

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	1 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Il presente Manuale è stato redatto in conformità alle

Norme internazionale UNI EN ISO 9001:2015 - EN ISO 21001:2018

"Sistema di Gestione per la Qualità delle Organizzazioni di Istruzione e Formazione "

Copia **CONTROLLATA** Nr. _____

Questo Manuale è una copia in distribuzione controllata, registrata e soggetta alla procedura di aggiornamento in occasione delle revisioni.

Copia **NON CONTROLLATA**

Questo Manuale è una copia in distribuzione non controllata, ha carattere unicamente informativo e non è soggetta alla procedura di aggiornamento in occasione delle revisioni

Emesso da:	Verificato ed approvato da:
Funz. RSQ	Funz. DIR

ELENCO DELLE REVISIONI DEL MANUALE DI GESTIONE PER LA QUALITA'

REV.	DATA	CAUSALE
0	30/09/2022	Emissione

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	2 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

I N D I C E

CAPITOLO 0 – INTRODUZIONE.....	5
0.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	5
0.2 PRINCIPI DI GESTIONE PER LA QUALITA' PER UN EOMS.....	6
0.3 APPROCCIO BASATO PER PROCESSI	6
0.3.1 Generalità.....	6
0.3.2 Ciclo_Plan-Do-Check-Act.....	6
0.3.3 Pensiero basato sul rischio (Risk-based-thinking).....	7
0.4 RELAZIONE CON ALTRE NORME.....	7
CAPITOLO 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	8
1.1 GENERALITA'	8
CAPITOLO 2 - RIFERIMENTI NORMATIVI	9
2.1 GENERALITA'	9
CAPITOLO 3 - TERMINI E DEFINIZIONI.....	10
3.1 GENERALITA'.....	10
3.2 ACRONIMI	12
CAPITOLO 4 – CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	14
4.1 COMPRENDERE L' ORGANIZZAZIONE ED IL SUO CONTESTO.....	14
4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE	14
4.3 DETERMINAZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LE ORGANIZZAZIONI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE.....	15
4.4 SISTEMA DI GESTIONE PER L'ORGANIZZAZIONE DI ISTRUZIONE DELLA FORMAZIONE (EOMS).....	15
4.5 PROCEDURE COLLEGATE	16
CAPITOLO 5 - LEADERSHIP	17
5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO	17
5.1.2 Focalizzazione sui discenti ed altri beneficiari	17
5.1.3 Requisiti aggiuntivi per bisogni educativi speciali.....	18
5.2 POLITICA PER IL SISTEMA DI GESTIONE EOMS E RELATIVA COMUNICAZIONE	18
5.3 RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA' NELL'ORGANIZZAZIONE.....	19
5.4 PROCEDURE COLLEGATE	19
CAPITOLO 6 - PIANIFICAZIONE	20
6.1 AZIONI PER AFFRONTARE I RISCHI E OPPORTUNITA'	20
6.2 OBIETTIVI DELL'ORGANIZZAZIONE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE E PIANIFICAZIONE PER IL RAGGIUNGIMENTO	21
6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE	22
6.4 PROCEDURE COLLEGATE	22
CAPITOLO 7 - SUPPORTO	23

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	3 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

7.1 RISORSE	23
7.1.1 Generalità	23
7.1.2 Persone.....	23
7.1.3 Infrastruttura	23
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi educativi	24
7.1.5. Risorse per il monitoraggio e le misurazioni.....	25
7.1.5.1 Generalità	25
7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni.....	25
7.1.6 Conoscenza organizzativa.....	25
7.1.6.1 Risorse per la formazione.....	25
7.2 COMPETENZA	26
7.2.1 Requisiti aggiuntivi per bisogni educativi speciali.....	26
7.3 CONSAPEVOLEZZA	26
7.4 COMUNICAZIONE.....	27
7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE	27
7.5.1 Generalità.....	27
7.5.2 Creazione e aggiornamento.....	27
7.5.3 Controllo delle informazioni documentate.....	30
7.6 PROCEDURE COLLEGATE	30
CAPITOLO 8 – ATTIVITA' OPERATIVE	31
8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI	31
8.1.1 Requisiti aggiuntivi per l'istruzione e la formazione per esigenze speciali.....	31
8.2 REQUISITI DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E LA FORMAZIONE	31
8.2.1 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi di istruzione e formazione.....	31
8.2.2 Comunicazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi di formazione e istruzione.....	32
8.2.3 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi per l'istruzione e la formazione	32
8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE	33
8.3.1 Generalità	33
8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo.....	33
8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo.....	33
8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo.....	33
8.3.4.1 Controlli della progettazione e sviluppo della valutazione integrata	34
8.3.5 Output della progettazione e sviluppo.....	34
8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo	35
8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO	35
8.4.1 Generalità	35
8.4.2 Tipo ed estensione del controllo	36
8.4.3 Informazione ai fornitori esterni.....	36
8.5 FORNITURA DI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE	36
8.5.1 Controllo della fornitura di prodotti e servizi per l'istruzione e formazione	36
8.5.1.2 Ammissione dei discenti	37
8.5.1.3 Fornitura di prodotti e servizio per l'istruzione e formazione	37
8.5.1.4 Valutazione integrata	37
8.5.1.5 Riconoscimento delle valutazioni	38
8.5.1.6 Requisiti aggiuntivi per l'istruzione e formazione per bisogni educativi speciali	38
8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	38
8.5.3 Proprietà delle parti interessate	39
8.5.4 Tutela.....	39
8.5.5 Protezione e trasparenza dei dati dei discenti.....	39
8.5.6 Controllo delle modifiche ai prodotti e servizi per l'istruzione e formazione.....	39

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	4 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

8.6	RILASCIO DEI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE.....	40
8.7	CONTROLLO DEGLI OUTPUT DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE NON CONFORMI.....	40
8.8	PROCEDURE COLLEGATE	41

CAPITOLO 9 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI..... 42

9.1	MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE.....	42
9.1.1	<i>Generalità</i>	42
9.1.2	<i>Soddisfazione dei discenti, dei beneficiari e del personale</i>	42
9.1.2.1	<i>Gestione dei reclami e dei ricorsi.....</i>	42
9.1.3	<i>Altre esigenze di monitoraggio e valutazione</i>	43
9.2	AUDIT INTERNO.....	43
9.2.1	<i>Generalità</i>	43
9.2.2	<i>Modalità operative</i>	43
9.3	RIESAME DI DIREZIONE	44
9.3.1	<i>Generalità</i>	44
9.3.2	<i>Input al riesame di direzione</i>	44
9.3.3	<i>Output del riesame di direzione.....</i>	45
9.4	PROCEDURE COLLEGATE	45

CAPITOLO 10 – MIGLIORAMENTO 46

10.1	GENERALITA'	46
10.2	NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE.....	46
10.3	MIGLIORAMENTO CONTINUO	48
10.4	PROCEDURE COLLEGATE	48

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	5 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 0 – INTRODUZIONE

0.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'Accademia Terapie Manuali si occupa di servizi di formazione e di impiego al lavoro. Opera su più sedi ed in qualità di Ente Formatore accreditato dalla Regione Lombardia. Dispone di risorse tecniche ed umane idonee alle attività svolte.

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione è il seguente:
progettazione ed erogazione di servizi formativi e orientamento professionale. Erogazione di servizi al lavoro

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	6 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

0.2 PRINCIPI DI GESTIONE PER LA QUALITA' PER UN EOMS

Il presente Manuale definisce i requisiti per il Sistema di Gestione della Qualità aziendale, di seguito indicato anche come Sistema di Gestione per le Organizzazioni di istruzione e formazione (EOMS)

Il SGQ è usato per dimostrare la capacità a soddisfare i requisiti cogenti, stabiliti dall'azienda e/o dal cliente per prodotti e/o servizi, e per la valutazione di tale capacità ad opera di parti interne ed esterne.

I principi su cui si fonda il **EOMS** sono:

1. focus sui discenti ed altri beneficiari
2. leadership
3. coinvolgimento del personale
4. approccio per processi
5. miglioramento
6. decisioni basate su dati di fatto
7. gestione delle relazioni
8. responsabilità sociale
9. accessibilità ed equità
10. comportamento etico nell'educazione
11. sicurezza e protezione dei dati

0.3 APPROCCIO BASATO PER PROCESSI

0.3.1 Generalità

Ogni attività o operazione che riceve ingressi e li converte in uscite è considerata come un "processo". Quasi tutte le attività ed operazioni connesse ad un servizio e/o servizio sono processi.

L'azienda gestisce numerosi processi collegati e fra loro dipendenti e spesso l'uscita di un processo è l'ingresso per il processo successivo.

L'identificazione e gestione sistematica dei processi impiegati, ed in particolare l'interazione fra i vari processi, è "l'approccio per processi" utilizzato nella definizione del Sistema Qualità.

La descrizione dei processi, principali ed ausiliari, è rappresentata mediante schemi inseriti nei capitoli 4, 5, 6, 7, 8 del Manuale come richiesto dalla Norma Internazionale UNI EN ISO 21001

0.3.2 Ciclo *Plan-Do-Check-Act*

Il Ciclo PDCA può essere applicato a tutti i processi ed al sistema di gestione per la qualità nel suo insieme.

Il Ciclo PDCA può essere descritto nel seguente modo:

PLAN (Pianificare): stabilire gli obiettivi del sistema ed i suoi processi, le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi in conformità ai requisiti dei discenti e delle parti interessate, alle politiche dell'organizzazione e identificare e gestire i rischi e le opportunità

DO (Fare): attuare ciò che è stato pianificato

CHECK (verificare): monitorare, misurare (quando applicabile) i processi, i prodotti/servizi e riferire i risultati

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	7 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

ACT (Agire): intraprendere azioni per migliorare le prestazioni, per quanto necessario

0.3.3 *Pensiero basato sul rischio (Risk-based-thinking)*

L'effetto dell'incertezza di un determinato risultato ed il concetto di risk-based thinking, è considerato nel Sistema di Gestione EOMS dell'azienda.

L'azienda considera tale concetto implicito e lo incorpora nei requisiti per stabilire, implementare, mantenere e migliorare continuamente il Sistema di Gestione EOMS.

L'azienda ha stabilito, per ogni processo, i livelli di rischio in termini di abilità nel raggiungere gli obiettivi fissati e le conseguenze sui processi, prodotti, servizi e non conformità di sistema.

Nel caso in esame il "*Risk-based thinking*" significa considerare il rischio qualitativamente e dipendentemente dal contesto qualitativo dell'azienda.

Sono definiti il rigore ed il grado di formalità necessario per pianificare e controllare il Sistema di Gestione EOMS, così come i suoi processi e attività.

0.4 RELAZIONE CON ALTRE NORME

Il presente Manuale è realizzato in conformità con le ISO 21001:2018 ed ISO 9001:2015.

Il Sistema di gestione descritto è inoltre conforme con quanto richiesto dalle altre normative cogenti relativamente agli aspetti della sicurezza del lavoro ed alla gestione dei dati personali (privacy). (per ulteriori dettagli si rinvia al cap. 2)

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	8 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 GENERALITA'

Il presente Manuale del Sistema di gestione descrive ed illustra il sistema di gestione per la qualità dell'azienda, realizzato conformemente alle Norme UNI EN ISO 21001:2018 ed UNI EN ISO 9001:2015.

