicabile).

### **1.3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Campo di applicazione:

“PROGETTAZIONE, PIANIFICAZIONE ED EROGAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ”.

### **1.4. ESCLUSIONI APPLICATE**

Si applicano tutti i punti della norma UNI EN ISO 9001:2008 ad eccezione dei requisiti 7.5.5 e 7.6.1.

Motivazioni:

- (7.5.5) non vi è alcuna necessità di proteggere l'erogazione dei servizi ai fini della conservazione.
- (7.6.1) dato il tipo di servizi erogati, ASSP non utilizza strumenti di misura fisica di grandezze.

### **1.5 OUTSOURCING**

ASSP ha deciso di esternalizzare il processo relativo alla docenza in aula. Tale processo nella fattispecie influenza la conformità del servizio finale ed è per tale ragione che ASSP tiene sotto controllo l'intero processo.

ASSP attraverso collaborazioni con enti esterni, può delegare fasi di sviluppo dei servizi ma, attraverso idonee procedure tiene comunque sotto controllo l'intero processo.

### **1.6 PROCEDURE COLLEGATE**

Nessuna.

### **1.7 ALLEGATI**

Nessuno.



## **SEZIONE 2**

# **RIFERIMENTI NORMATIVI**



## 2.1. RIFERIMENTI NORMATIVI

Questo Manuale della Qualità di ASSP. è stato redatto in accordo con le prescrizioni contenute nella norma UNI EN ISO 9001:2008 (Sistemi di gestione per la Qualità - Requisiti), nel D.lgs n.81/2008 e nel D.L.196 del 30/06/03 in materia di protezione dei dati personali.

Per quanto applicabili, sono anche stati considerati gli orientamenti e le linee guida delle norme di seguito riportate:

- UNI EN ISO 9000:2005                      *Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e terminologia (Quality management systems – Fundamentals and vocabulary)*

I riferimenti ad altre norme vincolanti o norme tecniche connesse ai settori formativi nei quali opera l'organizzazione sono indicati nel sito apposito di Regione Lombardia.

Inoltre, essendo ASSP ente strumentale del Comune di Abbiategrasso, il SQ è articolato ed aggiornato secondo quanto definito nei Regolamenti interni del Comune gestiti in forma controllata

In tale sito tutti i riferimenti normativi relativi alla formazione della Regione Lombardia sono sottoposti a controllo e verifica documentale come previsto al punto 4.2.3 della norma e costantemente aggiornati.

L'aggiornamento legislativo è garantito dall'attività svolta dal responsabile amministrativo (AMM), che mediante la costante interazione con gli organi pubblici, assicura l'acquisizione in forma cartacea e/o elettronica, nonché quando serve la divulgazione dei documenti legislativi importanti ed utili, nella giusta versione.

L'intero sistema di gestione dei documenti è sottoposto alla gestione automatizzata di un DB denominato "Iscrizioni 2003", mentre la gestione amministrativa e del SGQ è effettuata attraverso il DB denominato "Gestione Da Vinci".

## 2.2 PROCEDURE COLLEGATE

PR01 - Guida alla gestione e registrazione dei documenti

## 2.3 ALLEGATI

Nessuno.



## **SEZIONE 3**

# **TERMINI E DEFINIZIONI**





### 3.1. TERMINI E DEFINIZIONI

Nel Sistema Qualità di ASSP si applicano i termini definiti dalla norma UNI EN ISO 9000:2005; i principali tra questi sono riportati nel seguito, per un pronto riferimento nella lettura del presente Manuale Qualità.

I numeri che precedono ciascuna definizione della norma UNI EN ISO 9000:2005 indicano il riferimento al paragrafo come riportato nella norma sopraindicata.

- **Termini relativi alla qualità**

- 3.1.1 *Qualità*  
Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.
- 3.1.2 *Requisito*  
Esigenza o aspettativa che può essere espressa, usualmente implicita o cogente.
- 3.1.3 *Classe*  
Categoria o grado assegnato a differenti requisiti per la qualità relativi a prodotti, processi o sistemi aventi lo stesso utilizzo funzionale.
- 3.1.4 *Soddisfazione del Cliente*  
Percezione del Cliente su quanto i propri requisiti siano stati soddisfatti
- 3.1.5 *Capacità*  
Abilità di un'organizzazione, un sistema o un processo a realizzare un prodotto in grado di rispondere ai requisiti per quel prodotto.

- **Termini relativi alla gestione**

- 3.2.1 *Sistema di gestione per la Qualità*  
Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità.
- 3.2.2 *Politica per la Qualità*  
Obiettivi e indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.
- 3.2.3 *Obiettivo per la Qualità*  
Qualcosa a cui si aspira o a cui si mira, relativo alla qualità.
- 3.2.4 *Pianificazione della Qualità*  
Parte della Gestione per la Qualità mirata a stabilire gli obiettivi per la qualità ed a specificare i processi operativi e le relative risorse necessari per conseguire tali obiettivi.
- 3.2.5 *Controllo della Qualità*  
Parte della gestione per la qualità mirata a soddisfare i requisiti per la qualità.
- 3.2.6 *Assicurazione della Qualità*  
Parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità saranno soddisfatti.



- **Termini relativi all'organizzazione**

3.3.1 *Organizzazione*

Insieme di persone e mezzi, con definite responsabilità, autorità e interrelazioni.

3.3.2 *Cliente*

Organizzazione o persona che riceve un prodotto.

3.3.3 *Fornitore*

Organizzazione o persona che fornisce un prodotto.

- **Termini relativi al processo e al prodotto**

3.4.1 *Processo*

Insieme di attività collegate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

3.4.2 *Prodotto*

Risultato di un processo.

3.4.3 *Progetto*

Processo unico che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con date di inizio e di fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti, ivi inclusi limiti di tempo, di costi e di risorse.

3.4.4 *Progettazione e Sviluppo*

Insieme di processi che trasforma requisiti in caratteristiche specificate o nella specifica di un prodotto, di un processo o di un sistema.

3.4.5 *Procedura*

Modo specificato per svolgere un'attività o un processo.

- **Termini relativi alle caratteristiche**

3.5.1 *Caratteristica qualitativa*

Caratteristica intrinseca in un prodotto, processo o sistema derivata da un requisito.

- **Termini Relativi Alla Conformità**

3.6.1 *Conformità*

Soddisfacimento di un requisito

3.6.2 *Non Conformità*

Mancato soddisfacimento di un requisito

3.6.3 *Azione preventiva*

Azione usata a eliminare la causa di una non conformità potenziale o di un'altra situazione potenziale indesiderabile

3.6.4 *Azione correttiva*



Azione usata a eliminare la causa di una non conformità rilevata o di un'altra situazione indesiderabile rilevata

- **Termini relativi alla documentazione**

3.7.1 *Documento*

Informazioni con loro mezzo di supporto.

- **Termini specifici usati in ASSP**

3.8.1 *Docenti*

Esperti nella formazione, provenienti da diverse attività

3.8.2 *Tutor*

Supporto all'allievo nel processo formativo e collegamento dell'attività didattica

3.8.3. *Dispense e Materiale Didattico*

Testi forniti agli allievi quale supporto didattico

3.8.5 *Stage - Tirocini formativi*

Periodo di esperienza svolto presso un'azienda o un ente effettuato nell'ambito di un corso finanziato da ente pubblico

3.8.6 *Interventi*

Corsi ed attività di orientamento

3.8.7 *Monitorweb*

Sito interattivo della Regione Lombardia in grado di fornire indicazioni sui bandi FSE attraverso cui vengono gestiti i progetti in tempo reale mediante la creazione di un apposito dossier.

3.8.8. *Azienda*

ASSP AZIENDA SPECIALE SERVIZI ALLA PERSONA . Servizi Formativi erogati dal settore detto "Da Vinci".

### 3.2. LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

Nelle pagine seguenti del presente Manuale e nelle Procedure ad esso collegate, si fa uso di alcune abbreviazioni, che vengono di seguito riportate con il loro significato (suddivise in abbreviazioni generiche e abbreviazioni dei nomi di posizioni aziendali).

ABBREVIAZIONI GENERICHE:

<b>Nome</b>	<b>Sigla</b>
Archivio Qualità	AQ
Istruzione Operative	IO
Manuale Qualità	MQ



Moduli	MD
Procedure	PR
Sistema Qualità	SQ

ABBREVIAZIONI DI NOMI DI POSIZIONI AZIENDALI:

**Sigla**      **FUNZIONI**

CDA	Consiglio di amministrazione (quando non presente interviene Giunta Comunale)
PRE	Presidente
DRG	Direttore Generale
DIR	Vice Direttore
RGQ	Responsabile Gestione Qualità
COR	Coordinatore attività formative e Responsabile corsi
ORI	Responsabile orientamento non finanziato
SGR	Responsabile della Segreteria
AMM	Responsabile amministrativo

**3.3. PROCEDURE COLLEGATE**

Nessuna.

**3.4. ALLEGATI**

Nessuno



## **SEZIONE 4**

# **SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ**



#### 4.1. REQUISITI GENERALI

ASSP ha definito un Sistema di Gestione della Qualità, affidando a RGQ la responsabilità di:

1. assicurare l'applicazione e il controllo del sistema
2. tenere aggiornata la documentazione del sistema
3. provvedere alla sua distribuzione

il tutto nell'ambito del più completo rispetto delle norme internazionali UNI EN ISO 9001:2008.

La Direzione ha comunque la responsabilità del controllo sul sistema e del continuo miglioramento della sua efficacia, attraverso:

1. la rilevazione e misurazione dei vari elementi
2. l'individuazione degli obiettivi di miglioramento
3. la scelta di soluzioni per conseguirli
4. la verifica dei risultati conseguiti da ogni azione e il monitoraggio della sua applicazione

##### 4.1.1 Identificazione ed interazione dei processi

DIR, con la collaborazione di RGQ, ha individuato i diversi processi aziendali suddividendoli in:

- Processi primari
  1. Raccolta requisiti del mercato, dei committenti dei corsi e/o del finanziatore dei corsi
  2. Progettazione, sviluppo e promozione di corsi/interventi di orientamento
  3. Scelta e valutazione dei docenti
  4. Erogazione dei corsi/interventi di orientamento
  5. Rendicontazione dei corsi/interventi di orientamento finanziati
- Processi di supporto
  1. Riesame della Direzione
  2. Gestione delle risorse umane e tecniche
  3. Verifiche ispettive interne
  4. Acquisto prodotti e servizi vari
  5. Qualifica e sorveglianza dei fornitori di prodotti e servizi vari
  6. Gestione delle Non Conformità, Azioni Correttive e Preventive
  7. Gestione del miglioramento



8. Misurazione della soddisfazione dei clienti e dei partecipanti ai corsi, seminari, convegni
9. Gestione della documentazione

Per ciascuno dei processi sopra elencati, DIR ha individuato gli elementi di input/output, le specifiche attività, le responsabilità, la sequenza, nonché le criticità che si possono generare.

DIR ha inoltre provveduto a definire le responsabilità, modalità operative, disponibilità delle risorse e fornitura delle informazioni atte ad assicurare uno svolgimento efficace e controllato dei vari processi aziendali (vedi successive Sezioni del Manuale).

L'allegato 1 riporta lo schema generale delle interazione tra i processi. Alla sezione 7 sono allegati gli schemi dei singoli processi.

Le responsabilità e modalità operative definite per tenere sotto controllo i processi sopracitati sono precisate nel paragrafo che segue.

ASSP può esternalizzare fasi dello sviluppo della realizzazione delle iniziative a società esterne tenendo però sotto controllo l'intero processo. Ciò avviene attraverso:

- a. Controllo requisiti in ingresso (certificazione di qualità ISO 9001; referenze adeguate, procedure e controlli allineate a quelle previste in ASSP, )
- b. Controllo durante le fasi di realizzazione
- c. Applicazione di indicatori di performance

ASSP ha deciso di esternalizzare il processo relativo alla docenza in aula. Tale processo nella fattispecie influenza la conformità del servizio finale ed è per tale ragione che ASSP tiene sotto controllo l'intero processo.