Lo scopo del Sistema di gestione EOMS della **A.T.M. SRL** è il seguente:

**progettazione ed erogazione di servizi formativi e orientamento professionale.
Erogazione di servizi al lavoro**

Il Manuale del Sistema di gestione EOMS rappresenta un documento di riferimento attraverso il quale l'azienda:

- dimostra ai clienti la capacità di fornire con regolarità servizi che soddisfino le loro esigenze e i requisiti cogenti per eventuali leggi e regolamenti applicabili (elencati nell'Elenco documenti Esterni Mod. EDE);
- aumenta la soddisfazione dei clienti con un'efficace applicazione delle procedure del sistema e con l'attuazione di processi di miglioramento continuo, favorendo la conformità ai requisiti del cliente ed a quelli cogenti applicabili
- dimostra la capacità di assicurare e mantenere efficace il sistema di gestione coerentemente con la Politica per la Qualità

I contenuti del presente Manuale sono applicabili a tutti i livelli dell'organizzazione dell'azienda ed al personale facenti capo ad essa.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	9 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 2 - RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1 GENERALITA'

Il sistema di conduzione aziendale EOMS implementato nell'azienda fa riferimento alle seguenti norme:

- 21001:2018 – Sistemi di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione – Requisiti e raccomandazioni per la loro applicazione
- EN 16686:2015 – Disposizioni per i servizi osteopatici
- ISO 9001:2015 – Sistemi di gestione per la qualità: requisiti.
- ISO 9000:2015 – Sistemi di gestione per la qualità: fondamenti e terminologia.
- ISO 19011:2018 – Linee Guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale

Eventuali leggi e regolamenti applicabili ulteriori sono considerati documentazione esterna e pertanto essi sono riportati nell'Elenco Documenti Esterni Mod. EDE, e comunque sono consultabili mediante collegamento al sito internet:

- <http://www.giustizia.it/leggi>

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	10 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 3 - TERMINI E DEFINIZIONI

3.1 GENERALITA'

I termini adottati fanno riferimento alle definizioni contenute nella:

- ISO 21001:2018 – Sistemi di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione
- ISO 9000:2015 – Sistemi di gestione per la qualità: fondamenti e terminologia
- Nei documenti ufficiali, nella modulistica e nelle istruzioni operative.

Di seguito sono riportati alcuni termini e definizioni relativi al sistema di gestione della qualità.

EOMS: sistema di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione

ATTIVITÀ: Insieme di operazioni organizzate e finalizzate. Nel linguaggio organizzativo le operazioni sono gli elementi più parcellizzati, il primo livello di sintesi sono le attività, l'insieme di attività connota il processo. Le attività si realizzano per il concorso equilibrato degli individui, dei metodi di lavoro delle tecnologie.

FORNITORE DEL SERVIZIO DI FORMAZIONE (LSP): Organizzazione di qualsiasi dimensione o individuo che fornisce servizi per l'apprendimento nel campo dell'istruzione e della formazione non formale, inclusi i collaboratori coinvolti

PIANO DI AZIONI (Business plan): Piano di azione ideato per raggiungere obiettivi economici

REQUISITO: esigenza o aspettativa formulata, implicita o obbligatoria

SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO: Accrescimento volontario della conoscenza professionale o della competenza professionale

CURRICULUM (Piano di studi): Piano degli studi preparato dal fornitore del servizio di formazione che descrive le finalità, i contenuti, i risultati dell'apprendimento, le metodologie didattiche e di apprendimento, i processi di valutazione ecc. relativi ai servizi per l'apprendimento

DISCENTE: Persona destinataria della formazione

APPRENDIMENTO: Acquisizione di conoscenze, comportamenti, abilità, valori, orientamento o comprensione

RISCHIO: Effetto dell'incertezza

RESPONSABILITA' SOCIALE: Responsabilità da parte dell'organizzazione per gli impatti delle sue decisioni e delle sue azioni sulla società e sull'ambiente attraverso un comportamento etico trasparente

ISTRUZIONE NON FORMALE: Attività educative organizzate al di fuori dei sistemi stabiliti e riconosciuti di istruzione elementare, secondaria e superiore.

PRODOTTO DI ISTRUZIONE, RISORSE PER L'APPRENDIMENTO: Beni tangibili o intangibili utilizzati come supporto pedagogico di un servizio di istruzione e formazione

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	11 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

BENEFICIARIO/SPONSOR: Organizzazione o individuo che fornisce un supporto economico o di altro tipo al discente, o che ha un interesse personale nel risultato della formazione.

ABILITA': Insieme di know how che consente a una persona di padroneggiare un'attività e riuscire a portare a termine un compito attraverso esperienza, ricerca, istruzione e formazione

CONOSCENZA: Fatti, informazioni, principi o comprensione acquisiti

FORMAZIONE CONTINUA: Fornitura o utilizzo di opportunità di formazione durante tutta la vita delle persone al fine di promuovere il loro continuo sviluppo

ATTESTATO: Riconoscimento rilasciato da un fornitore del servizio di formazione ad un discente al fine di indicare il livello della prestazione, il raggiungimento di un determinato livello di preparazione o il completamento di un programma di formazione

AUDIT INTERNI: valutazione esterna della qualità di un servizio/prodotto/organizzazione

AZIONE CORRETTIVA : l'azione correttiva è l'insieme delle attività che sono svolte per ricercare, analizzare e rimuovere le cause di non conformità al fine di evitare il loro ripetersi. Le azioni correttive possono richiedere modifiche di procedure e/o istruzioni operative e di comportamenti.

CONFORMITÀ: Soddisfacimento documentato di requisiti specificati (vedi indicatori).

VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE: Attività di misura del processo di formazione o dei risultati dell'apprendimento in rapporto agli obiettivi di apprendimento

NON CONFORMITÀ: In generale la difettosità è il "problema" riscontrato dal discente sul servizio erogato, mentre la non conformità è data dal non soddisfacimento di un servizio o del sistema qualità a un requisito specificato, che è riscontrata all'interno.

IDENTIFICAZIONE: Le modalità secondo le quali un certo prodotto, servizio o documento è nominato e/o registrato al fine del suo riconoscimento.

RINTRACCIABILITÀ: Capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo o l'ubicazione di un oggetto o di un'attività (o di oggetti e attività analoghi), mediante identificazione documentata e predisposta

INDICATORE: Caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (costruire ipotesi, dare giudizi). Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il "valore" o la misura dell'indicatore.

In senso traslato indicatore può essere:

- Il "valore" che fornisce indicazioni sullo stato e permette se ripetuto una evidenza della tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici output di una organizzazione; Lo strumento utilizzato per la misurazione dell'oggetto dell'osservazione

MIGLIORAMENTO CONTINUO: Approccio alla qualità secondo le logiche della razionalità limitata, proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	12 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

PROCESSO: Sequenza strutturata di attività formalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio...) che ha valore per il cliente finale.

- Definiscono un processo l'evento scatenante (input), la sequenza d'azioni (valore aggiunto), l'output. Il processo ha precisi compiti e precise interfacce. Il processo è indifferente alla struttura organizzativa (l'organizzazione formale) pensata per una razionalità interna: le attività che compongono il processo possono pertanto riferirsi a diverse linee di responsabilità.

PROCESSO CHIAVE: Processo essenziale per il servizio per l'apprendimento e la sua gestione

3.2 ACRONIMI

Sono di seguito riportate le abbreviazioni ed il rispettivo significato adottati nel presente Manuale

DIR	Direzione Generale
RSQ	Responsabile della Qualità
RSI	Responsabile Sistemi Informatici
RUO	Responsabile Unità Operativa
RAMM	Responsabile Amministrativo
DIRCO	Direttore Corsi
CSL	Coordinatore Servizi al Lavoro
TSL	Tutor Servizi al lavoro
ESL	Esperto servizi al lavoro
AMM	Addetto Amministrativo
DC	Direttore Commerciale
ACQ	Acquisti
SEG	Segreteria
ACC	Accoglienza e Informazioni
RRC	Responsabile Riconoscimento Crediti
RCC	Responsabile Certificazione Competenze
RPRO	Responsabile Progettazione
T	Tutor
TSF	Tutor servizi formativi
DOC	Docenti
A	Assistenti
CS	Comitato Scientifico
MQ	Manuale della Qualità
POI	Procedura Operativa Interna
IOI	Istruzione Operativa Interna

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	13 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

EOMS	Sistema di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione
AI	Audit Interno
NC	Non conformità
AC	Azione correttiva

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	14 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 4 – CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 COMPRENDERE L' ORGANIZZAZIONE ED IL SUO CONTESTO

L'organizzazione di **A.T.M. SRL** ha individuato i potenziali fattori che possono influenzare il sistema di gestione, in termini di struttura, finalità e ambito, implementazione e operatività.

I fattori che hanno impatto sui risultati di **A.T.M. SRL** possono essere interni o esterni e molto diversificati fra loro:

Fattori esterni: possono essere di natura legale, tecnologica, concorrenziale, di mercato, culturale o socio-economica ed essere a livello internazionale, nazionale, regionale o locale.

Fattori interni: possono riferirsi a valori, cultura, conoscenza e performance proprie dell'azienda.

Nel caso in esame si identificano fattori esterni ed interni, quali:

- Sostanziale sviluppo economico e del mercato: può influire sull'azienda che è probabilmente ben conscia delle dinamiche in atto sui mercati ma vi è la possibilità di affrontarle in maniera molto mirata:
- Innovazioni e sviluppo tecnologico: questa è un'area critica per il successo dell'azienda, ed è probabilmente già monitorato e trattato a vari livelli
- Sviluppi normativi: un'ampia serie di normative esterne viene monitorata dall'azienda. Non ottemperare potrebbe pregiudicare in misura grave la vostra attività, mentre ottenere indicazioni precoci sui contenuti potrebbe consentirvi di cogliere meglio le opportunità
- Instabilità politica o altre instabilità: se, ad esempio, si dipende dalle materie prime di un particolare paese che attraversa un periodo di forte instabilità, tutta la propria operatività potrebbe essere a repentaglio, come pure nel caso in cui sussistessero seri dubbi sull'eticità dell'approvvigionamento di specifici materiali o merci
- Cultura e atteggiamenti: una forza lavoro efficiente e motivata crea effetti positivi; molte sono le organizzazioni che sollecitano un ritorno di informazioni dai dipendenti.
- Conoscenze e Prestazioni dell'organizzazione
- Organizzazione aziendale

4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

L' azienda deve determinare le esigenze e le aspettative delle "parti interessate", interne ed esterne ai fini del relativo coinvolgimento.

Parti interessate o stakeholder potrebbero essere:

- dipendenti
- fornitori
- clienti
- organismi regolatori
- azionisti
- confinanti e comunità vicine
- organizzazioni governative e non
- enti pubblici (Regione, Ministero della sanità, MIUR ecc..)

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	15 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

E' chiaro che il contesto e le parti interessate devono essere considerati in ragione della rilevanza per il campo di applicazione e per lo scopo della norma, e la valutazione deve essere pertinente e proporzionata.

4.3 DETERMINAZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LE ORGANIZZAZIONI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione EOMS è:

**progettazione ed erogazione di servizi formativi e orientamento professionale.
Erogazione di servizi al lavoro**

Il campo di applicazione considera:

- Fattori esterni ed interni
- I requisiti delle parti interessate rilevanti
- I prodotti ed i servizi di formazione forniti dall'azienda

4.4 SISTEMA DI GESTIONE PER L'ORGANIZZAZIONE DI ISTRUZIONE DELLA FORMAZIONE (EOMS)

Il sistema di gestione EOMS dell'azienda è concepito per migliorare con continuità le prestazioni dell'organizzazione tenendo conto delle esigenze delle parti interessate:

- clienti
- proprietari e dipendenti;
- autorità pubbliche e cittadini.

Nel Modulo Processi Aziendali Mod. PA, sono definiti e documentati i processi aziendali applicati al fine di assicurare che il servizio forniti siano conformi alle esigenze dei clienti ed ai requisiti cogenti. Si riporta di seguito la mappatura dei processi aziendali.

Sul Modulo Processi Aziendali sono registrati per ciascun processo i seguenti dati:

- descrizione del processo;
- dati di input al processo;
- settore di applicazione;
- sequenza e interazione con altri processi;
- criteri e metodi di funzionamento;
- risorse impiegate;
- monitoraggi, misurazioni analisi.

I processi identificati si distinguono in:

a) Processi primari ovvero tutti i processi direttamente connessi alla realizzazione del prodotto/servizio che hanno un impatto diretto e determinante sulla capacità di soddisfacimento dei requisiti del cliente. Sono quei processi aventi carattere "verticale" che risultano assolutamente essenziali, in quanto direttamente connessi con l'erogazione di un prodotto/servizio

b) Processi di supporto ovvero tutti i processi direttamente o indirettamente correlati con la qualità del prodotto, ma non "essenziali" al puro fine di erogazione del prodotto/servizio. Tali processi hanno carattere "orizzontale" in quanto non indispensabili alla realizzazione del prodotto/servizi ma di necessario supporto ai suddetti processi essenziali.

c) Processi direzionali ovvero tutti i processi che fanno capo all'alta direzione e che si basano sulla definizione delle strategie aziendali, sulla definizione e monitoraggio degli obiettivi della qualità e la soddisfazione del cliente

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	16 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

I Processi di supporto sono rappresentati dai processi strutturali, necessari a mantenere in efficienza la struttura aziendale e processi di sistema ovvero tutti i processi necessari al monitoraggio di tutti i processi

Informazioni dettagliate riguardo la sequenza e le interazioni tra i diversi processi e le procedure di riferimento sono desumibili nel Modulo Processi Aziendali.

Per i processi primari, l'azienda procede con frequenza annuale, al monitoraggio con indici di efficacia ed efficienza che sono registrati nel Modulo Processi Aziendali, tali indicatori sono sottoposti ad un'attenta analisi sulla quale l'alta direzione effettua un monitoraggio del Sistema di Gestione per la qualità e riformula gli obiettivi.

Nel caso specifico non esistono processi di attività affidati all'esterno.

I Processi Primari sono rappresentati da:

- processo relativo al cliente/discente (rif. ISO § 8.2, rif. del presente Manuale § 8.2.1 e P.O.I. N. 8.2)
- progettazione e sviluppo (rif. ISO § 8.3, rif. del presente Manuale § 8.3.1 e P.O.I. N. 8.3)
- approvvigionamento (rif. ISO §8.4, rif. del presente Manuale §8.4.1 e P.O.I. N. 8.4)
- pianificazione ed erogazione del servizio (rif. ISO §8.5, rif. del presente Manuale §8.5.1 e P.O.I. N. 8.5).

I Processi di Supporto sono rappresentati da:

- Informazioni documentate (rif. ISO § 7.5 e POI N. 75)
- pianificazione (rif. ISO § 8.1)
- comunicazione interna ed esterna(rif. ISO § 7.4 – 8.2.1)
- valutazione dei fornitori (rif. ISO § 8.4 e P.O.I. N. 8.4)
- audit interno (rif. ISO § 9.2)
- valutazione delle prestazioni (rif. ISO § 9)
- controllo degli output non conformi e azioni correttive (rif. ISO § 8.7 – 10.2)

I Processi Direzionali sono rappresentati da:

- riesame da parte della direzione (rif. ISO § 9.3)
- messa a disposizione delle risorse, gestione delle risorse umane, gestione delle infrastrutture (rif. ISO § 5 - 7)
- soddisfazione del cliente (rif. ISO § 9.1.2)
- monitoraggio e misurazione dei processi (rif. ISO § 9)
- analisi dei dati (rif. ISO § 8.4)
- miglioramento (rif. ISO § 8.5)

4.5 PROCEDURE COLLEGATE

Vedere Elenco Procedure P.O.I.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	17 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 5 - LEADERSHIP

5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO

La Direzione stabilisce e riesamina annualmente la politica per la qualità dell'azienda che comprende gli obiettivi aziendali.

Ricopre personalmente ruoli di responsabilità nei vari settori in modo da gestire indirettamente e continuamente il personale, avere costantemente sotto controllo la soddisfazione dei clienti e l'andamento del sistema. La Direzione si impegna:

- a fornire sostegno allo sviluppo sostenibile della vision educativa e delle relative concezioni educative
- a creare un ambiente che incoraggi il coinvolgimento del personale attivando una serie di iniziative indirizzate ad una maggiore comunicazione interna
- ad assicurare che i requisiti educativi dei discenti, compresi i bisogni speciali, siano identificati e affrontati
- ad assicurare la responsabilità sociale
- a creare e mantenere la consapevolezza sui requisiti del discente nonché sui requisiti cogenti da soddisfare;
- a divulgare tale consapevolezza mediante riunioni ed addestramento del personale
- a promuovere l'approccio per processi e del risk-based thinking
- ad assicurare la disponibilità di risorse
- ad assicurare che il Sistema di Gestione EOMS consegua i risultati attesi

La Direzione attua le comunicazioni interne trasmettendo ai collaboratori le informazioni concernenti Politica ed Obiettivi della Qualità, requisiti e reclami del cliente, piani di miglioramento, parametri importanti del Sistema Qualità (andamento Non Conformità e altro).

In maniera analoga, la Direzione promuove la comunicazione dal "basso", tramite le procedure delle azioni correttive e tramite sistematica sensibilizzazione ed ascolto delle problematiche e dei suggerimenti proposti dai propri collaboratori.

5.1.2 Focalizzazione sui discenti ed altri beneficiari

La Direzione coordina costantemente le attività finalizzate alla soddisfazione dei requisiti dei discenti attuali e potenziali, prendendo inoltre in considerazione le esigenze delle parti interessate quali:

- Personale dell'organizzazione;
- Proprietari e/o investitori;
- Fornitori e partner;
- Società, intesa come comunità, ed il pubblico che possono essere influenzati dall'organizzazione dei suoi prodotti

La soddisfazione dei clienti è costantemente monitorata (rif. Cap. 9) nei modi e nelle forme opportune e possibili. Obiettivo primario dell'organizzazione è il suo continuo accrescimento.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	18 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

5.1.3 *Requisiti aggiuntivi per bisogni educativi speciali*

E' possibile che il discente presenti dei bisogni educativi speciali, cioè con esigenze educative da non poter soddisfare attraverso normali pratiche di istruzione e valutazione (es. eccezioni di tipo comportamentale, di comunicazione, intellettuale, fisico ecc.)

Al fine di garantire alle parti interessate il servizio formativo previsto, l'alta direzione assicura che:

- Siano disponibili risorse e formazione di sostegno
- Sia permesso l'accesso alle strutture ed agli ambienti educativi in base al principio di equità

5.2 **POLITICA PER IL SISTEMA DI GESTIONE EOMS E RELATIVA COMUNICAZIONE**

La politica per la qualità dell'azienda identifica i principi sui quali l'azienda intende impostare il proprio impegno verso il miglioramento dell'organizzazione e delle sue attività al fine di soddisfare i requisiti del cliente e dei requisiti cogenti.

Tale documento deve indicare le *linee guida* in grado di orientare l'azienda nella successiva fase di pianificazione ed attuazione del Sistema di gestione per la qualità.

La Politica deve:

- essere coerente con gli scopi dell'azienda
- supportare la mission e la vision dell'organizzazione di istruzione e formazione
- considerare l'impegno della Direzione alla soddisfazione dei requisiti del cliente nonché al miglioramento continuo del Sistema di gestione EOMS
- definire gli obiettivi per la qualità
- tener conto degli sviluppi educativi, scientifici e tecnici
- soddisfare la responsabilità sociale
- considerare i bisogni e le aspettative delle parti interessate rilevanti
- essere divulgata a tutti i livelli aziendali mediante relativa affissione presso la sede aziendale procedendo in tal modo a rendere noto lo stato di avanzamento degli obiettivi
- essere riesaminata annualmente per accertarne la coerenza con il sistema di gestione per la qualità.

La Politica viene sottoscritta dalla Direzione/DIR e manifesta l'impegno al perseguimento delle seguenti linee strategiche:

- favorire un'analisi costante della necessità di risorse al fine di garantire un funzionamento pieno ed efficace del sistema di gestione EOMS e la soddisfazione del discente
- creare e mantenere un ambiente di lavoro tale da garantire la piena conformità dei servizi erogati ed il rispetto della legislazione applicabile all'azienda, ai suoi processi e servizi
- realizzare una formazione continua, indirizzata al miglioramento delle competenze e delle mansioni del personale dipendente
- effettuare un accurato monitoraggio dei fornitori strategici
- disporre di attrezzature e strumenti sottoposti a continue manutenzioni e controlli

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	19 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- aumentare la soddisfazione del discente con un'efficace applicazione delle procedure del sistema e con l'attuazione di processi di miglioramento continuo, ridurre i reclami e le situazioni di non conformità
- definire annualmente in fase di riesame della direzione gli obiettivi della qualità che si pongono alla base del miglioramento continuo

La Politica per il Sistema EOMS viene verificata annualmente in fase di riesame della Direzione e può essere oggetto di aggiornamenti e variazioni.

5.3 RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA' NELL'ORGANIZZAZIONE

Nell'ambito dell'azienda sono definite le funzioni e le loro interrelazioni, nonché le relative responsabilità ed autorità, tale attività è definita da parte della direzione.

La Direzione deve assicurare che le responsabilità e le autorità per i ruoli pertinenti siano assegnate, comunicate e comprese all'interno dell'organizzazione.

La responsabilità e l'autorità assegnata dall'Alta Direzione ha come scopo:

- Assicurare che il sistema di gestione I sia conforme ai requisiti della ISO 9001 e ISO 21001 e stia producendo i risultati attesi;
- Assicurare la focalizzazione sul discente ed i beneficiari a questo collegati
- Riferire alla Direzione le prestazioni del Sistema di Gestione e sulle opportunità di miglioramento
- Assicurare che i processi di apprendimento siano integrati
- Gestire i discenti con i bisogni speciali
- Gestire le comunicazioni con l'organizzazione

Con precisione la Direzione riporta tali definizioni nel Mansionario e nelle Schede Mansioni (Mod. SM) e nell'Organigramma funzionale e nominativo (Mod. O), che è reso noto mediante affissione in bacheca in amministrazione nell'azienda.

5.4 PROCEDURE COLLEGATE

/

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	20 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 6 - PIANIFICAZIONE

6.1 AZIONI PER AFFRONTARE I RISCHI E OPPORTUNITA'

Nel pianificare il sistema sono presi in considerazione gli aspetti di cui al punto 4.1 e 4.2. e determinare i rischi e le opportunità da affrontare.

L'attività di valutazione deve permettere di:

- assicurare che il sistema di gestione per la qualità possa conseguire i risultati attesi
- accrescere gli effetti desiderati
- prevenire o ridurre gli effetti indesiderati
- conseguire il miglioramento

L'azienda riconosce i rischi e le opportunità rilevanti per lo scopo del sistema di gestione e definisca azioni, obiettivi e piani per affrontarli.

Nel riconoscere rischi e opportunità, l'azienda utilizza gli input che ha identificato per determinare il contesto, come richiesto al punto 4.1 e i punti di vista e gli input delle parti interessate di cui al punto 4.2.

L'azienda predisporre di un registro dei rischi, che, presenta i dati utili alla gestione efficace di rischi e opportunità in relazione a differenti problematiche.