Le fasi di lavoro per raggiungere questo fine sono le seguenti:

- Esame dei docenti nuovi (in fase iniziale: validazione CV ed eventuali colloqui)
- Controllo delle prestazioni durante l'erogazione (Verifiche in aula)
- Valutazione in rapporto a tali prestazioni (monitoraggio soddisfazione allievi, rapporto finale COR/ORI e sintesi verifiche in aula)

#### 4.1.2 Monitoraggio e miglioramento dei processi

La responsabilità del monitoraggio dei vari processi è attribuita alle funzioni competenti secondo la matrice sotto riportata.

PROCESSO	ESEGUE	PARTECIPA	DECIDE
----------	--------	-----------	--------



Raccolta requisiti del mercato e	COR		DIR
Scelta dei docenti	COR		DIR
Progettazione iniziative non finanziate	Resp ipotesi progettuale COR/ORI		DIR/COR
Sviluppo iniziative non finanziate	COR/ORI	COR	DIR
Collaborazioni esterne	COR		DIR
Erogazione iniziative non finanziate	DOC	COR/ORI	DIR
Monitoraggio e misurazioni	RGQ		DIR

Sulla base del monitoraggio sopra descritto DIR, in sede di riesame del Sistema Qualità o, quando opportuno, con piani specifici, definisce separatamente per ogni singolo processo e/o servizio le azioni necessarie ad ottenere i risultati pianificati (vedi Cap. 5.4 e Cap. 7.1) e gli obiettivi di miglioramento, verificandone il conseguimento nei tempi programmati (vedi Cap, 8.5).

## 4.2. DOCUMENTAZIONE

### 4.2.1 Documentazione del Sistema

La documentazione del sistema comprende:

1. dichiarazione della politica per la qualità
2. manuale della qualità (MQ)
3. procedure (PR)
4. istruzioni operative (IO)
5. documenti di registrazione della qualità (MD)
6. documentazione di origine esterna

### 4.2.2 Manuale della qualità

Il presente Manuale dà una descrizione generale del Sistema Qualità di ASSP, comprendente anche:

1. il campo di applicazione del sistema (Cap. 1.3)
2. uno schema generale di flusso dei processi (Sez. 4)
3. il riferimento alle procedure documentate, che si trova in ogni sezione, potendo una procedura essere riferibile a più parti del Manuale

Le attività descritte nel presente Manuale devono essere svolte in accordo con altri documenti scritti, conformi alle norme applicabili, ai quali fare riferimento qualora il Manuale stesso non fornisca già una istruzione completa. Si tratta di:

- procedure
- istruzioni operative





che sono state e saranno costantemente sviluppate e aggiornate, secondo le esigenze di conoscenza e dettaglio necessarie al personale aziendale.

Ogni sezione del presente Manuale riporta le PR attraverso le quali vengono definite le modalità di attuazione del capitolo stesso.

#### 4.2.3 Gestione dei documenti del sistema

Il manuale ed ogni procedura sono firmati dal Direttore quale approvazione del loro contenuto. Essi sono firmati anche da RGQ quale assicurazione della loro conformità alle norme di riferimento.

La distribuzione del manuale, delle procedure e delle istruzioni operative avviene in forma controllata.

RGQ inserisce all'interno di un'area protetta del sistema informatico tutti i documenti del sistema qualità di ASSP. A tale area ha accesso in sola lettura, tramite password, solo il personale di ASSP. RGQ è responsabile della presenza in tale area delle versioni sempre aggiornate della documentazione.

Per quanto concerne la diffusione all'esterno del MQ, RGQ aggiorna l'apposita lista di inoltro siglata dai riceventi a testimonianza dell'avvenuta consegna. Ogni copia è contraddistinta da un numero progressivo. RGQ conserva tale documento

In occasione di una qualsiasi modifica RGQ procede all'inserimento nell'area protetta della documentazione aggiornata ed invia al personale una apposita comunicazione via posta elettronica specificando in sintesi il tipo di modifica intervenuta e richiedendo la conferma di lettura del messaggio.

L'apertura del messaggio attesta l'avvenuta ricezione e lettura da parte del destinatario.

Ogni successiva modifica del manuale o delle procedure, evidenziata usando un colore diverso per i periodi modificati, è registrata sinteticamente nella "Lista di Revisione"

Una copia di ciascun documento revisionato è conservata (archivio storico) da RGQ. L'iter di redazione, verifica, approvazione e distribuzione è regolato dalle stesse responsabilità della prima edizione.

I documenti di origine esterna (leggi, regolamenti, ecc.) vengono gestiti da RGQ che:

- ne assicura lo stato di aggiornamento
- provvede alla loro distribuzione a coloro che li devono utilizzare o consultare

#### 4.2.4 Gestione dei documenti di registrazione della qualità

I documenti di registrazione della qualità (moduli) vengono utilizzati al fine di:



- dare evidenza della conformità ai requisiti specificati
- ricavare informazioni di rintracciabilità per gli interventi di miglioramento sul servizio, sul processo e sul sistema qualità
- fornire dati da analizzare in sede di azioni di miglioramento.

Tutte le registrazioni dei dati relativi alla qualità vengono effettuate su moduli standard o su elaborati informatici.

Ciascuna funzione può proporre l'introduzione di nuovi moduli o modifiche ai moduli esistenti. Di tutti i MD viene tenuto a cura di RGQ un elenco aggiornato che riporta i riferimenti alle Procedure o Istruzioni Operative cui si riferiscono e che specifica il numero e la data di revisione. La firma di COR sull'elenco moduli vale come approvazione dei moduli stessi e autorizza RGQ alla necessaria informatizzazione.

Un modulo "standard" prevede:

Formato UNI, possibilmente A4

Intestazione aziendale

Titolo del modulo

Numero di revisione numero di codice del modulo (MD...)

I moduli compilati, gli elaborati informatici e i documenti del Sistema Qualità vengono archiviati. Ogni procedura indica la responsabilità ed i tempi di archiviazione dei documenti relativi alla procedura medesima.

I dati sono conservati nel sistema informatico. Giornalmente, i pc in rete, automaticamente effettuato il back up dei dati, anche delle mail, su di una stazione isolata che archivia i dati per un mese.

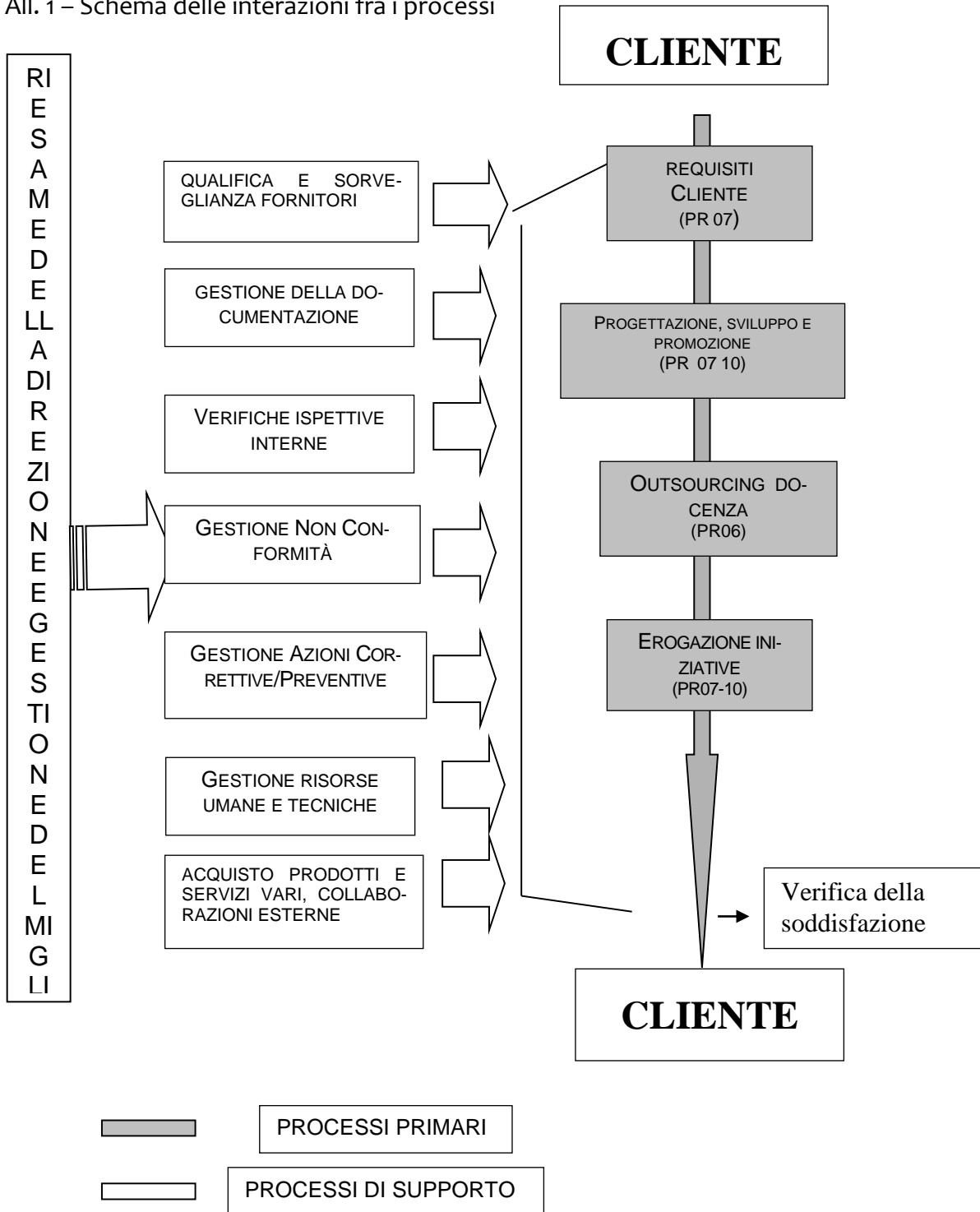
Il sistema è protetto con password di accensione per ciascuna postazione e con antivirus, anche per gli accessi ad Internet e per le E-mail.

#### **4.3. PROCEDURE DI RIFERIMENTO**

PR01 – Guida alla gestione e registrazione dei documenti

#### 4.4. ALLEGATI

All. 1 – Schema delle interazioni fra i processi





## **SEZIONE 5**

# **RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE**



## 5.1. IMPEGNO PER LA DIREZIONE

DIR con il presente Manuale della Qualità intende fornire evidenza oggettiva del suo impegno per l'adeguamento del Sistema Qualità aziendale, nel rispetto della norma UNI EN ISO 9001:2008, e per la sorveglianza sulla sua sistematica e generale applicazione ed efficacia.

Operativamente tale impegno:

- è stato e verrà ulteriormente comunicato agli appartenenti all'organizzazione, sottolineando l'importanza di ottemperare ai requisiti del Cliente ed alle norme cogenti attraverso specifici riferimenti nelle singole procedure.
- è concretizzato con la formulazione della politica e degli obiettivi per la qualità (vedi Cap. 5.6)
- viene periodicamente ribadito con lo svolgimento del riesame della direzione (vedi Cap. 5.6)
- ne viene data ulteriore dimostrazione attraverso la sistematica valutazione dei fabbisogni dell'azienda con il conseguente reperimento ed assegnazione delle risorse (umane, economiche ed infrastrutturali) necessarie al raggiungimento degli obiettivi fissati con la politica della qualità (vedi Sezione 6).

## 5.2. ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

Ritenendo la soddisfazione e la fidelizzazione del Cliente obiettivo fondamentale per il successo ed il miglioramento dell'immagine di ASSP, DIR ha definito le attività "critiche" per il raggiungimento degli obiettivi sopra menzionati, fissandone le corrette modalità di svolgimento.