L'azienda pianifica le azioni per affrontare i rischi, le opportunità e le modalità per:

- integrare ed attuare le azioni nei processi del proprio sistema di gestione per la qualità
- valutare l'efficacia di tali azioni

Le azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità devono essere proporzionate al potenziale impatto sulla conformità dei prodotti e servizi

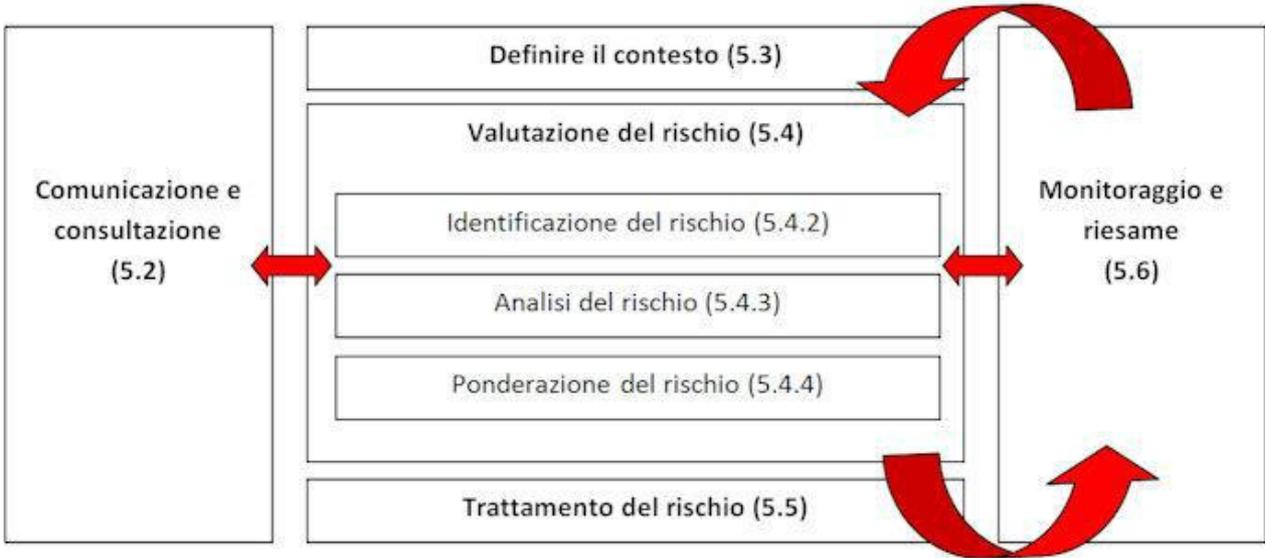


Figura 1 : Processo di gestione del rischio

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	21 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

I rischi derivanti da fattori esterni presi in considerazione sono:

- Concorrenti
- Bisogni dei clienti e del mercato obiettivo
- Progresso tecnologico e innovazione
- Normative di legge cogenti
- Costi materie prime e delle utility
- Oscillazioni cambi e tassi
- Fornitori e mercato di approvvigionamento
- Enti pubblici
- Banche
- Politica
- Parti sociali
- Geografia
- Stakeholders

Per quanto riguarda l'ambiente interno i rischi possono riguardare:

- Capacità di pianificazione dei fabbisogni
- Ciclo di vita del prodotto
- Proprietà intellettuale
- Penali dei clienti
- Cultura aziendale
- Dipendenti
- Compagine societaria
- Finanza/Liquidità
- Infrastrutture
- Capitale di rischio
- Attività svolte
- Processi
- Qualità del prodotto
- Soddisfazione dei clienti
- Fornitori
- Trasporti e Logistica
- Frode da parte dei collaboratori/terzi
- Rischi specifici del settore

Per ulteriori approfondimenti si rinvia all' Analisi del Rischio Mod AR

6.2 OBIETTIVI DELL'ORGANIZZAZIONE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE E PIANIFICAZIONE PER IL RAGGIUNGIMENTO

Gli obiettivi per la qualità sono definiti dalla Direzione e concordati con i responsabili dei settori aziendali coerentemente con la Politica e necessari per il Sistema di Gestione. Quando applicabile, tali obiettivi vengono quantificati, con riferimento agli indicatori aziendali di processo che sono collegati agli obiettivi strategici fissati dalla Politica stessa. La Direzione determina gli obiettivi tenendo conto della realizzabilità e dell'entità dei programmi di miglioramento ad essi legati.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	22 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

La definizione e il riesame degli obiettivi avviene almeno in sede di Riesame della Direzione e, comunque, ogni qualvolta le modifiche interne all'organizzazione, conseguenti a innovazioni tecnologiche, finanziarie, operative o commerciali, lo richiedano.

La pianificazione del sistema di gestione è condotta dalla Direzione in modo sinergico e coerente con i requisiti definiti al paragrafo 4.1, compresi quelli cogenti per leggi, regolamenti e norme. Infatti la pianificazione del sistema di gestione si concentra sui processi aziendali definiti nel paragrafo 4.1 necessari per conseguire in modo efficace ed efficiente gli obiettivi dell'azienda e per soddisfare i requisiti, coerentemente con le strategie dell'organizzazione.

Al fine di assicurare i requisiti del sistema per la qualità la Direzione procede alle seguenti pianificazioni di attività:

- Politica del sistema di gestione
- Piano di miglioramento
- Pianificazione delle attività di erogazione del prodotto/servizio
- Pianificazione delle attività di audit interni
- Pianificazione delle attività delle attività di addestramento

In base ai dati raccolti la Direzione, in sede di riunione di riesame, esaminata la Pianificazione del Sistema di Gestione ed i progressi nel miglioramento, rileva inoltre eventuali esigenze di modifica del Sistema di gestione.

In caso di modifiche del Sistema di gestione la Direzione stabilisce le modalità di attuazione, individuando e definendo i requisiti del sistema da modificare (attività coinvolte, modalità e responsabili). Tali decisioni sono riportate nel Verbale di riesame di direzione approvato dal Direttore Generale con allegato il Piano di miglioramento (Mod. PM), che descrive gli obiettivi della qualità. Il Responsabile della Qualità ha il compito di procedere all'aggiornamento della documentazione della qualità relativa alla modifica.

6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE

Quando l'azienda determina l'esigenza di modifiche al Sistema di Gestione, le modifiche sono effettuate in modo pianificato. Si tiene in considerazione:

- a) l'obiettivo delle modifiche e le sue potenziali conseguenze
- b) l'integrità del sistema di gestione
- c) la disponibilità e facilità di accesso delle risorse
- d) l'allocazione e ri-allocazione delle responsabilità e autorità
- e) la disponibilità e la solerzia dei fornitori esterni necessari ad attuare la modifica

6.4 PROCEDURE COLLEGATE

/

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	23 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 7 - SUPPORTO

7.1 RISORSE

L'azienda analizza costantemente la necessità di risorse al fine di garantire un funzionamento pieno ed efficace del sistema di gestione per la qualità e la soddisfazione del cliente. L'analisi e le conseguenti azioni sono attività quotidiane attuate dalla Direzione e da tutti i dipendenti dell'azienda che trovano formalizzazione in piani, azioni correttive, riesami della direzione e investimenti.

7.1.1 Generalità

L'azienda tiene in considerazione:

- le capacità delle risorse esistenti al proprio interno e i vincoli che gravano su di esse
- che cosa ottenere dai fornitori esterni

7.1.2 Persone

Tutto il personale dell'organizzazione svolge attività che influenzano la qualità dei servizi erogati. Le figure professionali necessarie sono individuate nel Mansionario e nelle Schede Mansioni (Mod. SM). Il grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza richiesti sono definiti nelle Schede Personale (Mod. SP) di ciascun operatore.

La Direzione valuta l'efficacia degli interventi formativi mediante una prova (pratica e/o orale). L'esito della prova viene registrato sull'attestato di addestramento e/o sulla Scheda Personale. L'esigenza di addestramento può essere rilevata in caso di:

- nuove assunzioni;
- variazioni di funzione aziendale;
- acquisto di nuove attrezzature, nuovi macchinari o nuovi prodotti;
- variazioni del ciclo produttivo.

L'esigenza rilevata dai Responsabili di settore sarà sottoposta ad esame e valutata dalla Direzione Generale con il supporto del RGQ. L'addestramento viene pianificato in apposito Piano di Formazione Annuale (Mod. PFA) e verbalizzato in Attestati di Formazione (Mod AF).

Istruzione, addestramento, abilità ed esperienza del personale sono documentati su apposite Schede del Personale (SP).

Il personale è reso consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come queste contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda attraverso il dialogo continuo e la responsabilizzazione.

La documentazione emessa è considerata documentazione della qualità che pertanto viene archiviata presso l'Amministrazione, per un periodo di almeno 3 anni (salvo diverse disposizioni di legge), a cura del Responsabile Amministrativo.

7.1.3 Infrastruttura

La Direzione gestisce le attività di valutazione, esame, reperimento delle infrastrutture necessarie per assicurare la conformità dei prodotti. Queste prevedono almeno:

- spazi di lavoro attrezzati e servizi connessi;
- edifici e terreni;

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	24 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- attrezzature, apparecchiature, software;
- servizi di supporto-utenze

L'azienda dispone delle infrastrutture e di risorse tecniche (edifici e servizi connessi, spazi, attrezzature, apparecchiature di processo, strumenti, ec.) necessarie a svolgere l'attività produttiva richiesta a regola d'arte ed un conformità a quanto richiesto dalle norme cogenti.

Se necessario l'organizzazione deve fornire strutture per:

- L'insegnamento
- L'autoapprendimento
- L'applicazione della conoscenza
- Il riposo e la ricreazione

Nel caso specifico, il Responsabile preposto programma le attività di intervento di manutenzione nell' Elenco di manutenzione apparecchiature/Macchine (Mod. EM). Gli interventi di manutenzione, di natura tecnica sono registrati in forma ordinaria e straordinaria su un'apposita Scheda di Manutenzione riferita a ciascuna attrezzatura/mezzo/apparecchiatura (Mod. SDM).

Per quanto riguarda le attrezzature digitali (hardware-software), l'azienda dispone di strumenti utilizzati per elaborazione dati e documenti, sono gestiti in forma controllata in un apposito Elenco ed indentificati in schede anagrafiche e per quanto riguarda la manutenzione, ci si avvale di un'azienda software specializzata appositamente qualificata come fornitore che procede alla registrazione degli interventi tecnici in apposite schede.

La documentazione emessa è considerata documentazione della qualità che viene archiviata presso la Segreteria in Amministrazione, per un periodo di almeno 3 anni, a cura dell'addetto preposto.

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi educativi

La Direzione definisce e mantiene le condizioni ambientali del luogo di lavoro necessarie per garantire la conformità del servizio considerando:

- fattori psicosociali
- fattori fisici

Particolare attenzione viene assegnata:

- ai metodi di lavoro;
- alle regole per la sicurezza compresi i dispositivi di protezione individuale;
- agli aspetti ergonomici delle condizioni di lavoro;
- all'impegno sul posto di lavoro ed alla soddisfazione nel lavoro
- alla chiarezza del ruolo
- condizioni di stress
- alle attrezzature (da mantenere e adeguare all'innovazione);
- alla temperatura, luminosità e umidità degli ambienti di lavoro (magazzino/uffici);
- alla igiene e pulizia dei locali e delle divise da lavoro assegnate al personale.

La Direzione osserva le condizioni che consentano di armonizzare sia i fattori umani che fisici. Per quanto attiene la sicurezza e la prevenzione dei rischi, a fronte di valutazione iniziale, ai sensi dell'art. 17 del D.lgs n. 81/09 e successive modifiche, la direzione prevede un'analisi valutazione rischi con apposito piano di monitoraggio e miglioramento. Le responsabilità in materia di sicurezza sono del Datore di Lavoro.

Le operazioni di lavoro sono disciplinate da istruzioni di sicurezza in possesso del personale (manuale di prassi igienica e istruzioni per le attrezzature di lavoro più impegnative).

Opportune istruzioni di sicurezza, consentono al personale di conoscere i comportamenti e le azioni da osservare nei casi di pericolo (incendio, sinistri di movimentazione, etc.).

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	25 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Il personale viene messo a conoscenza delle istruzioni di emergenza e di comportamento da adottare durante il servizio attraverso le istruzioni contenute in un apposito manuale per l'operatore.

L'eventuale aggiornamento dell'ambiente di lavoro viene concordato in occasione di riunioni della direzione.

7.1.5. Risorse per il monitoraggio e le misurazioni

7.1.5.1 Generalità

Tale paragrafo fa riferimento alle risorse necessarie per assicurare risultati validi ed affidabili quando il monitoraggio e la misurazione sono utilizzati per verificare la conformità dei prodotti e servizi ai requisiti specificati.

7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni

Nello specifico l'organizzazione effettua un monitoraggio dei processi mediante l'impiego di indici, monitorati annualmente. Per lo svolgimento della formazione e considerando il servizio erogato, non si adoperano strumenti richiedenti apposito monitoraggio mediante un processo di taratura/calibrazione.

7.1.6 Conoscenza organizzativa

L'azienda determina la conoscenza necessaria per il funzionamento dei propri processi e per conseguire la conformità dei prodotti e servizi. Queste conoscenze sono mantenute e rese disponibili nella misura necessaria. Nell'affrontare le mutevoli esigenze e tendenze, l'azienda tiene conto della propria base di conoscenze e determina come acquisire oppure accedere alle necessarie conoscenze aggiuntive ed agli aggiornamenti richiesti.