Più specificamente, ASSP definisce come suoi clienti:

- lo studente, quale destinatario immediato delle attività didattiche, educative e formative svolte dall'istituto;
- la famiglia, quale soggetto "azionista" della scuola, in quanto in essa investe risorse materiali ed immateriali, al fine di garantire un futuro del familiare interessato;
- i collaboratori (dipendenti e non), quali attori e destinatari contemporaneamente delle molteplici attività dell'istituto;
- le aziende, quali fruitori dei risultati del processo formativo ed educativo realizzato;
- la comunità, che dal buon funzionamento dell'iter formativo ed educativo, si attende cittadini capaci e consapevoli di partecipare alla vita sociale del nucleo;
- le istituzioni, cui sono rivolti i risultati di numerosi processi dell'istituto, quali ad esempio l'amministrazione e le analisi statistiche periodiche a livello nazionale.

Tali modalità e le associate responsabilità sono dettagliatamente descritte nei capitoli del manuale sottoelencati (eventualmente integrati con i documenti in essi richiamati):



Cap. 7.2 - Processi relativi al Cliente  
Cap. 8.2.1 - Soddisfazione del Cliente  
Cap. 8.4 - Analisi dei dati



### 5.3. POLITICA PER LA QUALITÀ

#### 5.3.1 Dichiarazione della politica per la qualità

La Direzione di ASSP ha definito una "Politica per la qualità".

#### 5.3.2 Comunicazioni e aggiornamento

La politica della qualità viene resa nota attraverso:

1. l'inserimento nel sistema informatico, nell'apposita area protetta e riservata alla Qualità, della dichiarazione sopra riportata nella sua forma aggiornata
2. la spiegazione della medesima in corsi di formazione ad hoc

La medesima dichiarazione può essere inserita all'interno del Sito Internet del Comune nell'area dedicata a di ASSP su decisione della Direzione ed esposta presso la sede dell'azienda.

In occasione di ogni riesame della Direzione tale dichiarazione viene ripresa in esame e, se necessario o utile, aggiornata, al fine di verificarne lo stato di attuazione, l'attualità dei suoi contenuti rispetto alla missione ed alla strategia generale di ASSP ed il grado di raggiungimento degli obiettivi quantificati per il periodo in esame.

Quando la dichiarazione viene modificata si provvede all'aggiornamento del documento nell'area qualità del sistema informatico.

### 5.4. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA

#### 5.4.1 Obiettivi per la qualità

Con la sistematica applicazione degli adempimenti previsti dai documenti prescrittivi del Sistema Qualità aziendale, ogni addetto viene responsabilizzato sugli obiettivi di qualità che sono di sua competenza.

Gli obiettivi di ASSP si suddividono in due categorie:

- obiettivi strategici o di lungo periodo
- obiettivi tattici relativi al miglioramento dell'efficacia ed efficienza dei processi attivati

Ogni obiettivo è pianificato in modo da essere misurato e gestito con estrema facilità e prontezza operativa.

La pianificazione degli obiettivi di lungo periodo o strategici avviene a livello del CDA, che emana gli indirizzi verso il quale si deve orientare ASSP attraverso la redazione di delibere di indirizzo.



Di conseguenza la direzione di ASSP trasforma le indicazioni del CDA in linee guida riportate nella Politica della Qualità, che rappresenta il termine di pianificazione strategico.

Gli obiettivi di lungo periodo generano una serie di obiettivi operativi di breve periodo, che vengono definiti in sede di riunione della direzione nel piano di miglioramento (contenuto nel verbale della direzione) e monitorati secondo quanto definito in PR09 (definizione indici e report)

Il raggiungimento dell'obiettivo indicato in sede di riunione della direzione, è legato alla corretta pianificazione degli step procedurali che consentono, mediante l'attività delle persone e l'investimento di risorse finanziarie, di raggiungere il fine preposto.

Al fine di poter al meglio pianificare le attività legate al raggiungimento degli obiettivi di breve e lungo periodo, ASSP adotta un sistema di agevolazione della pianificazione basato sui seguenti principi:

- identificazione chiara degli obiettivi di lungo periodo;
- identificazione dei sotto-obiettivi di breve periodo funzionali al raggiungimento dei primi;
- identificazione dei passi per il raggiungimento degli obiettivi di breve e poi lungo periodo;
- assegnazione delle responsabilità generali e particolari;
- assegnazione delle risorse umane e finanziarie ad ogni piano;
- assegnazione del momento di inizio e di fine di ogni piano;
- identificazione dei controlli in itinere per verificare la correttezza della strada scelta;
- registrazione di ogni attività fondamentale.

#### 5.4.1.1 Obiettivi inerenti ai requisiti del prodotto e/o servizio

Con il presente Manuale, DIR ha definito (vedi Cap. 7.1) le responsabilità e le modalità operative con cui vengono individuati e sorvegliati gli obiettivi per la qualità inerenti ai requisiti del prodotto e/o servizio.

#### 5.4.1.2. Obiettivi di miglioramento nell'efficacia del sistema di qualità aziendale

In coerenza alla strategia definita con la Politica per la Qualità, DIR discute e concorda periodicamente con RGQ e i responsabili delle varie funzioni un piano di miglioramento in cui sono evidenziati gli obiettivi per la qualità di pertinenza di ogni attività.

Ogni obiettivo è collegato ad uno o più indicatori misurabili, attraverso i quali DIR e RGQ possono valutare il grado di realizzazione del piano stesso e decidere di adottare eventuali Azioni Correttive e/o Preventive (vedi Cap. 8.5).

#### 5.4.2. Pianificazione del sistema

Il presente Manuale e le Procedure costituiscono la pianificazione del Sistema di Gestione della Qualità. In essi sono infatti predisposti:





1. le istruzioni di lavoro per le diverse attività
2. i controlli da effettuare e le relative modalità
3. le responsabilità connesse
4. i parametri di riferimento per gli obiettivi di qualità, la cui entità è definita di volta in volta nel corso del Riesame della Direzione

Lo strumento che ASSP utilizza per attuare la pianificazione del sistema di gestione della qualità è rappresentato dal Piano di miglioramento che, inserito nel Verbale della direzione, è formato da:

- definizione tipologica obiettivi
- caratteristiche pianificazione in opera;
- successione attività da eseguire (cronologia);
- tempi di attuazione (tempo di inizio e tempo di fine);
- identificazione dei responsabili di ogni attività;
- verifica e riesame.

La pianificazione del sistema è di norma annuale, ma può anche considerare eventi estesi in più anni.

L'integrità del sistema è garantita da RGQ, che gestisce ogni modifica alla documentazione e dalla Direzione che approva tali documenti.

La matrice sotto riportata indica i riferimenti per i diversi processi

PROCESSO	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	
	MQ	PR
Definizione dei requisiti del prodotto	7.2 -7.5	07
Erogazione corsi /iniziative non finanziate	7.5	07
Collaborazioni esterne	7.5	10
Progettazione corsi/iniziative non finanziate	7.3	07
Gestione delle risorse umane e strumentali	6.1 – 6.2 – 6.3 – 6.4	03
Acquisto di prodotti e servizi vari	7.4	05
Outsourcing servizi di docenza	7.4	06
Outsourcing collaborazioni per attività accessorie	7.4	10
Outsourcing collaborazioni per attività fondamentali	7.4	10
Misurazione della soddisfazione Cliente	8.2	07 09
Gestione dei documenti e dei dati	4.2	01
Riesame della Direzione	5.6	MQ
Verifiche ispettive interne	8.2	02
Gestione delle Non Conformità	8.3	04
Gestione Azioni Correttive e Preventive	8.5	04
Gestione comunicazioni su efficacia del sistema Qualità	5.5	MQ 09



## 5.5. RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE

### 5.5.1 Responsabilità e autorità

L'organizzazione generale di ASSP e le responsabilità in termini di gestione della qualità, sono schematizzate da un Organigramma e dalle relative Descrizioni delle Mansioni (All 1 e 2)

Tali elementi sono qui inseriti indicando le sole funzioni, non le persone ad esse preposte. Un organigramma recante il nome delle persone è tenuto aggiornato a cura di RGQ, il quale lo rende disponibile a tutto il personale inserendolo nel sistema informatico, nell'apposita area protetta e riservata alla Qualità.

### 5.5.2 Rappresentante della Direzione

La Direzione dà mandato al RGQ di definire, realizzare e verificare lo sviluppo del Sistema Qualità, così come previsto dalle norme di certificazione.

Egli ha completa autorità per applicare e mantenere integro ed efficiente il Sistema Qualità, per il quale risponde direttamente a **DGR**.

Sono suoi i seguenti compiti:

1. promuovere la conoscenza e la consapevolezza del personale in materia di qualità e di ottemperanza ai requisiti del cliente
2. riferire alla Direzione sull'andamento del sistema e sui risultati ottenuti
3. tenere i contatti con gli enti esterni su argomenti riguardanti il Sistema Qualità
4. intervenire in caso di processi fuori controllo, chiedendone l'interruzione immediata e informandone subito la Direzione.

### 5.5.3 Comunicazioni interne

Le comunicazioni interne relative ai requisiti ed agli adempimenti per la Gestione della Qualità sono prevalentemente costituite da Procedure documentate ed Istruzioni Operative distribuite in forma controllata (vedi Cap. 4.2).

Le responsabilità e modalità di comunicazione interne all'azienda circa i vari processi di erogazione del servizio sono definite, per quanto necessario, nei vari Capitoli di pertinenza della Sezione 7 e Procedure collegate.

Per quanto attiene all'applicazione ed all'efficacia del Sistema Qualità aziendale, **DGR** ha dato mandato a RGQ di informare tutti i collaboratori sui principali parametri di valutazione quali il rilevamento di Non Conformità, l'esito delle Azioni Correttive/Preventive, le risultanze delle Verifiche Ispettive, l'andamento degli indicatori di Qualità (vedi Cap. 5.4), la criticità nelle interazioni dei processi ed altre informazioni specifiche (Rapporto RGQ al Riesame della Direzione).



Le comunicazioni sopradescritte, sotto forma di Verbale, sono realizzate con frequenza almeno annuale.

## 5.6. RIESAME DEL VERTICE DELL'ORGANIZZAZIONE

Prima di ogni riunione di riesame, **DGR** richiede a RGQ di fornire un rapporto completo sull'attività svolta e sui problemi da risolvere, allo scopo di verificare il livello di sviluppo del SQ e attivare le decisioni e gli investimenti necessari.

Il rapporto concerne:

1. risultati delle verifiche ispettive sia interne che da parte dell'ente di Certificazione
2. elenco delle non conformità riscontrate, analisi ed esiti
3. stato ed esiti delle azioni correttive/preventive intraprese
4. numero dei reclami dei clienti con analisi ed esiti
5. lo stato e i risultati degli obiettivi per la qualità e delle attività di miglioramento
6. risultati delle indagini sulla soddisfazione del Cliente
7. aggiornamento della tabella delle competenze professionali eventuali proposte di modifica del Sistema Qualità indotte da previste variazioni nei prodotti o processi aziendali ovvero da suggerimenti interni e/o esterni
8. sintesi dei dati su processi e/o servizi raccolti nel periodo
9. risultati ottenuti dalle azioni pianificate nel riesame precedente
10. proposte per le azioni di miglioramento da attivare a cura della Direzione.

**DGR con DIR** congiuntamente con RGQ e con i responsabili delle funzioni aziendali esamina il rapporto suddetto verificando e decidendo su questi elementi:

1. i contenuti della Politica per la Qualità per accertarne l'attualità e congruenza con la strategia generale dell'azienda
2. il livello di qualità dei prodotti/servizi forniti con eventuali programmi di miglioramento in funzione ai requisiti del Cliente
3. l'adeguatezza delle risorse economiche, umane e strumentali rispetto agli obiettivi definiti
4. l'adeguatezza ed efficacia del Sistema Qualità (struttura organizzativa, grado di applicazione, conformità ai requisiti specificati) con definizione di eventuali programmi di miglioramento anche in funzione alle variazioni pianificate per i servizi e/o processi aziendali
5. la realizzazione degli interventi di miglioramento programmati nel periodo precedente (o lo stato di avanzamento dei lavori se l'intervento non è ancora concluso)
6. l'andamento degli indicatori di qualità in relazione agli obiettivi quantificati per il periodo precedente
7. la definizione dei nuovi obiettivi per il periodo successivo

Una sintesi delle analisi effettuate e delle decisioni prese viene registrata nel verbale di Riesame della Direzione.



Il riesame è svolto sistematicamente una volta l'anno, tuttavia la Direzione può effettuare un riesame in qualsiasi momento ritenga opportuno.

*Dati di ingresso per il riesame*

- Risultati verifiche ispettive interne.
- Dati di ritorno sulla soddisfazione dei discenti inclusi i reclami.
- Analisi territorio
- Prestazioni dei processi attivati.
- Azioni correttive e Preventive attuate.
- Azioni di qualsiasi tipo a seguire da precedenti riesami.
- Proposte di modifica al sistema necessarie.
- Raccomandazioni e proposte di miglioramento da parte dei responsabili di funzione.

*Dati di uscita del riesame*

- Revisioni della politica della qualità sulla base dei nuovi indirizzi della direzione e definizione dei nuovi obiettivi.
- Piani di miglioramento
- Indicazioni su modifiche/miglioramenti da apportare al sistema.
- Pianificazione verifiche ispettive interne.
- Pianificazione della formazione da parte dei docenti, quando possibile.
- Esigenze di acquisizione di nuove risorse.

## **5.7. PROCEDURE DI RIFERIMENTO**

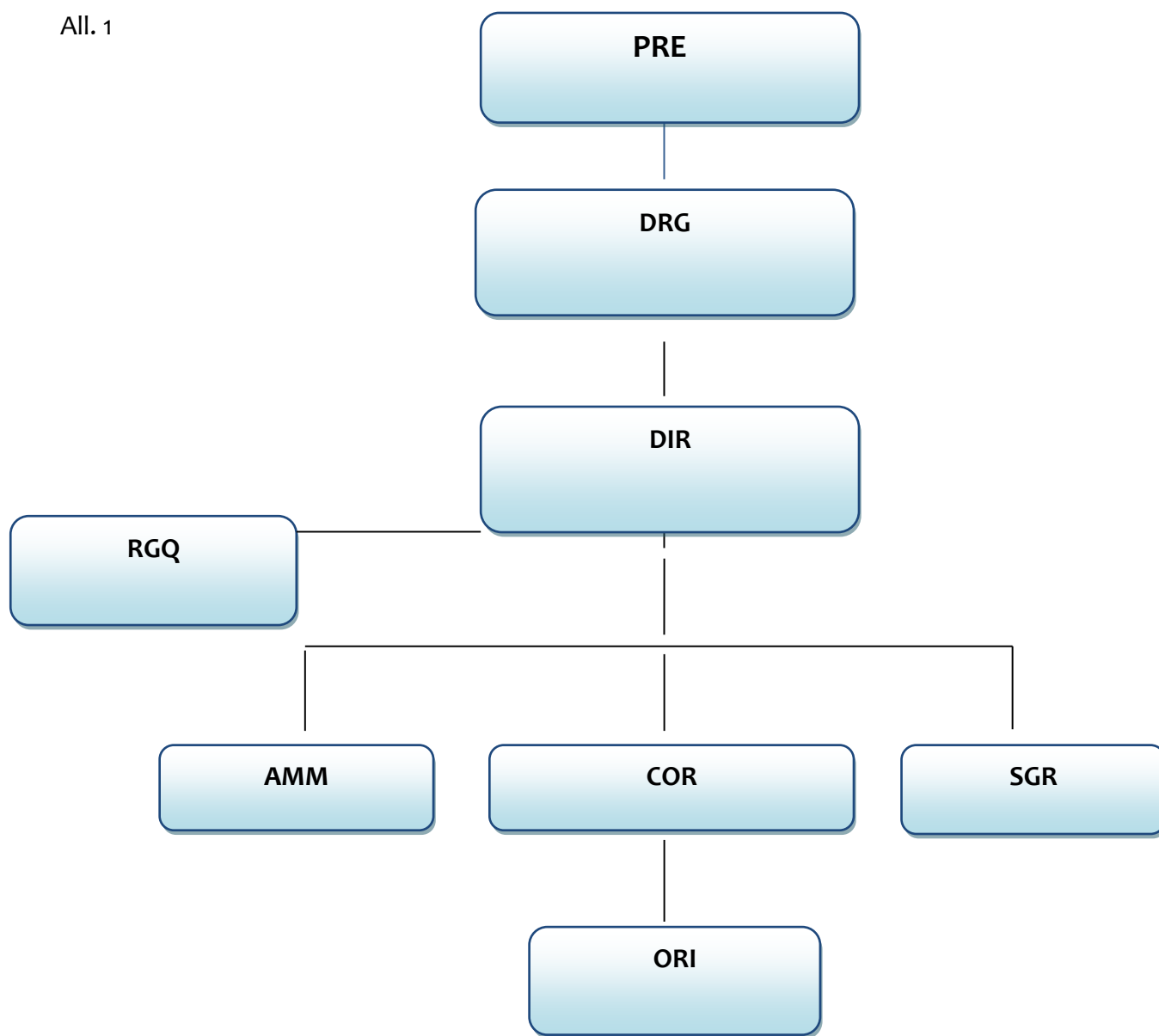
PR09- Monitoraggio e miglioramento continuo

## **5.8. ALLEGATI**

1. Funzionigramma
2. Descrizione delle principali mansioni



All. 1



**PRE (Presidente dell'Azienda)**

**Funzione:** presiede il CdA

**Compiti:**

- sovraintendere all'attuazione delle linee di indirizzo del Consiglio di amministrazione dell'Azienda
- convocare e presiedere il Consiglio di Amministrazione
- deliberare, in caso di urgenza, su argomenti di competenza del Consiglio, salvo ratifica dello stesso



### **DRG (Direttore Generale)**

**Funzione:** rappresentare legalmente l'Azienda, assicurare il funzionamento dell'azienda dando esecuzione alle decisioni del CdA e del Presidente nel rispetto del sistema qualità applicato in collaborazione con DIR.

#### **Compiti:**

- partecipare alle riunioni del CdA
- gestire relazioni e ricercare collaborazioni in ambito regionale e locale in collaborazione con DIR
- decidere gli investimenti necessari allo sviluppo dell'azienda e seguirne la realizzazione
- gestire il personale, curandone lo sviluppo professionale anche tramite la formazione interna ed esterna, individuando e sviluppando le potenzialità soggettive
- firmare i mandati di pagamento e le reversali di incasso (con firma disgiunta con DIR)
- approvare la documentazione a rilevanza esterna relativa all'attività dell'azienda
- aggiudicare le forniture di beni e servizi, stipulare contratti e conferire incarichi nel rispetto della normativa statutaria
- convocare riunioni periodiche al fine di verificare lo stato di attuazione del programma di attività dell'Azienda in collaborazione con DIR
- approvare la documentazione da inviare agli organi di stampa

### **DIR (Vice Direttore dell'Azienda)**

**Funzione:** assicurare il funzionamento dell'azienda dando esecuzione alle decisioni del CdA e del Presidente nel rispetto del sistema qualità applicato, in collaborazione con DRG.

#### **Compiti:**

- gestire relazioni e ricercare collaborazioni in ambito regionale e locale in collaborazione con DGR
- coordinare le attività dei responsabili operativi indicando gli obiettivi di medio e lungo termine
- gestire il costante aggiornamento del Sistema Qualità per assicurarne l'adeguamento e l'efficacia nel tempo
- valutare, a cadenze prefissate, i risultati delle verifiche ispettive interne della qualità e dei provvedimenti presi a fronte delle non conformità
- convocare riunioni periodiche al fine di verificare lo stato di attuazione del programma di attività dell'Azienda in collaborazione con DRG
- firmare gli atti e i documenti inerenti gli adempimenti previdenziali e fiscali (con firma disgiunta con DGR)
- firmare i mandati di pagamento e le reversali di incasso (con firma disgiunta con DIR)

### **RGQ (Responsabile Gestione Qualità)**



**Funzione:** realizzare e gestire il sistema di accreditamento e di qualità dell'istituto

**Compiti:**

- predisporre e conservare la documentazione richiesta per l'Accreditamento degli enti di formazione presso la Regione Lombardia
- predisporre la documentazione del Sistema Qualità e tenerla costantemente aggiornata
- provvedere alla corretta distribuzione di tale documentazione
- gestire la documentazione esterna inerente a leggi, bandi, regolamenti di enti finanziatori di formazione e diffonderla agli interessati
- assicurare l'applicazione delle procedure, effettuando o facendo effettuare le verifiche ispettive interne
- gestire le non conformità e monitorare le azioni correttive e preventive
- riferire al Direttore in merito all'andamento del Sistema Qualità e comunicare l'eventuale necessità di interventi urgenti di sistema
- verbalizzare le riunioni di riesame da parte della Direzione
- tenere i rapporti con gli enti esterni per i problemi del Sistema Qualità (Auditors, consulenti, ...)
- curare l'aggiornamento delle banche dati di competenza

**COR (Coordinatore attività e Responsabile corsi)**

**Funzione:** coordinare tutte le attività dell'azienda e gestire operativamente le diverse fasi di sviluppo del corso affidato.

**Compiti:**

- sostituire il Direttore in caso di assenza o impedimento
- individuare, d'intesa con il direttore, i responsabili delle singole iniziative
- formulare e definire con la Direzione gli standard di progettazione
- coordinare la formulazione dei progetti evitando duplicazioni e sovrapposizioni
- controllare e verificare i progetti presentati assicurandone la conformità alle richieste del committente
- diffondere al personale coinvolto le informazioni sui corsi approvati
- fornire un rapporto a DIR sui risultati dei questionari di valutazione
- monitorare l'attività dei responsabili delle singole attività formative
- coordinare l'attività didattica affidata ai tutor
- gestire l'attività di promozione di tutte le iniziative realizzate da ASSP (invio di comunicati agli organi di stampa e al portale, mailing list mirate...)
- predisporre gli aggiornamenti del sito Internet di ASSP
- coordinare ed eventualmente eseguire la selezione degli allievi
- pianificare il corso attraverso la progettazione esecutiva
- gestire le risorse, risolvendo i problemi contingenti
- organizzare gli eventuali stage presso le aziende
- gestire e distribuire il materiale didattico



- gestire le aule e loro dotazioni
- predisporre le lettere di incarico ai docenti/relatori
- riferire periodicamente sullo svolgimento del corso
- controllare note e fatture con l'addetto alla contabilità
- monitorare la soddisfazione dei partecipanti e dei committenti e riferire a DIR
- redigere la relazione di fine corso
- monitorare le risorse del corso (docenti, materiali, attrezzature)
- risolvere quotidianamente i problemi contingenti del corso
- redigere la relazione di fine corso

### **ORI (Responsabile Orientamento)**

**Funzione:** pianificare, organizzare, gestire l'attività di orientamento **Compiti:**

- procedere all'analisi dei fabbisogni del territorio
- progettare e gestire le iniziative di orientamento
- monitorare la soddisfazione dei partecipanti e dei committenti

### **SGR (Responsabile Segreteria)**

**Funzione:** gestire la segreteria didattica dell'Istituto

**Compiti:**

- curare l'accoglienza dell'utenza effettiva e potenziale
- fornire le informazioni sui servizi erogati da ASSP
- indirizzare le richieste dell'utenza verso le persone competenti all'interno della struttura