La conoscenza organizzativa riguarda la conoscenza specifica dell'organizzazione; acquisita generalmente attraverso l'esperienza. Queste informazioni sono usate e condivise per conseguire gli obiettivi interni.

La conoscenza organizzativa può essere basata su:

- a) risorse interne (es. proprietà intellettuale, conoscenza acquisita dalla esperienza, lezioni apprese da insuccessi o da progetti di successo; acquisizione e la condivisione delle conoscenze ed esperienze non documentate; i risultati dei miglioramenti nei processi, prodotti e servizi)
- b) fonti esterne (es. norme, convegni, conferenze, raccogliendo le esperienze da clienti e fornitori)

7.1.6.1 Risorse per la formazione

La Direzione deve fornire risorse per la formazione adeguate e renderle disponibili ove necessario.

Le risorse per la formazione devono:

- essere monitorate ed aggiornate
- essere catalogate
- essere adeguate ai bisogni dei discenti, docenti ed altri destinatari

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	26 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

7.2 COMPETENZA

Le attività per la gestione risorse umane prevedono:

- individuazione esigenze di competenza del personale che svolge attività che impattano sulla formazione;
- come fornire l'addestramento necessario per queste esigenze;
- come valutare l'efficacia dell'addestramento fornito;
- come assicurare che il personale sia consapevole della rilevanza ed importanza delle proprie attività e del proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi per la formazione;
- le registrazioni del grado di istruzione, addestramento, qualifiche ed esperienza del personale.

I requisiti necessari sono definiti nei "Profili Professionali" riportati nel Mansionario e nelle Schede Mansioni (Mod. SM).

L'addestramento procede per fasi successive e, per tutti, comunque dopo un aggiornamento, finalizzato alla consapevolezza della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come essi contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la formazione, che comprende:

- la natura dell'attività;
- le normative sulla salute e sulla sicurezza;
- la politica per la formazione;
- il ruolo dei dipendenti;
- le procedure e le istruzioni rilevanti.

Le competenze dei dipendenti sono registrate nella "Scheda del Personale" che riporta, inoltre i corsi di formazione ed addestramento svolti ed i risultati conseguiti.

In sede di riesame della direzione sono effettuate le valutazioni circa l'efficacia dell'addestramento svolto nel periodo di riferimento. Per valutare l'efficacia sono presi in considerazione indicatori relativi alla capacità di conseguire le mansioni affidate al personale e l'assenza di contestazioni per comportamenti non conformi alle procedure di lavoro.

7.2.1 Requisiti aggiuntivi per bisogni educativi speciali

Nel caso di discenti che presentano bisogni speciali, l'organizzazione deve fornire risorse adeguate per sostenere i docenti e precisamente deve:

- fornire una formazione specialistica appropriata prevedendo anche accompagnamento didattico
- fornire l'accesso ad una rete di specialisti

7.3 CONSAPEVOLEZZA

E' compito della direzione, attraverso le funzioni responsabili, assicurare che tutto il personale sia consapevole:

- della Politica per la Formazione

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	27 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- dei pertinenti obiettivi per la Formazione
 - del proprio contributo all'efficacia del sistema di gestione compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni
 - delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del sistema di gestione
- La direzione convoca annualmente tutti i collaboratori per renderli partecipi degli obiettivi aziendali e dei piani di miglioramento

7.4 COMUNICAZIONE

Le comunicazioni interne inerenti aspetti del sistema di gestione e l'efficacia del sistema stesso avvengono a cura della Segreteria su disposizione della Direzione e dei Responsabili di settore per quanto riguarda il loro ambito. Ciò tramite i comuni mezzi telematici a disposizione dell'azienda e dei suoi collaboratori.

Sono favorite, inoltre, le comunicazioni interne provenienti dalla "base" e sono sistematicamente sollecitate le maestranze a proporre suggerimenti. Per quanto riguarda la comunicazione esterna, in ragione del tipo di destinatario, la direzione utilizza oltre agli strumenti tradizionali quali posta cartacea, oppure strumenti telematici quali: sito web aziendale, posta elettronica, PEC, etc.

7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

7.5.1 Generalità

La documentazione del sistema per la gestione della qualità è costituita da:

- Dichiarazione di politica per la formazione (rif: Capitolo 5);
- Obiettivi per la formazione (rif: Capitolo 5);
- Manuale del Sistema di Gestione;
- Procedure Operative Interne;
- Istruzioni Operative interne;
- Moduli di registrazione (rif: Elenco dei modelli EM);
- Documenti tecnici, specifiche e documenti provenienti dall'esterno (rif. Elenco documenti esterni Mod EDE)

Tale documentazione è stata definita in funzione:

- della dimensione aziendale
- del tipo di attività
- dei processi aziendali e loro interazioni
- della competenza del personale
- dei requisiti cogenti relativi all'attività aziendale.

I documenti dell'azienda sono presenti in forma sia cartacea che digitale, inoltre sono gestiti in base a quanto definito nella procedura P.O.I. N. 7.5.

7.5.2 Creazione e aggiornamento

I documenti fondamentali per il Sistema di Gestione sono:

- Manuale di Gestione (MQ)
- Procedure Operative Interne (POI)
- Istruzioni Operative Interne (IOI)
- Modulistica

Relativamente alla documentazione aziendale la procedura **P.O.I. N. 7.5 – Informazioni documentate** stabilisce le modalità per:

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	28 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- Redazione e identificazione;
- Controllo e verifica
- Approvazione;
- Distribuzione;
- Modifiche ed aggiornamento;
- Revisione;
- Eliminazione dei documenti superati;
- Conservazione ed archiviazione.

I documenti possono avere origine interna, ovvero essere emessi dall'azienda, o avere origine esterna. Precisamente i documenti ed i dati gestiti dall'azienda sono rappresentati da:

Documenti di origine interna che comprendono:

- la Politica per la formazione e gli obiettivi della qualità;
- il Manuale del sistema di gestione
- le Procedure
- la Modulistica
- le Istruzioni

Documenti di origine esterna che comprendono:

- norme, leggi e decreti cogenti attinenti il settore di attività dell'azienda
- norme UNI ISO
- documentazione tecnica attinenti i servizi, le risorse tecniche, i processi ed i prodotti

Documenti contrattuali che comprendono:

- richieste dei clienti
- contratti di fornitura

Registrazioni della Qualità riguardanti le attività di prove e controlli eseguiti, menzionate nella **P.O.I. N. 7.5**.

Manuale del sistema di gestione

Il Manuale del sistema di gestione ha lo scopo di descrivere il Sistema di conduzione Aziendale per garantire la qualità, e descrivere in maniera sintetica le diverse funzioni aziendali, i relativi compiti e responsabilità. Inoltre rappresenta lo strumento di riferimento per tutti i responsabili aziendali, per gli auditors interni ed esterni e per i clienti.

Il Manuale è composto da 10 capitoli corrispondenti ai punti delle norme ISO 9001:2015 ed ISO 21001:2018, su cui esso si basa. Si riporta di seguito la corrispondenza tra i capitoli del Manuale, le Procedure e le norme di riferimento:

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	29 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

ISO 21001:2018	N. Articolo	Documenti	ISO 9001:2015	N. Articolo	Documenti
Scopo e campo di applicazione	1	MQ – ISO 21001	Scopo e campo di applicazione	1	MQ – ISO 9001
Riferimenti normativi	2	MQ – ISO 21001	Riferimenti normativi	2	MQ – ISO 9001
Termini e definizioni	3	MQ – ISO 21001	Termini e definizioni	3	MQ – ISO 9001
Contesto dell'organizzazione	4	MQ – ISO 21001	Contesto dell'organizzazione	4	MQ – ISO 9001
Leadership	5	MQ – ISO 21001	Leadership	5	MQ – ISO 9001
Pianificazione	6	MQ – ISO 21001	Pianificazione	6	MQ – ISO 9001
Supporto	7	P.O.I. N. 7.5	Supporto	7	P.O.I. N. 7.5
Attività Operative	8	P.O.I. N. 8.2 P.O.I. N. 8.3 P.O.I. N. 8.4 P.O.I. N. 8.5 P.O.I. N. 8.5A	Attività Operative	8	P.O.I. N. 8.2 P.O.I. N. 8.3 P.O.I. N. 8.4 P.O.I. N. 8.5
Valutazione delle prestazioni	9	MQ – ISO 21001	Valutazione delle prestazioni	9	MQ – ISO 9001
Miglioramento	10	MQ – ISO 21001	Miglioramento	10	MQ – ISO 9001

Il paragrafo 1.1 definisce il campo di applicazione del sistema di gestione.

Il paragrafo 1.2 stabilisce le esclusioni e la ragione delle stesse.

Il manuale è emesso ed aggiornato dal Responsabile della Qualità che può avvalersi per la sua verifica e redazione, di esperti esterni all'organizzazione. Sarà comunque verificato ed approvato dal Direttore Generale.

Le relative firme di approvazione sono riportate sul frontespizio del manuale, sia per quanto riguarda la prima emissione che per quanto riguarda le eventuali revisioni successive.

La gestione del Manuale è affidata al Responsabile della Qualità.

Procedure Operative Interne (rif. P.O.I.) e le Istruzioni Operative Interne (rif. I.O.I) _____

Le procedure predisposte per il sistema di gestione per la qualità sono descritte nel manuale o richiamate negli idonei paragrafi.

Le Procedure Operative Interne sono i documenti che definiscono il modo di operare (*chi, cosa, come, quando*) all'interno dell'azienda nel rispetto dei requisiti delle norme applicabili.

Le Istruzioni Operative Interne sono dei documenti che definiscono il modo di operare (*chi, cosa, come, quando*) all'interno dell'azienda nel rispetto dei requisiti delle norme applicabili in maniera più dettagliata rispetto le procedure.

Ciascuna Procedura Operativa Interna/Istruzione è composta da un frontespizio nel quale viene indicato il titolo e il numero della Procedura/Istruzione, il numero della revisione con la relativa data, la responsabilità di emissione della Procedura/Istruzione e della sua approvazione.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	30 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Le altre attività aziendali, necessarie a garantire la qualità dei servizi erogati sono descritte dal presente manuale e da ulteriori Procedure Operative Interne/Istruzioni al fine di fornire una descrizione più dettagliata delle responsabilità, delle azioni da compiere, dei documenti, elenchi e moduli da utilizzare e delle registrazioni da produrre. Tali Procedure/Istruzioni sono riportate in apposito Elenco.

Tra i documenti gestiti nell'ambito del Sistema di Gestione per la formazione i documenti di registrazione rappresentano l'insieme di documenti atti a dimostrare che il Sistema di gestione per la qualità è operativo ed efficace.

Tale documentazione di registrazione della qualità costituisce una rilevante fonte di informazione per il Responsabile della Qualità nelle attività di valutazione del Sistema per la Qualità implementato e per la Direzione Generale, al fine di poter verificare il livello di conformità delle attività e di attuazione delle politiche.

L'aggiornamento può riguardare i documenti riportati nell'Elenco Modelli (Mod. EM) o il MQ, le procedure o le istruzioni operative interne. Nel caso dei moduli di registrazione, si procede all'emissione del nuovo Modulo con la nuova revisione e data. Il Responsabile Qualità ha il compito di ritirare le vecchie copie dai reparti in cui avviene il relativo impiego e di sostituirle con le nuove. Una copia del modulo precedente ad ogni revisione deve riportare la scritta "SUPERATO" e diviene esemplare che il Responsabile Qualità archivia con gli altri Moduli della qualità.

Se le modifiche riguardano il testo del documento, come nel caso del Manuale e delle Procedure, si procede alla variazione della revisione e della data del documento ed alla registrazione del testo variato con sfondo grigio o con carattere diverso. Il Responsabile Qualità ha il compito di ritirare le vecchie copie dai reparti in cui avviene il relativo impiego e di sostituirle con le nuove. Una copia del documento precedente ad ogni revisione deve riportare la scritta "superato" e diviene esemplare che il Responsabile Qualità ha il compito di archiviare.