### **AMM(Responsabile Amministrativo)**

**Funzioni:** coordinare la gestione della contabilità e controllare gli adempimenti amministrativo-contabili e fiscali, gestire operativamente la tenuta della contabilità, la rendicontazione e l'elaborazione dei dati economico – finanziari relativi ai progetti formativi, controllare bene e servizi ai fini della valutazione dei fornitori

**Compiti:**

- espletare le attività legate alla definizione del bilancio di previsione e del conto consuntivo
- coordinare e supervisionare il controllo economico fornendo i dati appropriati a chi deve prendere decisioni
- controllare la correttezza formale dei documenti contabili e la loro corretta imputazione
- tenere i rapporti con i revisori contabili
- garantire l'applicazione delle procedure informatiche definite a livello camerale
- verificare la correttezza delle rendicontazioni/certificazioni di spesa prima dell'inoltro agli enti finanziatori





- provvedere agli adempimenti assicurativi e previdenziali connessi alla gestione del personale
- tenere i rapporti il servizio esterno di tenuta paghe
- tenere i rapporti con lo studio esterno che gestisce la contabilità, il libro giornale e libri obbligatori IVA
- predisporre i buoni d'ordine
- controllare con i singoli responsabili corsi le fatture, note dei fornitori inclusi i professionisti ed i docenti
- predisporre i mandati di pagamento ai fornitori nei tempi stabiliti
- gestire le operazioni di rendicontazione in collaborazione con i singoli responsabili corsi raccogliendo la documentazione da utilizzare
- controllare beni e servizi ai fini della loro valutazione



## **SEZIONE 6**

# **GESTIONE DELLE RISORSE**



## 6.1. MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

La Direzione, sulla base del programma di attività e del bilancio di previsione approvati per ogni esercizio dal Consiglio di amministrazione di ASSP, ha la responsabilità chiedere al Comune di Abbiategrasso di dotare l'azienda delle risorse necessarie per assicurare la soddisfazione dei clienti erogando un servizio conforme al sistema di qualità aziendale.

**DGR con il contributo di DIR**, identificate le esigenze operative necessarie allo svolgimento della missione aziendale nell'ambito dei requisiti definiti, alla continua ed efficace applicazione del Sistema Qualità nonché al suo miglioramento per una crescente soddisfazione dei Clienti, mette a disposizione le opportune risorse in termini di:

1. personale interno e collaboratori esterni, inclusi i docenti, competente circa le mansioni da svolgere, adeguatamente aggiornato (quando necessario) e reso consapevole del proprio ruolo per la Qualità (vedi Cap. 6.2 Risorse umane);
2. infrastrutture adeguate alle caratteristiche dei processi di realizzazione del servizio, verificate prima del loro utilizzo (vedi Cap. 6.3);
3. questionari di monitoraggio adeguati e verificati (vedi Cap. 7.6).

**DGR con il contributo di DIR** verifica periodicamente l'adeguatezza delle Risorse assegnate all'organizzazione tramite l'analisi degli elementi fornitigli da RGQ per il Riesame della Direzione (ved. Cap. 5.6).

Tramite la Politica della Qualità (ved. Cap. 5.3) e/o con le comunicazioni interne integrative (ved. Cap. 5.5), **DGR con il contributo di DIR** e/o RGQ danno le opportune indicazioni agli addetti sulle modalità con cui segnalare eventuali carenze di risorse e/o suggerimenti tesi al migliore utilizzo delle risorse disponibili.

## 6.2. RISORSE UMANE

### 6.2.1 Generalità

La particolare attività di ASSP richiede l'utilizzo di personale dipendente per le attività gestionali e di elementi esterni (docenti) per le attività di:

- progettazione ed erogazione dei corsi/interventi di orientamento non finanziati

Nell'assegnazione di compiti al personale, la Direzione persegue l'obiettivo di valersi di risorse competenti ed adeguate al lavoro da svolgere e consapevoli del loro ruolo, ai fini della qualità e della soddisfazione del cliente.



Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la selezione di personale idoneo, sulla base di profili scritti ed aggiornati con l'esperienza raccolta, e sulla base di idonea formazione.

Il personale è anche edotto e reso consapevole dell'importanza della qualità e della soddisfazione del cliente.

#### 6.2.2 Competenza, consapevolezza e addestramento

Per ogni posizione che richiede una specifica preparazione, la Direzione definisce il profilo adeguato. RGQ raccoglie e tiene aggiornati questi profili.

Essi sono utilizzati per la selezione del nuovo personale, per la sua mobilità, per la preparazione dei piani di formazione, per l'assegnazione di incarichi di docenza.

Se un collaboratore/operatore, pur non rispondendo totalmente al profilo stabilito, è tuttavia ritenuta adatta alla mansione da ricoprire, DIR motivando approva la deroga. Tali elementi sono riportati nella scheda della persona.

Le esigenze di formazione e addestramento per la qualità sono espresse da RGQ e nascono dal confronto tra i profili e le schede di ciascuno.

La formazione può avvenire attraverso corsi organizzati internamente oppure presso enti esterni specializzati.

Per ogni intervento di formazione, DIR effettua una valutazione dei risultati conseguiti, ossia il miglioramento professionale avvenuto nella persona che ha partecipato alla formazione.

Ogni intervento di formazione o di addestramento è riportato su appositi moduli che ne registrano caratteristiche e risultati. Essi sono archiviati e disponibili per ulteriori consultazioni.

RGQ inoltre, per ogni dipendente che occupa una posizione interessata al Sistema Qualità, aggiorna una scheda professionale, che tiene per tutta la durata del rapporto di lavoro.

### 6.3. INFRASTRUTTURE

La Direzione provvede ad assicurare infrastrutture tali da garantire la qualità del lavoro svolto.

#### 6.3.1 Assegnazione delle infrastrutture

Le infrastrutture di ASSP di proprietà o in locazione sono adeguate alle esigenze di formazione ed addestramento richiesti dall'attività prevalente del centro.



Ogni aula di insegnamento è corredata dalle opportune documentazioni sulla sicurezza e sulla gestione dei rischi da incendio.(requisiti vincolanti)

Le principali infrastrutture messe a disposizione del personale per lo svolgimento della missione aziendale, sono:

- sede/uffici – sono situati in locali messi a disposizione dal Comune di Abbiategrasso, che ne è proprietario. La manutenzione dei PC, degli estintori e i servizi di pulizia sono a carico di ASSP
- aule, – si svolgono sia presso strutture messe a disposizione da parte del Comune di Abbiategrasso sia presso strutture esterne.
- sistema informatico - il sistema comprende una postazione informatica per ciascun dipendente di ASSP , dotata di password di accensione e del software necessario e aggiornato. È assicurato il collegamento a Internet e il collegamento in rete
- attrezzature e servizi di supporto – le aule presso ASSP sono dotate delle attrezzature didattiche di base (lavagne a fogli mobili e lavagne luminose). Altre aule reperite presso terzi, sono dotate delle attrezzature di volta in volta richieste
- servizi –per quanto concerne le aule di terzi, le specifiche di fornitura sono inserite nelle convenzioni firmate di volta in volta, da DIR

Prima di affittare un locale per corsi o interventi di orientamento un incaricato della Direzione provvede a valutare l'adeguatezza delle infrastrutture. Nel caso di utilizzi ripetitivi delle stesse strutture, la valutazione è ripetuta almeno una volta l'anno. Viene comunque sempre richiesta la dichiarazione di idoneità.

Nel caso di interventi che sono svolti presso locali di scuole, prima di firmare la convenzione/contratto, ASSP richiede l'adeguatezza dei locali alle norme sulla sicurezza.

### 6.3.2 *Manutenzione*

La manutenzione della sede e delle aule è affidata ai relativi proprietari e quella delle attrezzature è svolta dagli enti o società che le forniscono a noleggio o in comodato. Nei contratti di noleggio o comodato (convenzioni) risulta evidente che la manutenzione è a carico di chi presta il servizio stesso.

La manutenzione delle aule della sede è di competenza del Comune di Abbiategrasso.

## 6.4. AMBIENTE DI LAVORO

La qualità del lavoro svolto può essere influenzata dall'ambiente per questi elementi:



1. condizioni climatiche degli uffici e delle aule (temperatura e umidità)
2. rumorosità
3. presenza di polveri, insetti, sporcizia

**DGR** è responsabile di assicurare che le condizioni di lavoro siano idonee all'assicurazione della qualità dei servizi erogati.

In ogni riesame della Direzione, sulla base del rapporto del RGQ, si esaminano eventuali anomalie riscontrate, decidendo azioni correttive o preventive.

### **6.5. PROCEDURE DI RIFERIMENTO**

PR03 – Selezione, formazione e qualificazione del personale

PR06- Scelta e valutazione dei docenti

PR05 - Acquisto prodotti e servizi vari

### **6.6. ALLEGATI**

Nessuno



# **SEZIONE 7**

## **REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO**



## 7.1. PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

Il diagramma allegato alla Sezione 4 mostra il flusso generale dei processi di realizzazione dei servizi.

I processi sono descritti negli allegati a tale sezione.

La pianificazione è attuata utilizzando le diverse procedure che specificano le istruzioni di lavoro, i controlli e le registrazioni relative.

## 7.2. PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

### 7.2.1 Generalità – requisiti del prodotto

Prima di formulare il programma di un corso o intervento di orientamento ed emettere la relativa offerta, COR, coadiuvato dai suoi collaboratori, individua con chiarezza:

- gli input pervenuti, i requisiti formulati nella richiesta dal committente
- i requisiti non esposti dal committente, ma da lui ritenuti impliciti per il servizio richiesto
- le normative cogenti applicabili

La individuazione delle esigenze e la comprensione del contesto nel quale si dovrà operare sono alla base del processo di progettazione e di sviluppo del progetto.

### 7.2.2 Riesame

Gli elementi raccolti sono riesaminati da DIR che rileva e definisce:

- l'interesse di ASSP verso i corsi oggetto della proposta
- la fattibilità interna di tali corsi, in rapporto alle risorse, interne o esterne, disponibili (aule, docenti, materiale didattico, tempi di erogazione e durata del corso, ecc.)

Riesaminare un'ipotesi di progetto significa quindi verificare che essa contenga, al livello di dettaglio voluto, gli elementi a fronte dei quali ASSP si sente in grado di assumere obbligazioni verso i committenti.

Pertanto, qualora si verificassero discordanze fra quanto richiesto dal committente e le disponibilità e le capacità di fornitura di ASSP, si dovranno concordare con il committente stesso le modifiche da apportare, che entreranno a far parte integrante delle condizioni contrattuali proposte, oppure ASSP rinuncerà ad accettare l'incarico oppure cercherà forme collaborative con altri enti.





Il riesame è registrato con la firma, da parte di DIR, dell'ipotesi progettuale e altra documentazione prevista in ragione del corso/intervento di orientamento previsto.

### 7.2.3 Comunicazioni coi clienti

Le comunicazioni inerenti a ordini e loro eventuali modifiche avvengono sia per telefono, sia per lettera, per mail o fax. Dove si tratta di elementi impegnativi (preventivi, conferme) la comunicazione è scritta.

Le informazioni di ritorno dai clienti hanno luogo tramite le analisi di soddisfazione dei clienti e dei partecipanti e i reclami.

## 7.3. PROGETTAZIONE E SVILUPPO

### 7.3.1 Pianificazione della progettazione e sviluppo

La progettazione è lo strumento gestionale per l'ottimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia nella preparazione del corso.

I dati in ingresso del processo sono:

- informazioni provenienti dal mercato;
- informazioni provenienti dai fornitori di servizi di formazione;
- informazioni e suggerimenti provenienti dai discenti
- obiettivi da raggiungere;
- piani di miglioramento.