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

La procedura **POI N. 7.5 – Informazioni documentate**, definisce il sistema di gestione per la qualità dell'azienda, inoltre stabilisce le modalità per predisporre e conservare le registrazioni necessarie a dare evidenza della conformità del Sistema e del suo efficace funzionamento. La procedura tratta le seguenti attività di gestione delle registrazioni:

- Identificazione;
- Archiviazione;
- Protezione;
- Reperibilità;
- Conservazione;
- Modalità di eliminazione dei documenti di registrazione della qualità.

Le informazioni documentate di origine esterna ritenute necessarie dall'azienda per la pianificazione ed il funzionamento del sistema di gestione per la qualità sono identificate per quanto appropriato e tenute sotto controllo.

Le informazioni documentate conservate come evidenza della conformità sono protette da alterazioni involontarie.

7.6 PROCEDURE COLLEGATE

P.O.I. N. 7.5 – Informazioni documentate

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	31 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 8 – ATTIVITA' OPERATIVE

8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

La realizzazione del servizio è costituita dalla sequenza di processi e sotto processi adottati per la relativa.

La pianificazione dei processi è coerente con tutti gli altri requisiti del Sistema di Gestione ed è documentata nelle forme descritte nelle procedure del sistema.

La procedura per la pianificazione stabilisce in modo appropriato:

- i risultati di apprendimento
- i metodi di insegnamento e ambienti di apprendimento appropriati ed accessibili
- i criteri per la valutazione dell'apprendimento
- metodi di miglioramento
- la fornitura di servizi di supporto

8.1.1 *Requisiti aggiuntivi per l'istruzione e la formazione per esigenze speciali*

L'organizzazione ha il compito di:

- supportare il discente con esigenze speciali durante il processo di apprendimento mediante:
- istruzione adattiva
- contenuto accelerato o arricchito
- consentendo l'iscrizione in due distinti programmi o organizzazioni educative
- misure individualizzate
- adeguando e/o modificando il programma formativo al profilo specifico del discente
- favorire un ambiente di squadra con risorse idonee di supporto
- fornire collegamenti alle opportunità di collocamento nel lavoro

8.2 REQUISITI DEI PRODOTTI E DEI SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E LA FORMAZIONE

8.2.1 *Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi di istruzione e formazione*

Nell'organizzazione della **A.T.M. SRL** la determinazione dei requisiti relativi all'offerta del servizio di formazione, orientamento professionale e servizi al lavoro è demandata al RCOM, al RAMM ed al DIR.

Nel caso specifico, si distinguono due processi di erogazione di servizi:

Servizi di formazione: dove il cliente è rappresentato da discenti che intendono acquisire una determinata specializzazione "ex novo" o discenti già formati professionalmente, liberi professionisti e personale operante anche nel campo sanitario che firmano per accettazione la documentazione di Iscrizione con i relativi allegati (Contratto, dichiarazioni, informative ecc.) e dove sono definiti requisiti dell'offerta formativa. In tal caso è possibile che il contratto sia stipulato da una persona diversa dal discente (es. genitore, ente proponente ecc..), chiamato tecnicamente sponsor/beneficiario che assume il ruolo di garante.

Servizi al lavoro: dove il cliente è un utente al quale è indirizzato il servizio di orientamento attraverso sportello di ascolto e di consulenza. Tale servizio può essere svolto a seguito di

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	32 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

conferimento di incarico da parte di Enti pubblici (es. Regione, Fondi interprofessionali ecc..), acquisito mediante partecipazione a bandi di gara.

In caso di offerta di corsi di formazione i requisiti di cui l'organizzazione tiene conto sono:

- le esigenze dell'organizzazione e le strategie da perseguire
- i bisogni risultanti dall'analisi dei discenti (attuali e potenziali), dei beneficiari e dei discenti con esigenze speciali, del target obiettivo della formazione
- le richieste e sviluppi internazionali
- i risultati della ricerca
- l'andamento del mercato del lavoro
- i requisiti in materia di salute e sicurezza

In caso di offerta di servizi al lavoro i requisiti sono riportati nel capitolato di gara dell'Ente proponente.

8.2.2 *Comunicazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi di formazione e istruzione*

Il processo di informazione, indirizzato ai potenziali discenti e utenti ed avente come scopo quello di pubblicizzare l'ente di formazione, si sviluppa nel seguente modo:

- "passa parola" da parte dei clienti/studenti che frequentano la scuola;
- sito web;
- Mailing List a cui si invia la documentazione pubblicitaria;
- pubblicità su riviste scientifiche di settore;
- giornate di informazione tenute presso le sedi esistenti o nuove
- partecipazione a fiere di settore
- ricerca su portali e/o bollettini di enti pubblici (regione ecc..)

Tali attività sono gestite dal RCOM con il supporto dell'Area Amministrazione.

Tale ambito comprende anche le comunicazioni con i discenti e gli utenti acquisiti:

- verbalmente (mediante colloquio diretto o telefonico eseguito dalla segreteria);
- in forma scritta (e-mail, fax, brochure ecc.);
- mediante sito internet

La documentazione rappresentante la comunicazione con il cliente viene identificata e gestita in formato cartaceo e informatico presso le aree dedicate in Accoglienza e Segreteria

Nel caso in cui durante le attività emergano necessità non previste, l'Amministrazione è la funzione referente principale per il cliente (discente/utente). Nel caso in cui la comunicazione è di natura tecnica, questa, ove necessario, può essere gestita oltre che dall'Amministrazione anche dal RUO che coordina entrambe le aree di servizio (formazione e servizi al lavoro).

In caso di reclami del cliente (discente/utente), il Responsabile Qualità funge da referente dell'azienda ai fini della soluzione del problema gestito insieme al Responsabile preposto.

8.2.3 *Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi per l'istruzione e la formazione*

Qualora, successivamente all'acquisizione dell'offerta, si verifichi la necessità di apportare varianti ai requisiti, sia come contenuti tecnici che amministrativi, viene redatta una variante di offerta ossia una nuova offerta che integra o annulla e sostituisce l'offerta oggetto di variazione. La successiva variante all'offerta segue lo stesso iter effettuato dall'offerta originaria.

Tale possibilità si esclude in caso di servizi acquisiti a seguito di vincita di bandi di gara emessi dagli Enti erogatori.

Per ulteriori dettagli si rinvia alla Procedura Operativa Interna P.O.I. N. 8.2

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	33 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE

8.3.1 Generalità

L'azienda deve stabilire, attuare e mantenere un processo di progettazione e sviluppo appropriato ad assicurare la successiva fornitura di servizi per la formazione, orientamento e lavoro.

8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo

L'azienda deve elaborare dei piani che identifichino le responsabilità per ciascuna attività relativa alla progettazione e allo sviluppo. I piani devono richiamare e descrivere tali attività, e devono venire aggiornati man mano che la progettazione procede. Nel caso della **A.T.M. SRL** il Resp. Progettazione RPRO ha il compito di effettuare la pianificazione della progettazione assegnando i compiti al personale di adeguate capacità e fornendo i mezzi adeguati. Precisamente RPRO emette un Piano Progettazione che riporta i dati identificativi del progetto, le fasi di attività, le responsabilità coinvolte in ogni fase, i documenti di riferimento, le date presunte e le date effettive.

8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

I dati e i requisiti di base necessari per procedere nella progettazione devono essere documentati. I dati che fungono da requisiti di ingresso alla progettazione sono estrapolati da:

- analisi e richieste di mercato;
- progetti similari precedenti;
- codici di condotta o norme vigenti (rif. Elenco Documenti Esterni EDE)
- potenziali conseguenze di insuccesso di servizi erogati e che richiedono una ri-progettazione
- dati acquisiti da bandi e capitolati di gara emessi da Enti proponenti

Tali elementi devono essere riesaminati dal RPRO e dal RUO al fine di assicurarne l'adeguatezza ed in caso di requisiti incompleti, ambigui o incongruenti devono essere risolti con i responsabili della loro definizione.

8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo

I controlli eseguiti sulla progetto elaborato si distinguono in:

- controlli di riesame
- controlli di verifica
- controlli di validazione

Il progettista emittente il progetto ha il compito di effettuare e documentare il riesame della progettazione con il RPRO.

Durante il riesame della progettazione si analizza lo sviluppo temporale del progetto, la sua compatibilità a quanto previsto negli elementi di input rappresentati dai fabbisogni formativi, dagli obiettivi del progetto, da eventuali da norme cogenti applicabili al servizio da erogare, eventuali modifiche emerse a seguito di anomalie di progetti esistenti ecc. Si rinvia alla P.O.I. N. 8.3 l'esplicazione di tale fase di attività.

A seguito del riesame della progettazione si procede ad un controllo di verifica che corrisponde ad un controllo di merito effettuato dal RPRO con i Progettisti coinvolti, quest'ultimo provvede ad eseguire e documentare le attività di verifica della progettazione. Tale verifica deve assicurare che gli elaborati siano compatibili con i requisiti di ingresso della progettazione.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	34 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

La fase finale di controllo globale del progetto è la fase di validazione attraverso la quale si conclude definitivamente il progetto da presentare in esecuzione.

Tale controllo deve sempre assicurare che l'attività formativa soddisfi quanto richiesto in fase iniziale tra gli elementi di input rappresentati da aspettative e obiettivi del target di clienti ed eventualmente dei requisiti richiesti dai Ministeri/autorità competenti (es. Ministero della salute, Regione ec.). La validazione viene eseguita dal RPRO mediante registrazione nell'apposito verbale. In caso di progetti formativi riguardanti corsi in Educazione Continua in Medicina – ECM il progetto, una volta validato da RPRO, viene esaminato dal Comitato Scientifico che ne effettua un controllo di merito e solo a seguito di esito favorevole, l'evento viene definitivamente validato.

8.3.4.1 Controlli della progettazione e sviluppo del curriculum

I controlli applicati nella progettazione devono garantire:

1 i risultati di apprendimento

- siano coerenti con lo scopo del corso e del programma
- siano descritti in termini di competenze che i discenti dovrebbero acquisire completando il curriculum
- includano l'indicazione del livello al quale sono raggiunte le competenze
- siano misurabili, specifici, pertinenti e limitati nel tempo

2 le attività di apprendimento:

- siano adatte al metodo di erogazione del servizio di istruzione e formazione
- siano appropriate a garantire il raggiungimento dei risultati per l'apprendimento
- siano misurabili, specifici, pertinenti e limitati nel tempo

3 siano definite le risorse necessarie al completamento dell'attività di apprendimento

4 nel modello di apprendimento siano incluse adeguate opportunità:

- di permettere al discente l'assunzione di un ruolo attivo durante il processo di apprendimento
- di valutazione formativa e di feedback

8.3.4.1 Controlli della progettazione e sviluppo della valutazione integrata

I controlli della progettazione e sviluppi della valutazione integrata devono garantire che:

- si possa dimostrare chiaramente un collegamento tra progettazione della valutazione e gli esiti dell'apprendimento
- le attività siano condotte secondo i principi della trasparenza, accessibilità, correttezza, rispetto del discente ed equità per quanto riguarda l'assegnazione dei voti
- sia definito e validato il sistema di assegnazione dei voti

8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

I risultati della progettazione devono essere documentabili e possono essere espressi in termini di relazioni.

Essi devono:

- soddisfare i requisiti in ingresso della progettazione;
- includere o far riferimento a precisi criteri di accettazione per il servizio di istruzione e formazione, ossia alla definizione dei limiti entro cui, attraverso controlli, si possono gestire i processi, affinché sia garantito l'ottenimento di risultati rispondenti alle specifiche iniziali;
- fornire adeguate informazioni per l'approvvigionamento, la produzione e per l'erogazione di servizi;

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	35 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- rispettare eventuali disposizioni legislative, anche se non specificate nelle informazioni base della progettazione.

8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo

L'organizzazione deve predisporre ed applicare per identificare, documentare, riesaminare e approvare tutti i cambiamenti e le modifiche.