I dati in uscita sono:

- proposte didattiche;
- corsi formativi e di orientamento;

1. Risultati della progettazione (output);
2. Riesame della progettazione;
3. Verifica della progettazione;
4. Validazione della progettazione;

### Corsi ed attività di orientamento non finanziati

DIR, approvata l'Ipotesi Progettuale e stabilito il proseguimento con lo sviluppo del progetto, dopo aver sentito COR/ORI, definisce il responsabile dell'iniziativa. (docente responsabile della commissione didattica).

L'assegnazione è registrata sul documento Ipotesi Progettuale.



All'operatore vengono fornite tutte le indicazioni utili allo sviluppo (linee guida per la progettazione, riferimenti a progetti pregressi, modulistica e documentazione dell'ente finanziatore, ecc.)

L'iter di un nuovo progetto è seguito da DIR attraverso l'Ipotesi Progettuale, e successivi moduli che riportano tutte le fasi ed i relativi controlli (PR 07).

#### *7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo*

Gli elementi in ingresso sono costituiti dalle esigenze dei clienti, in senso ampio del termine, sia quelle specificate che quelle non specificate.

Tali elementi sono indicati nell'Ipotesi Progettuale per i corsi/attività non finanziate.

#### *7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo*

##### Dati in uscita.

Calendario delle lezioni.

Avvio dei corsi.

Verifiche.

Indice di soddisfazione del discente.

Registro del corso

Documenti

Pianificazione della Progettazione (PR07)

#### *7.3.4 Riesame, verifica e validazione della progettazione e dello sviluppo*

Gli elaborati che esprimono i risultati della progettazione vengono sottoposti al riesame e verifica per garantirne la rispondenza ai dati e requisiti di base, la correttezza tecnica, la completezza.

Il risultato di tale verifica può essere:

- approvazione del progetto
- opportunità di modifiche da apportare al progetto stesso (con la definizione dei tempi e descrizione delle modifiche)
- abbandono del progetto (con la relativa motivazione)

La validazione di un progetto è definita:

- dai risultati dei questionari compilati a fine attività. Per gli interventi di orientamento presso le scuole questi vengono fatti compilare dal docente referente in-



terno. Per gli interventi su commessa i questionari vengono fatti compilare solo dal committente.

- dal rapporto finale del responsabile dell'iniziativa, che indica eventuali carenze riscontrate e possibili miglioramenti per le future iniziative analoghe.

#### 7.3.5 Modifiche alla progettazione

Le eventuali modifiche al progetto, identificate e descritte nel fascicolo relativo, sono sottoposte preventivamente all' approvazione del cliente. Esse rientrano nella validazione finale dell'iniziativa.

### 7.4. APPROVVIGIONAMENTI

#### 7.4.1 Generalità

La politica di ASSP nei confronti dei fornitori di prodotti e servizi vari e della docenza nei corsi è orientata ad instaurare rapporti di fattiva collaborazione, verificando attentamente l' idoneità nel tempo dei fornitori stessi. (PR 05- PR06)

Si precisa che ASSP non gestisce direttamente l'acquisto dei servizi di vigilanza e di pulizia delle aule in quanto gestiti dal proprietario delle aule.

Con riferimento a tali fornitori "indiretti" ASSP si limita a controllare le forniture e a segnalare ai proprietari eventuali disservizi.

Le forniture considerate sono:

- FORNITURE DI PRODOTTI (materiale promozionale e pubblicitario, cancelleria, materiale didattico, buoni pasto, altri prodotti)
- FORNITURE DI SERVIZI (servizi grafici, fotografici, noleggio attrezzature varie, aule, servizi di formazione del personale, altri servizi)

I processi dati in outsourcing sono:

- DOCENTI (docenti -sia singoli docenti che provenienti da società di formazione)

#### 7.4.2 Richiesta di approvvigionamento e formulazione dell'ordine

A fronte di necessità di ordinare prodotti o servizi vari a fornitori, AMM compila l'ordine la cui formulazione si basa sull'offerta inviata dal fornitore la cui richiesta è effettuata da AMM stesso. Se il fornitore trasmette un'offerta verbalmente, AMM trascrive in forma scritta gli estremi dell'offerta stessa.



L'ordine firmato da **DGR o DIR**, deve essere completo di tutti i dati tecnici che consentano di definire in modo formalizzato le caratteristiche del bene o del servizio richiesto e le modalità di consegna, dirimendo all'origine qualsiasi controversia.

Per quanto riguarda sia i prodotti che i servizi e quindi anche i docenti, ASSP, segue quanto evidenziato nel regolamento aziendale.

In sintesi:

- PER BENI/SERVIZI INFERIORI A € 5.000,00: DECISIONE DI DIR CON SOLO OBBLIGO DI RENDICONTAZIONE
- PER BENI/SERVIZI TRA € 5.000,00 E € 40.000,00 : AFFIDO DIRETTO A DIR CON PASSAGGIO IN CDA
- PER BENI/SERVIZI SUPERIORI A € 40.000,00 AFFIDATI A FRONTE DI GARA

L'analisi del CV rappresenta la prima verifica delle competenze del docente e la firma di DIR la sua validazione. La scelta del docente viene operata da COR/ORI in collaborazione con DIR e **DGR** in ragione di criteri qualitativi definiti in PR a parità di punteggio qualitativo la scelta ricade sul docente economicamente più conveniente.

#### 7.4.3 Valutazione dei fornitori e verifica dei prodotti approvvigionati

La Procedura 05 definisce, per i diversi prodotti e servizi acquistati, la metodologia dei controlli ed i parametri di valutazione della fornitura.

La Procedura 06 per i docenti evidenzia la metodologia dei controlli ed i parametri di valutazione.

Non sono previste visite da parte dei clienti presso i fornitori di ASSP.

Ogni fornitore dei prodotti o servizi viene inserito a cura di AMM nella apposita Banca Dati Fornitori contenente almeno i principali dati relativi all'anagrafica e alle tipologie di prodotti e servizi acquistati.

Ogni nuovo docente è inserito nella banca dati docenti come "nuovo" e dovrà essere controllato da parte di COR attraverso una verifica in aula durante i primi giorni (tre) di corso (COR nel caso di corsi, ORI nel caso d'interventi di orientamento).

AMM, sulla base delle apposite Schede Valutazione Forniture, valuta il fornitore utilizzando la media dei giudizi espressi per le forniture nell'arco di un anno solare, dividendoli in:

- fornitori qualificati
- fornitori nuovi o accettati
- fornitori esclusi

La valutazione complessiva a fine iniziative dei docenti è fatta da COR e siglata da DIR, sulla base:

1. dei risultati dei questionari di fine corso, (allievi)



2. delle verifiche durante l'erogazione (COR/ORI)
3. tenuto conto delle relazioni di fine corso. (PR07- PR09)

I docenti vengono quindi valutati da COR e classificati come:

- Qualificato
- Non affidabile/Escluso (non verranno più utilizzati nei tre anni successivi da parte di ASSP)
- In prova (docenti dei quali non si hanno ancora le valutazioni finali in quanto i corsi non si sono ancora conclusi)

L'elenco docenti, frutto della precedente classificazione, viene compilato da COR ed inviato a AMM per aggiornare l'Elenco fornitori Da Vinci (PR05).

La valutazione del tutor è effettuata dal responsabile del corso nella relazione di fine corso (PR07).

Solo in casi particolari (talvolta affitto di aule o sale) COR o persona delegata eseguono visite presso i fornitori per effettuare controlli prima dell'acquisto. Tali controlli sono documentati attraverso rapporti.

## 7.5. EROGAZIONE DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI

### *Formazione umana e civile*

La scuola intende favorire un'adeguata maturazione dello studente attraverso:

- conoscenza di se e del mondo
- acquisizione della consapevolezza dei diritti e dei doveri che derivano dall'essere parte di una società
- sviluppo di atteggiamenti indirizzati a valori di solidarietà, di accettazione e riconoscimento dell'altro
- acquisizione di comportamenti autonomi
- educazione al rispetto dell'ambiente e del patrimonio culturale
- educazione ad affrontare la realtà
- potenziamento della capacità di capire, fare, prendere decisioni, progettare
- acquisizione dei contenuti specifici delle discipline.

### *Obiettivi*

Per realizzare ciò ASSP deve tendere a:

- realizzare progetti formativi ed educativi che interagiscano con le aziende, i lavoratori, gli enti locali, le realtà istituzionali, le associazioni e le agenzie educative e formative del territorio;
- attuare interventi mirati di formazione che favoriscano l'inserimento e o il reinserimento nel mondo del lavoro e il miglioramento della posizione lavorativa;



- far emergere le potenzialità di ogni individuo, contribuendo all'attuazione concreta del principio di pari opportunità attraverso la rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana;
- all'attenzione allo sviluppo globale dello studente, inserito in un contesto storico e sociale, rientra la valorizzazione della sua identità al fine di arricchire la conoscenza di se e i rapporti con gli altri. Pertanto si rifiuteranno quei modelli culturali contenenti messaggi che discriminino la persona in base all'appartenenza religiosa, razziale, sessuale.

#### 7.5.1 Generalità

I servizi di ASSP possono essere sintetizzati nelle seguenti categorie:

- corsi rivolti ad aspiranti imprenditori
- seminari e corsi finalizzati all'aggiornamento, qualificazione e riqualificazione di imprenditori, loro dipendenti e collaboratori, dipendenti di enti pubblici e di associazioni di categoria, professionisti
- interventi di orientamento

#### *Richiesta di collaborazione da parte di enti esterni*

##### **COLLABORAZIONE PER SERVIZI ACCESSORI**

La forte presenza sul territorio di ASSP porta società esterne di formazione a chiedere la collaborazione in attività quali:

- Promozione corsi/interventi di orientamento
- Raccolta adesioni
- Gestione e controllo aule durante i corsi/interventi formativi

Nello stesso tempo ASSP può offrire i servizi complementari sopra definiti a società di formazione esterne.

##### **COLLABORAZIONE PER ATTIVITA' FONDAMENTALI(attività in outsourcing)**

ASSP può inoltre chiedere la collaborazione a società esterne nel caso in cui abbia valide ipotesi progettuali in corso ma l'incapacità di progettare dal punto di vista dei temi o della sostenibilità economica il progetto.

Il processo viene monitorato costantemente da ASSP attraverso:

- a. Controllo requisiti in ingresso(certificazione di qualità ISO 9001; referenze adeguate, procedure e controlli allineate a quelle previste in ASSP, )
- b. Controllo durante le fasi di realizzazione
- c. Applicazione di indicatori di performance

Sia nel caso di collaborazioni per servizi accessori che fondamentali, è necessario che sia nell'offerta di collaborazione redatta dal fornitore che nell'eventuale contratto/disciplinare redatto



da **DGR con il contributo di DIR**, risulti evidenti le responsabilità, le modalità operative e i compiti di ASSP e della società di formazione. E' necessario che l'utente identifichi chiaramente l'ente erogatore, riconoscendo ad ASSP solo un ruolo di collaborazione su attività complementari.

### 7.5.2 Programmazione della produzione

DIR coadiuvato da COR provvede allo sviluppo dei microprogrammi, definendo:

- le eventuali attività promozionali
- la eventuale selezione dei partecipanti
- i docenti
- gli argomenti
- i materiali didattici necessari (dispense, esercitazioni, ecc.)
- le attrezzature necessarie
- le aule, di cui verifica la disponibilità effettiva

### 7.5.3 Fasi di esecuzione

Le fasi del processo sono:

- eventuali attività promozionali
- eventuale selezione dei candidati, secondo quanto richiesto dal progetto
- definizione delle lettere di incarico ai docenti
- verifica e preparazione del materiale didattico da distribuire
- effettuazione delle lezioni teoriche e pratiche
- controllo costante dell'andamento del corso

I processi in questione sono descritti nelle specifiche procedure.

L'erogazione della formazione viene eseguita dai fornitori di servizi di formazione in funzione al piano didattico approvato dalla direzione generale (output progettazione e sviluppo). La responsabilità dell'erogazione è del singolo docente.