In tal caso è necessario che il RPRO si assicuri la fattibilità a livello di caratteristiche di progetto, di esecuzione e di controllo. Il tutto viene determinato e registrato dal RPRO e reso inoltre operativo attraverso il coinvolgimento delle funzioni che sarebbero successivamente coinvolte. Si rinvia alla procedura **P.O.I. N. 8.3** l'esplicazione delle modalità operative del presente punto della norma.

8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO

8.4.1 Generalità

L'azienda deve assicurare che i processi, prodotti e servizi approvvigionati e quindi acquisiti dall'esterno siano conformi ai requisiti.

Le richieste di approvvigionamento rispondono al fabbisogno di prodotti, materie prime, materiali di consumo, attrezzi e macchinari e servizi in base alle esigenze aziendali.

I fornitori sono valutati, scelti e sorvegliati in base alla loro capacità di fornire prodotti, materie prime, macchinari e servizi adeguati a soddisfare le esigenze della **A.T.M. SRL** e dei rispettivi clienti.

Le attività inerenti la selezione di questa tipologia di fornitori strategici si distinguono in:

- valutazione e qualifica;
- rivalutazione/monitoraggio.

Le attività di qualifica e monitoraggio sono eseguite da ACQ con il supporto di RSQ ed approvate da RAMM e dal DIR in fase definitiva

Per i fornitori strategici viene eseguita una selezione dal ACQ con il supporto di RSQ su segnalazione di RAMM elaborata una Scheda Valutazione Fornitori (Mod. SVF) di riferimento alla tipologia di fornitura in esame contenente un questionario composto da una serie di quesiti corrispondenti a dei Criteri fondamentali e Criteri accessori. La presenza di un numero minimo di criteri fondamentali permette di considerare il fornitore "qualificato" e quindi di inserirlo nell'apposito Elenco Fornitori Qualificati (Mod. EFQ) approvati dal DIR, dal RAMM e sottoscritto dal ACQ/RSQ.

In caso di fornitori Docenti, Tutor ed Assistenti, verranno utilizzati criteri di selezione appositi, riportati nella Scheda Valutazione Fornitori Docenti Assistenti Tutor (Mod SVFD). In tal caso, la scheda, su segnalazione di RUO è elaborata da RSQ e se si rileva la presenza di un numero minimo di criteri fondamentali sul docente selezionato, quest'ultimo viene considerato il fornitore-docente "qualificato" e quindi viene inserito nell'Elenco Fornitori Qualificati Docenti Assistenti Tutor (Mod. EFQD) approvato infine dal DIR, da RUO e sottoscritto da RSQ.

L'attività di monitoraggio della qualifica di fornitori, i responsabili, coordinati da RSQ, effettuano un controllo periodico (annuale) su ciascun fornitore già qualificato, al fine di verificare la sussistenza dei requisiti previsti nei criteri fondamentali

Per ulteriori approfondimenti riguardo la qualifica si rinvia alla procedura **P.O.I. N 8.4**.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	36 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

8.4.2 *Tipo ed estensione del controllo*

In caso di acquisiti di prodotti, materiale di consumo o servizi, i controlli cui devono essere sottoposti i prodotti ed i servizi approvvigionati sono definiti in fase di accettazione dove ACQ o il responsabile preposto, dopo una verifica tra quanto ordinato, oltre alla verifica documentale, procede al controllo diretto e visivo del materiale arrivato. In caso di esecuzione di servizi il controllo deve avere come obiettivo il riscontro di quanto è stato richiesto al fornitore.

Ove la **A.T.M. SRL** o i rispettivi clienti ritengano necessario effettuare verifiche presso i fornitori, queste saranno richieste direttamente sull'ordine di acquisto che conterrà le relative modalità.

In caso di acquisto di servizi la verifica consiste nel controllo della sussistenza dei requisiti richiesti in contratto.

In caso di servizi di docenza o tutoraggio, come riportato prima, il monitoraggio avviene ad opera di RUO ed infine di DIR, supportati da RSQ. In tal modo, l'organizzazione esegue un controllo che deve principalmente:

- assicurare che i processi forniti dai fornitori soddisfino con regolarità i requisiti dei discenti e dei beneficiari
- effettuare verifiche periodiche sulle attività svolte dai fornitori

8.4.3 *Informazione ai fornitori esterni*

Gli ordini di acquisto o i conferimenti di incarico contengono almeno le seguenti informazioni:

- fornitore, data di emissione;
- articolo e relativa descrizione;
- quantità o l'oggetto del servizio e modalità di erogazione;
- competenza ed eventuali qualifiche del fornitore (in caso di servizi)
- eventuali istruzioni, riferimenti a norme, specifiche tecniche ecc.;
- condizione economiche
- eventuali attività di verifica o validazione che l'organizzazione o i propri discenti potrebbero eseguire presso il fornitore
- informazioni aggiuntive: tempi di consegna, tempi e modalità di erogazione, durata, modalità di trasporto, imballaggio.

Ove opportuno vengono stabiliti requisiti relativi all'approvazione di prodotti, servizi, procedure e processi, alla qualificazione del personale e al sistema qualità.

Gli ordini di acquisto o la richiesta di preventivi, i contratti di fornitura sono emessi dal ACQ e da AMM e sottoposti ad approvazione al RAMM.

Si rinvia l'esplicazione della procedura di approvvigionamento alla **P.O.I. N. 8.4**

8.5 **FORNITURA DI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

8.5.1 *Controllo della fornitura di prodotti e servizi per l'istruzione e formazione*

Le fasi del processo di erogazione si distinguono in :

- definizione dei requisiti del servizio;
- progettazione;
- pianificazione attività;
- erogazione della formazione, o del servizio orientamento al lavoro e consulenza
- monitoraggio dei servizi erogati

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	37 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Le attività di erogazione dei servizi sono svolte in condizioni controllate sotto la supervisione generale di RUO e nello specifico di CSL e di DIRCO. Le modalità sono descritte nella **P.O.I. N. 8.5**.

Le attività di erogazione del servizio, monitoraggio e termine dell'attività sono pianificate dal CSL e da DIRCO sull'apposita documentazione dove si riportano i riferimenti e la descrizione del progetto formativo o di orientamento. L'organizzazione, ove applicabile deve:

- disporre di informazioni documentate, che traccino con chiarezza le fasi di ciascun processo del Sistema di gestione EOMS e presentino i requisiti del servizio da erogare e delle attività da eseguire e indichino gli obiettivi da perseguire
- rendere disponibili idonee risorse per il monitoraggio e la misurazione
- attuare un processo di monitoraggio del feedback, dei reclami in base ai criteri di accettazione del servizio
- fornire sedi, infrastrutture, attrezzature e mezzi idonei alle attività
- selezionare personale competente, richiedendo e monitorando l'aggiornamento delle qualifiche
- validare e periodicamente ri-validare la formazione erogata o il servizio al lavoro erogato, con la consegna dei risultati attesi
- prevedere azioni di intervento in caso di errore umano
- attuare, ove applicabile, attività di rilascio, consegna e post-consegna

8.5.1.2 Ammissione dei discenti

1 Attività di pre-ammissione

L'organizzazione ha il compito di svolgere una serie di attività prima del reclutamento del discente. Precisamente ACC con il supporto di RUO e di RCOMM, organizza appositi incontri individuali e/o di gruppo con i potenziali discenti, ai quali fornisce le seguenti informazioni:

- le esigenze della scuola e quelle professionali, includendo l'impegno sociale
- il coinvolgimento attivo dei discenti e dei beneficiari
- gli esiti attesi dalla formazione e le prospettive di carriera
- i criteri di ammissioni ed i costi del servizio

2 Attività di ammissione

L'organizzazione ha definito i requisiti di ammissione come riportato nella **P.O.I. N. 8.2** e come descritto nella documentazione amministrativa di iscrizione del discente (documenti di iscrizione, Contratto, Regolamento ecc..). I criteri di ammissione sono di tipo:

- organizzativo
- inerenti il settore professionale di riferimento del corso di formazione
- riguardanti il contenuto del programma e/o al contenuto pedagogico

E' compito della DIR Direzione assicurare che i requisiti siano applicati a tutti i discenti secondo il principio dell'uguaglianza ed equità

8.5.1.3 Fornitura di prodotti e servizio per l'istruzione e formazione

Il processo di erogazione del servizio è descritto nella P.O.I. N. 8.5. Principalmente, l'organizzazione assicura:

- orientamento al lavoro e consulenza
- formazione e insegnamento
- facilitazione dell'apprendimento
- un supporto amministrativo alla formazione

8.5.1.4 Valutazione integrata

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	38 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Per le attività di formazione e insegnamento, l'organizzazione deve:

- attuare metodi per l'individuazione del plagio o di altre pratiche scorrette, praticabili nei confronti dei discenti
- garantire il processo di tracciabilità dei voti, in modo da garantire la connessione tra lavoro svolto e presentato dal discente e valutazione espressa dal docente
- assicurare la conservazione dei documenti di valutazione ed assegnazione dei voti (es. test, prove scritte ed orali ecc.)
- pubblicare i tempi di conservazione delle valutazioni

8.5.1.5 Riconoscimento delle valutazioni

L'organizzazione assicura che dopo le valutazioni integrate:

- il discente sia informato delle attività di valutazione e del voto assegnato
- il discente possa richiedere ricorso o la rettifica dei risultati e del voto di valutazione
- il discente possa accedere al lavoro svolto ed alla valutazione espressa

8.5.1.6 Requisiti aggiuntivi per l'istruzione e formazione per bisogni educativi speciali

La direzione provvede a identificare le misure idonee a rendere accessibili i servizi educativi da parte di quei discenti con esigenze speciali. A tale scopo sono state adottate i seguenti interventi:

- implementazione di programmi differenziati, personalizzati per ciascuna categoria di discenti
- avere un approccio con il discente, indirizzato ad aumentare l'autoconsapevolezza, l'auto-regolamentazione
- coordinare le esigenze del discente con quelle dei docenti, del programma del corso e del contesto
- attuare misure individualizzate, di assistenza specifica, quali la modifica del curriculum, l'indirizzo all'indipendenza ed autodeterminazione, il tutoraggio e la mentorship

Le modalità di gestione del processo di reclutamento e di erogazione del servizio verso discenti con bisogni educativi speciali sono dettagliate nella **POI N 8.5 A** Pianificazione ed erogazione formazione per discenti con bisogni speciali

8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

Per identificazione si intende l'individuazione univoca di un servizio, attuata mediante l'apposizione di specifici dati di riconoscimento. Le attività eseguite, i materiali e le attrezzature utilizzate così come la documentazione impiegata in azienda devono avere una chiara identificazione, al fine di ridurre il rischio che i soggetti coinvolti nei processi – costretti ad affidarsi alla memoria – possano utilizzare il materiale «sbagliato».

Per rintracciabilità si intende la capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo o l'ubicazione di un oggetto o di un'attività (o di oggetti e attività analoghi), mediante identificazione documentata e predisposta. Il sistema di rintracciabilità è costituito dal modo con cui – definita l'identificazione di documenti, servizi, fasi di processo – è possibile, quando il contratto lo richieda, risalire dai dati del lavoro completato sino ai livelli più a monte, al fine di poter correlare a tale risultato finale (e/o alle sue parti) tutta la documentazione che costituisce evidenza di controllo.

Nella **A.T.M. SRL** l'identificazione del servizio erogato avviene attraverso l'attribuzione dell'anno di riferimento. Per quanto riguarda l'identificazione dei clienti/discenti ciò avviene oltre che con il

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	39 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

relativo nome e cognome anche mediante attribuzione di un codice numerico che corrisponde al numero di matricola.

Per quanto riguarda la rintracciabilità del servizio, ciò è garantita mediante indicazione dei dati identificativi nella documentazione di registrazione delle fasi del ciclo di erogazione dell'attività formativa.

Il monitoraggio e la misurazione dello stato d'avanzamento dei servizi offerti è mantenuto dalla registrazione cartacea e/o digitale di tutte le fasi del ciclo.

Per quanto riguarda i servizi non conformi, il relativo stato è identificato con la presenza dell'apposito modulo di NON CONFORMITÀ, come previsto nel capitolo 10.