Il processo di erogazione del servizio formativo è un processo dato in *outsourcing* ai fornitori di servizi formativi.(PR06 Scelta e valutazione dei docenti)

ASSP espleta un sistema di controllo di diverso tipo:

- *preventivo*, mediante la validazione dell'attività formativa;
- *in tempo reale*, mediante il controllo dei documenti di registrazione dell'attività formativa da parte della direzione;
- *consuntivo*, mediante presentazione ed elaborazione periodica, alla fine di ogni quadrimestre, del questionario per la valutazione della soddisfazione del discente e successivo calcolo dell'indice di valutazione del docente.



### **Metodologia di Erogazione**

Il servizio viene erogato secondo:

- lezioni frontali
- addestramento operativo
- esercitazioni
- verifiche di apprendimento
- prove di accertamento finale
- visite d'istruzione
- tirocini e prove di accertamento finale.

La tipologia di erogazione prescelta è funzione della progettazione applicata ed agli obiettivi formativi posti.

Durante le lezioni vengono compilati opportuni registri

#### *7.5.4 Manutenzione*

La manutenzione delle attrezzature didattiche e dei locali è curata dai proprietari dei medesimi.

#### *7.5.5 Validazione dei processi di produzione*

La validazione è ottenuta attraverso la somministrazione di:

- questionari di fine corso, ai partecipanti

Con questi dati si hanno informazioni per migliorare le successive edizioni.

La validazione dei processi di erogazione dei servizi di formazione avviene secondo diversi passi procedurali.

Una volta definito in maniera precisa il processo di erogazione dei servizi di formazione (risultati della progettazione) seguono i seguenti passi di validazione:

- selezione del personale docente adeguato a fornire il miglior servizio formativo in funzione dei vincoli stabiliti;
- qualificazione del personale docente mediante documentazione personale attestante il livello raggiunto oppure, per i docenti storici, riqualifica mediante l'indice di valutazione del docente come da PR06
- monitoraggio continuo del processo mediante valutazione della soddisfazione del discente periodica (ogni fine sotto - periodo scolastico) e controllo registrazioni delle lezioni (registro del corso);
- riesame periodico (riesame della direzione) dei parametri minimi di qualifica (derivati da analisi statistica dei parametri registrati).





#### 7.5.6 Identificazione e rintracciabilità

ASSP può ricostruire mediante i documenti emessi dal sistema ogni attività formativa attivata, dalla nascita del progetto alla fase finale del feed back.

#### 7.5.7 Proprietà del cliente

ASSP può gestire materiali di proprietà dei committenti (pubblicazioni, dispense, libri, ecc.). Tali materiali sono conservati in modo appropriato e chiaramente identificati.

I beni di proprietà dei discenti devono essere gestiti dai medesimi in maniera tale da non arrecare danno a se stessi od agli altri, il ASSP non si assume alcuna responsabilità su tali oggetti introdotti nelle aule.

La presenza del tutore assicura comunque una discreta azione di vigilanza nelle aule.

#### 7.5.8 Conservazione dei prodotti

Il materiale di supporto e le apparecchiature didattiche di proprietà vengono conservati in appositi spazi.

### 7.6. DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE

#### 7.6.1 Generalità

Dato il tipo di servizi erogati, ASSP non utilizza strumenti di misura fisica di grandezze.

### 7.7. PROCEDURE DI RIFERIMENTO

PR 05 - Acquisto prodotti e servizi

PR 06 - Scelta e valutazione dei docenti

PR 07 - Formazione ed orientamento a pagamento

PR10 - Collaborazioni esterne

### 7.8 ALLEGATI

1. Schema dei processi relativi alla formazione, orientamento (non finanziata)
2. Schema dei processi relativi alla contabilità
3. Schema dei processi relativi ad acquisto materiali e servizi vari
4. Schema dei processi relativi alla qualifica e sorveglianza dei fornitori
5. Schema dei processi relativi alla gestione delle risorse umane e delle tecnologie
6. Schema dei processi relativi alla gestione delle risorse umane e delle tecnologie
7. Schema dei processi relativi alle verifiche ispettive
8. Schema dei processi relativi alla gestione delle non conformità e az. correttive e preventive
9. Schema dei processi relativi alla gestione del miglioramento

## Macro Processi Primari

All. 1- Schema dei processi relativi alla formazione, orientamento (non finanziata)

Micro Processi/ Voci	Determinazione requisiti di progetto	Verifica fattibilità	Sviluppo progetto	Promozione	Erogazione corso	Scelta docenti e assistenti	Analisi soddisfazione
Input	Richiesta azienda, enti etc	Ipotesi progettuale	Ipotesi progettuale approvata	Approvazione DIR	Richiesta organizzazione	Progetto, archivio docenti	Questionari
Output	Ipotesi progettuale	Approvazione DIR	Documento di sviluppo progetto	Comunicati stampa, brochure	Approvazione richiesta organizzazione	Archivio docenti	Risultati
Resp. Processo	COR	COR	Responsabile in ipotesi progettuale – docente	COR	docente	COR	Responsabile in ipotesi progettuale
Controllo	DIR	DIR	DIR	DIR	COR		
Criticità	Errata interpretazione rispetto termini	Mancanza dati di mercato	Errato sviluppo progetto	Errata formulazione pubblicità	Progetto non esaustivo	Insufficienti informazioni su collaboratori nuovi	Interpretazione superficiale
Monitoraggio	-	Riesame RGQ	Riesame RGQ	-	Durante il corso	Questionari a scadenze stabilite	Questionari a fine corso
Eventuali az. Correttive	-	-	-		Migliorare programma	Migliorare scelta docenti	Interventi su corsi futuri
Documenti descrittivi	PR07	PR07	PR07	PR07	PR07	PR06-07	PR07 -09

All. 2- Schema dei processi relativi alla contabilità

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Ciclo attivo</b>	<b>Incasso</b>	<b>Ciclo passivo</b>	<b>Liquidazione</b>
Input	Documento contabile	Fattura attiva	Fattura fornitore	Fattura fornitore/buono d'ordine/lettera incarico/contratti
Output	Fattura attiva	Reversali di incasso	Inserimento in contabilità (imputazione a specifica voce di prodotto) e sigla responsabile iniziativa su fattura	Mandato di pagamento
Resp. Process	AMM	AMM	AMM	AMM
Controlla	DIR/DGR	DIR/DGR	DIR/DGR	DIR/DGR
Criticità	Errato inserimento	Errata compilazione reversale	Errato inserimento	Errata compilazione mandato
Monitoraggio	Durante controlli contabili	Durante controlli in contabilità	Durante controlli contabili	Durante controlli contabili
Eventuali az. Correttive	-		-	
Documenti descrittivi	PR07-	PR07-	PR07-	PR07-

## Macro Processi di supporto

All. 3- Schema dei processi relativi ad acquisto materiali e servizi vari

Micro Processi/ Voci	Rilevazione fabbisogni	Scelta del fornitore <sup>2</sup>	Emissione ordini	Controllo all'arrivo
Input	Fabbisogno	Richiesta d'offerta	Scelta offerta	Buono d'ordine
Output	Avviamento procedura di acquisto	Offerta	Buono d'ordine	Consegna
Resp. Process	Responsabile funzione	DIR/DGR	AMM	AMM
Controlla	AMM	AMM	DIR	
Criticità		Scelta fornitore non affidabile	Errori nella compilazione richiesta (articolo o quantità)	Materiale non conforme
Monitoraggio		Riesame della posizione del fornitore ed eventuale svista	DIR riesamina e firma il buono d'ordine	Qualificazione fornitori
Eventuali az. Correttive		Aumento controlli in entrata		Trattative con fornitore
Documenti descrittivi	PR05	PR05	PR05	PR05

All4 - Schema dei processi relativi alla qualifica e sorveglianza dei fornitori

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Rilevazione NC prodotto o servizio</b>	<b>Qualificazione fornitori</b>	<b>Redazione elenco con qualifiche</b>	<b>Sospensione fornitori</b>
Input	Entrata materiali / servizi	Schede fornitore	Qualifiche	NC rilevate all'entrata
Output	NC rilevate	Qualifica per ogni fornitore	Elenco aggiornato qualifiche	Declassamento
Resp. Process	Responsabile funzione	AMM	AMM	RAG
Controlla	RGQ	RGQ	RGQ	RGQ
Interazioni				
Criticità	Mancanza controlli			Mancate segnalazioni
Monitoraggio	Visivo/questionari		Rapporto RGQ	
Eventuali az. Correttive	Ricontrollo			Aggiornamento elenco
Documenti descrittivi	PR05	PR05	PR05	PR05

All.5 - Schema dei processi relativi alla gestione delle risorse umane e delle tecnologie

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Profili posizioni</b>	<b>Preparazione e aggiornamento schede professionali</b>	<b>Gestione formazione</b>
Input	Organigramma	Curricula e schede formazione	Tabella situazione formazione e programma formazione
Output	Profili	Schede professionali	Iscrizione a corsi esterni – Realizzazione corsi interni
Resp. Process	RGQ	RGQ	RGQ
Controllo	RGQ	RGQ	RGQ
Interazioni	Tutti i processi		Tutti i processi
Criticità	Sottovalutazione dei requisiti		Mancato apprendimento
Monitoraggio	Controllo dei responsabili		Rilevazione risultati effettivi dopo max 6 mesi da corso effettuato
Eventuali az. Correttive	Rettifiche		Ripetizione corsi
Documenti descrittivi	PR03	PR03	PR03

All.6 - Schema dei processi relativi alla gestione delle tecnologie.

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Infrastrutture</b>	<b>Identificazione appa- recchiature</b>	<b>Esecuzione manutenzio- ne</b>
Input	Piano adeguamento e aggiornamento infrastrutture	Manuali e specifiche	Guasti
Output	Realizzazione e validazione infrastrutture	Elenco apparecchiature	Registrazione interventi su schede
Resp. Process	AMM	AMM	AMM
Controlla			
Criticità	Apparecchiature non idonee o difettose	Errata interpretazione dati	Riparazione non risolutiva
Monitoraggio	Validazione	Controllo schede	Validazione dell'impianto riparato
Eventuali az. Correttive	Trattative con il fornitore	Rettifiche	Rifacimento riparazione o modifiche tecniche
Documenti descrittivi	PR5	PR5	PR5



All.7 - Schema dei processi relativi alle verifiche ispettive

Micro Processi/ Voci	Pianificazione delle verifiche	Preparazione della verifica	Esecuzione
Input	Proposta RGQ Richieste specifiche	Piano annuale Avviso	Check list - documenti di qualità - norme di riferimento - indicatori
Output	Piano annuale Avviso	Check list aggiornate	Rapporto di verifica ispettiva
Resp. Process	RGQ	RGQ	RGQ
Esegue	RGQ	RGQ	Verificatore
Controlla	DIR	RGQ	DIR (riesame)
Criticità			Errata esecuzione
Monitoraggio			Controllo rapporti ed affiancamento assistenti
Eventuali az. Correttive			Corsi di formazione assistenti e verificatori
Documenti descrittivi	PR02	PR02	PR02

All.8 - Schema dei processi relativi alla gestione delle non conformità e az. correttive e preventive

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Rilevazione NC</b>	<b>Azioni immediate (tamponamento)</b>	<b>Avvio azioni C/P</b>	<b>Gestione e chiusura azioni</b>
Input	Verifiche ispettive, controlli, reclami clienti	Rapporto NC	Rapporto NC Segnalazione criticità	Apertura azione
Output	Rapporto di NC	Azione immediata - eventuale chiusura della NC	Apertura azione	Risultati positivi
Resp. Process	RGQ	RGQ	RGQ	RGQ
Esegue	Tutti	Tutti	Tutti	Tutti
Controlla	RGQ	RGQ	RGQ	RGQ
Criticità	Mancata rilevazione di NC	Azione non risolutiva	Mancata apertura azioni necessarie	Mancata soluzione dei problemi
Monitoraggio	Controlli RGQ e riesame direzione	Controllo chiusura da RGQ	Controllo RGQ sui rapporti NC	Controllo RGQ sulla chiusura
Eventuali az. Correttive	Sollecito agli interessati	Nuova azione tamponamento eventualmente Azione correttiva	Apertura azione	Apertura nuova azione
Documenti descrittivi	PR04	PR04	PR04	PR04

All.9 - Schema dei processi relativi alla gestione del miglioramento

<b>Micro Processi/ Voci</b>	<b>Rapporto RGQ</b>	<b>Riesame Direzione</b>	<b>Realizzazione miglioramenti</b>
Input	Rapporti NC, Indicatori, statistiche, verifiche ispettive	Rapporto RGQ	Verbale direzione
Output	Rapporto RGQ	Verbale riesame direzione	Apertura e follow up azioni
Resp. Process	RGQ	Direzione	RGQ
Esegue	RGQ	RGQ	Tutti
Partecipa		Tutti i responsabili	-
Controlla	Direzione	RGQ	RGQ
Criticità	Omissione di elementi	Omissione di elementi	Azioni in ritardo o non positive
Monitoraggio	Verifica con check list	Verifica con check list	Controllo di RGQ sulle azioni
Eventuali az. Correttive	Nuovo rapporto	Nuovo verbale	Sollecito o apertura nuove azioni
Documenti descrittivi	MQ5 PR04-05-05-09	MQ5 PR04-05-06-09	MQ5 PR04-05-06-09



## **SEZIONE 8**

# **MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO**



## 8.1. GENERALITÀ

I processi di monitoraggio e misurazione, descritti nei capitoli seguenti, si pongono questi obiettivi:

- assicurare la costante conformità del prodotto e del servizio fornito ai requisiti del cliente
- assicurare la conformità del Sistema di Gestione della Qualità alle norme di riferimento (ISO 9001:2008) e alle esigenze di ASSP
- fornire i dati per impostare azioni di miglioramento continuo

## 8.2. MONITORAGGI E MISURAZIONI

### 8.2.1 Soddisfazione del cliente

Obiettivo primario di ASSP è la soddisfazione dei clienti. Tale obiettivo può essere raggiunto perseguendo il miglioramento continuo delle modalità con cui l'azienda si propone al mercato e dei processi di erogazione dei servizi.

ASSP non si limita ad un accurato esame dei reclami dei clienti, ma mira ad una conoscenza più ampia mediante indagini specifiche.

Nell'attività di ASSP il "cliente" è in realtà costituito da due diverse entità:

- . i partecipanti al corso ed attività di orientamento
- . i committenti del corso, ed attività di orientamento

ASSP effettua controlli sistematici sul servizio erogato nelle diverse fasi del processo. Inoltre, raccoglie ulteriori i dati attraverso la somministrazione di questionari al termine di ogni singola iniziativa, per rilevare la soddisfazione dei partecipanti e dei committenti. Oggetto della verifica sono:

#### **Partecipanti**

i docenti

i metodi didattici

il materiale didattico

valutazione dell'iniziativa nel suo complesso

altri elementi ritenuti utili



### **committenti**

- . rispondenza alle esigenze
- . valutazione dell'iniziativa nel suo complesso
- . altri elementi ritenuti utili

Inoltre, al termine di ogni corso, il responsabile dello stesso redige un rapporto in cui vengono messi in luce i difetti riscontrati ed i possibili miglioramenti per raggiungere, nelle successive edizioni di attività uguali o simili, la piena rispondenza ai requisiti del "cliente" (requisiti espliciti, impliciti e cogenti).

SGR predispone il prospetto riepilogativo dei risultati dei Questionari e li trasmette al Responsabile dell'iniziativa per la rielaborazione.

#### *8.2.2 Verifiche ispettive interne*

Ad intervalli di tempo programmati, almeno una volta l'anno per ciascuna area interessata da uno dei capitoli del presente manuale, vengono effettuate da parte degli addetti alle Verifiche ispettive interne una serie di ispezioni atte a verificare il rispetto del Manuale di Qualità, delle Procedure, delle Istruzioni Operative e, più in generale delle norme di riferimento, e i risultati degli interventi di miglioramento.

Tali verifiche possono essere eseguite anche su base non programmata quando ritenuto necessario dal RGQ (in caso di reclami clienti, non conformità, etc.).

Per ciascuna Verifica ispettiva interna DIR definisce l'auditor incaricato, il quale concorda con il responsabile dell'unità sottoposta ad ispezione la data della stessa, informandolo inoltre dell'oggetto specifico della verifica.

L'auditor è scelto fra persone preparate a questo compito e non direttamente coinvolte nel lavoro che viene verificato.

I risultati di queste ispezioni e di queste analisi vengono riportate sui Rapporti di Verifica Ispettiva. RGQ provvede a stilare una relazione di sintesi per DIR.

Tali analisi costituiscono la base per il Riesame della Direzione per decidere e pianificare gli interventi futuri e per assegnare nuovi obiettivi.



### 8.2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi

Nella PRO9 e nelle procedure specifiche, sono definiti i tipi di controllo da eseguire e le relative modalità di esecuzione.

In generale, si tratta di controlli sull'andamento dei corsi. In caso di mancato rispetto degli standard operativi DIR provvede ad interventi immediati, quali la sostituzione di docenti, l'uso di diversi materiali o aule, ecc.

I risultati dei controlli sono riportati su appositi documenti, descritti nelle diverse procedure. Tali documenti sono firmati da chi ha effettuato i controlli e sono adeguatamente archiviati.

### 8.2.4 Monitoraggio e misurazione dei prodotti

Il monitoraggio avviene attraverso controlli finali, svolti su ogni corso erogato.

I risultati dei controlli sono riportati su appositi documenti, descritti nelle diverse procedure e in PRO9. Tali documenti sono firmati da chi ha effettuato i controlli e sono adeguatamente archiviati.

## 8.3 GESTIONE DEI PRODOTTI NON CONFORMI

### 8.3.1 Generalità

La non conformità può riguardare

- docenze che non raggiungono lo scopo di erogare ai partecipanti nozioni utili o conformi alle richieste
- materiale didattico non adeguato
- mancanza di chiarezza nei programmi, negli orari, nelle comunicazioni
- aule non conformi alle esigenze dei committenti o dei partecipanti o dei docenti
- mancata applicazione delle norme di una procedura

### 8.3.2 Esame e trattamento del prodotto non conforme

Ogni addetto (**DGR** DIR, RGQ, docenti) può rilevare non conformità, ossia anomalie che provocano un decadimento di qualità nel servizio svolto.



In tal caso emettono un Rapporto di Non Conformità, che può essere di due tipi:

- . Non Conformità per Informazione – si tratta di anomalie che si sono verificate ma che sono già state risolte e che ragionevolmente si ritiene non debbano ripetersi.
- . Non Conformità per Risoluzione – sono anomalie che non si possono risolvere immediatamente o che comunque potrebbero ripetersi in futuro.

Il responsabile del corso, informato della non conformità, interviene immediatamente per riportare il processo allo standard, operando sui docenti, sui materiali e le attrezzature, sulla logistica e su quanto altro necessario.

I dati statistici inerenti alle non conformità sono elaborati da RGQ per ogni riesame della Direzione.

I reclami dei committenti danno luogo all'emissione di Rapporti di Non conformità quando, analizzando la contestazione, si rileva che esistono effettive non conformità provocate da ASSP .

#### **8.4 ANALISI DEI DATI**

L'analisi dei dati, predisposta da RGQ e sviluppata nel corso dei riesami della Direzione (ed in altri momenti, quando ritenuto utile), si pone lo scopo di fornire elementi per giudicare l'andamento della qualità, per intervenire a correggere eventuali difetti e per ricercare un miglioramento continuo.

I dati utilizzati in ASSP si possono così compendiare:

- . elementi relativi alla soddisfazione dei partecipanti e dei committenti (dati raccolti tramite i questionari distribuiti agli stessi)
- . numero dei partecipanti ai corsi (dati rilevati dai registri di presenza)
- . conformità dei servizi resi (dai questionari dei partecipanti)
- . non conformità dei servizi ricevuti da esterni (fornitori, docenti), analizzati per categoria e per persona/ditta
- . analisi della tempestività di intervento nei casi di emergenza (dai rapporti di DIR, SGR o RGQ)
- . analisi della crescita professionale del personale interno (dai corsi svolti e loro risultati)

Le diverse procedure richiamano le elaborazioni di dati a loro connesse, al fine di valutare l'efficacia delle procedure stesse.





## 8.5 MIGLIORAMENTO

### 8.5.1 Miglioramento continuo

È compito di RGQ sensibilizzare tutta la struttura al miglioramento continuo, ottenuto attraverso:

- . l'analisi dei dati raccolti
- . la realizzazione delle azioni correttive e preventive decise
- . l'impegno verso la qualità del servizio

Ad ogni riesame, la Direzione esamina i risultati raggiunti, in termini di parametri prestabiliti e fissa i nuovi obiettivi, decidendo e allocando le risorse necessarie.

Sia la politica della qualità, sia gli indicatori che ne derivano, sono aggiornati ad ogni riesame, aggiungendo nuove analisi ed eliminando quelle dimostratesi inutili o superate.

### 8.5.2 Azioni correttive

La procedura di trattamento delle non conformità, in assenza di interventi attivabili per la soluzione tempestiva e completa del problema, prevede venga avviata un'apposita pratica di Richiesta di Azione Correttiva attraverso le modalità descritte nella procedura PR04 – Gestione delle non conformità e azioni preventive e correttive.

Per le non conformità rilevate nel corso dei processi operativi o derivanti da reclami del cliente, è responsabilità del Responsabile del corso nel caso invece di non conformità rilevate nel corso di verifiche ispettive interne e/o esterne, tale responsabilità è del RGQ.

L'individuazione delle cause delle non conformità e le proposte di intervento ritenute idonee a porvi soluzione ed evitare il ricrearsi di future anomalie sono a carico del responsabile dell'unità interessata. Nello studio dell'intervento e nelle sue fasi di attuazione egli può avvalersi della collaborazione di eventuali altre funzioni competenti.

In particolare l'unità interessata, dove riscontrata la non conformità, pianifica l'intervento proposto, definisce gli obiettivi e fornisce la data prevista per il completamento.

Il completamento dell'azione correttiva, documentato con un apposito rapporto, viene comunicato al RGQ da parte del responsabile della funzione.



Il RGQ può disporre un controllo dell'intervento effettuato attraverso una Verifica Ispettiva Interna (re-audit interno).

### 8.5.3 Azioni preventive

Il responsabile di una funzione aziendale può rilevare una delle seguenti situazioni:

- Ripetersi di non conformità poco significative
- Progressivo avvicinamento alla non conformità (effetto deriva)
- Sintomi di future criticità (non conformità potenziali)

In tali circostanze egli propone un intervento preventivo atto a salvaguardare lo stato di conformità secondo le modalità descritte nella procedura PR04 – Gestione delle non conformità e azioni preventive e correttive.

In particolare, durante le riunioni di riesame della Direzione, possono emergere sintomi di pericolo di future non conformità di sistema, per cui si giunge alla decisione di avviare azioni preventive assegnando a persona specifica la responsabilità dell'azione preventiva e indicando il tempo della sua realizzazione.

Il RGQ esegue il monitoraggio dell'azione stessa e, a chiusura dell'azione preventiva, ne controlla i risultati.

DIR esamina e verifica l'intervento preventivo effettuato.

## 8.6 PROCEDURE DI RIFERIMENTO

- PR07 – Formazione e orientamento a pagamento
- PR04 - Gestione delle non conformità e azioni preventive e correttive
- PR02 - Verifiche ispettive interne
- PR09 – Monitoraggio e miglioramento continuo
- PR10- Collaborazioni esterne

## 8.7 ALLEGATI

Nessuno