8.5.3 *Proprietà delle parti interessate*

La procedura si applica in particolar modo ai dati personali forniti dal discente. Ai fini del Reg, 679/2016, del D.L.gvo 196 del 30/06/2003 e s.m.i. la **A.T.M. SRL** adotta tutte le precauzioni necessarie per la tutela di queste informazioni e dei documenti che li contengono, in ottemperanza a quanto disposto dalla norma di riferimento. Il Responsabile è il DIR che controlla il corretto impiego dei dati personali.

A tal proposito, l'azienda provvede ad una sicura archiviazione favorendo l'accesso solo agli operatori del Settore Amministrativo e dei Responsabili di settore. Inoltre, si fa firmare al cliente la dichiarazione di autorizzazione di utilizzo dei dati per soli fini di erogazione del servizio.

Ulteriore proprietà del cliente/discente è rappresentata dai dati inseriti nei documenti o dai certificati, diplomi o documenti pertinenti, da questi consegnati e che sono archiviati presso la **A.T.M. SRL**. Tale documentazione è riportata nel dossier discente/utente identificato con la matricola ed il nome ed è custodita presso il Settore Amministrativo in appositi archivi ad opera dei responsabili dei vari uffici in Amministrazione. A tal proposito per ulteriori dettagli sulle procedure privacy si rinvia alla documentazione del sistema di gestione privacy.

8.5.4 *Tutela*

L'organizzazione ha il compito di conservare i risultati della formazione erogata, come da procedura di gestione dei documenti riportati nella procedura **P.O.I. N. 7.5**, in modo tale da garantire la conformità ai requisiti stabiliti.

8.5.5 *Protezione e trasparenza dei dati dei discenti*

L'organizzazione adotta apposita procedura per gestire la protezione e la trasparenza dei dati dei discenti, come previsto nella **P.O.I. N. 7.5** e nella documentazione del sistema privacy di adeguamento al Reg UE 679/2016 e D.Lvo 196/2003 e s.m.i. Le procedure prevedono:

- l'individuazione dei dati, l'archiviazione e l'elaborazione
- gli accessi ai dati
- la condivisione dei dati con terze parti
- i tempi di archiviazione
- il consenso dei discenti all'utilizzo dei dati
- l'autorizzazione del personale all'utilizzo dei dati
- la possibilità offerta ai discenti di esercitare i propri diritti (es. accesso, rettifica, cancellazione ecc..)
- l'adozione di misure di protezione tecnologica validate

8.5.6 *Controllo delle modifiche ai prodotti e servizi per l'istruzione e formazione*

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	40 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

A.T.M. SRL riesamina e controlla le modifiche all'erogazione dei servizi in modo da assicurare la continua conformità ai requisiti specificati.

La **A.T.M. SRL** conserva informazioni documentate che descrivono i risultati dei riesami delle modifiche, la/le persona/e che autorizza(no) la modifica e ogni azione necessaria che derivante dal riesame.

In ragione delle responsabilità organizzative la funzione responsabile di approvare le modifiche dei processi o di singoli servizi è il DIR su proposta dei Responsabili di Settore.

8.6 RILASCIO DEI PRODOTTI E SERVIZI PER L'ISTRUZIONE E FORMAZIONE

L'azienda deve monitorare e misurare le caratteristiche del prodotto/servizio per verificare che i requisiti siano stati soddisfatti, l'evidenza della conformità ai requisiti deve essere conservata e deve essere indicato il soggetto che ha autorizzato il rilascio del prodotto/servizio per la consegna al cliente/discente.

L'azienda mette in atto le attività pianificate in fasi appropriate per verificare che i requisiti del prodotto e servizio sono stati soddisfatti.

Il rilascio dei prodotti e l'erogazione dei servizi al cliente avviene quando quanto pianificato sia stato completato in modo soddisfacente salvo diversa approvazione da parte di un'autorità competente e, ove applicabile, da parte dei tecnici fiduciari del cliente.

L'azienda conserva informazioni documentate sul rilascio di prodotti e servizi secondo le disposizioni di legge, in forma documentata. Le informazioni sono contenute nei contratti e nei rapporti di intervento presso il cliente.

Le informazioni documentate includono:

- l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione
- la riferibilità alla/e persona/e autorizzata(e) al rilascio di prodotti e servizi.

8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE NON CONFORMI

L'organizzazione tratta gli output non conformi mediante uno o più dei seguenti modi:

- correzione;
- segregazione, contenimento, restituzione o sospensione della fornitura di prodotti e di erogazione di servizi;
- informazione ai discenti o beneficiari;
- ottenimento di autorizzazioni per l'accettazione in concessione o in deroga;

La conformità ai requisiti viene verificata quando gli output non conformi vengono corretti.

Le Non Conformità rilevate nell'azienda sono state classificate come segue:

Non Conformità di prodotto/servizio

Può essere fatta da qualsiasi responsabile aziendale. Avvenuta l'individuazione della non conformità, come anomalia di servizio/prodotto, occorre identificare la causa che ha determinato la stessa compilando il Modulo di non conformità (Mod. MNC) e informare il RSQ - Responsabile della Qualità per le disposizioni del caso.

Non Conformità di processo

Può essere fatta da qualunque responsabile aziendale. Avvenuta l'individuazione della non conformità di processo consistente nell'aver riscontrato che non tutte le fasi di processo siano state effettuate o non siano state effettuate del tutto, occorre identificare l'attività difforme. Se necessario, si sospende il processo, previa autorizzazione della DIR - Direzione Generale, si

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	41 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

compila il Modulo di non conformità e si informa il RSQ - Responsabile della Qualità per le disposizioni del caso.

Non Conformità di sistema

Può essere fatta da qualsiasi responsabile aziendale. Avvenuta l'individuazione della Non Conformità di Sistema, ovvero verificato il mancato rispetto totale o parziale di una o più regole della qualità, si provvede all'identificazione della causa che ha determinato un "buco di sistema".

Su indicazione del RSQ - Responsabile della Qualità si verifica, tramite controllo ispettivo, l'ampiezza e la portata delle non conformità in attesa che vengano prese decisioni in merito "al trascorso", ripristinando immediatamente quanto previsto dal sistema qualità.

Allo stesso tempo si compila il Modulo di non conformità, per documentare la non conformità stessa ed avere la traccia dell'informativa data al RSQ - Responsabile della Qualità per le disposizioni del caso.

Il Responsabile di Settore esamina la non conformità, definisce la risoluzione idonea al caso in oggetto, dà le disposizioni in merito e completa il Modulo di non conformità per la parte di propria competenza.

L'implementazione della risoluzione adottata, che può anche riguardare "riesecuzioni", dopo tali attività il Responsabile di settore riverifica il raggiungimento della conformità ai requisiti richiesti. La verifica della chiusura della non conformità, e quindi di efficacia, è effettuata dal Responsabile della Qualità che ne documenta l'esito sullo stesso Modulo di non conformità.

Per ulteriori dettagli si rinvia al capitolo 10.

8.8 PROCEDURE COLLEGATE

P.O.I. N. 8.3 – Progettazione e Sviluppo

P.O.I. N. 8.4 – Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno

P.O.I. N. 8.5 – Erogazione del servizio di formazione

P.O.I. N. 8.5 A – Pianificazione ed erogazione formazione per discenti con bisogni speciali

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	42 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 9 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

9.1.1 Generalità

L'azienda definisce, pianifica ed attua misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento per garantire che il Sistema di Gestione Qualità EOMS, i processi ed il servizio siano conformi ai requisiti. Ciò include l'individuazione dell'esigenza, e l'utilizzo, di appropriate metodologie, incluse le tecniche statistiche.

9.1.2 Soddisfazione dei discenti, dei beneficiari e del personale

L'attività è sviluppata dalla RCOMM e dal DIR con la metodologia di indagini di mercato. Tali indagini, esaminate in sede di riunione di Riesame della Direzione, sono del tipo:

- eventuale distribuzione di un questionario informativo;
- colloquio diretto;
- raccolta dati sul servizio fornito.

In tal caso, in caso di manifestazione di reclami si procede alla registrazione del reclamo sul Modulo Non conformità (Mod MNC) e nel Modulo Rilevazione Analisi e Reclami (Mod. RAR).

E' compito del RSQ - Responsabile della Qualità provvedere alla raccolta ed all'analisi dei dati al fine di rilevare il grado di soddisfazione del discente. Il risultato delle indagini viene poi sottoposto ad esame durante la riunione di Riesame della Direzione e sulla base delle conclusioni attuate opportune azioni correttive, in accordo con le procedure aziendali.

9.1.2.1 Gestione dei reclami e dei ricorsi

L'organizzazione assicura ai discenti, la possibilità di reclamo o di ricorso. Tale possibilità è documentata sia in contratto che nel regolamento.

Nel caso dei reclami si procede nel seguente modo:

- il discente/utente descrive le proprie osservazioni nel Modulo Rilevazione Analisi e Reclami (Mod. RAR) ed invia il documento al RSQ che lo sottopone al DIR - Direzione
- la Direzione prende atto del reclamo e, con il supporto del RSQ Responsabile Qualità e di eventuali ulteriori componenti di rilievo per la gestione del caso (es. RUO – CSL – RAMM ecc..) esamina il reclamo con le dovute indagini. Al termine dell'analisi, la Direzione sottoscrive la valutazione che può consistere nell' accogliere il reclamo e quindi apertura di una non conformità o nel rigettare del reclamo con le relative motivazioni
- il Responsabile Qualità provvede all'invio della risposta al discente o beneficiario e si procede alla chiusura del reclamo
- qualora le motivazioni del rigetto non siano sufficienti a soddisfare le esigenze del discente e ciò non comporta la chiusura del reclamo, la Direzione provvede a conferire l'incarico di affidamento del caso ad uno studio legale per la gestione del problema in via giudiziaria

Nel caso del ricorso, la Direzione prende atto del ricorso e conferisce immediatamente l'incarico ad uno studio legale per la gestione del problema in via giudiziaria.

Sia i reclami che i ricorsi devono essere documentati e conservati come anche la relativa risoluzione. Il monitoraggio da parte della Direzione avviene annualmente, in fase di riesame del sistema di gestione EOMS riportandolo su apposito Verbale di riesame della direzione.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	43 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

9.1.3 Altre esigenze di monitoraggio e valutazione

I processi di monitoraggio, misurazione, analisi e miglioramento attuati nella **A.T.M. SRL** hanno lo scopo di:

- dimostrare la conformità dei servizi di istruzione e formazione
- assicurare la conformità del sistema di gestione EOMS
- assicurare l'efficacia del sistema di gestione EOMS in base al raggiungimento dei risultati di apprendimento concordati
- verificare l'influenza dell'organizzazione sulla comunità

L'analisi, la valutazione ed il monitoraggio si esegue all'inizio, durante ed alla fine di ciascun processo.

Al fine di consentire le attività di monitoraggio e di misurazione dei processi è compito del Responsabile Qualità raccogliere informazioni documentate date da:

- questionari informativi ed analisi della soddisfazione dei discenti e dei beneficiari
- questionari informativi ed analisi della soddisfazione dello staff di lavoro interno
- rapporti di Audit interni
- rapporti di non conformità
- registrazioni dei controlli in fase di accettazione dei prodotti approvvigionati
- monitoraggio dei processi e controllo degli indicatori di processo (es Modulo Processi Aziendali Mod PA)
- controllo degli obiettivi e delle prestazioni del sistema di gestione EOMS
- registrazione dei controlli durante le attività di erogazione del servizio
- analisi periodica del contesto (es. ambiente di apprendimento) e delle azioni di efficacia del monitoraggio dei rischi e delle opportunità
- verbali di riesame della direzione
- reclami e ricorsi dei discenti e dei beneficiari

I dati rilevati sono poi rapportati annualmente, dal Responsabile Qualità al DIR Direttore Generale in sede di Riesame della Direzione nell'apposito Verbale.

9.2 AUDIT INTERNO

9.2.1 Generalità

L'obiettivo dell'audit interno è quello di riscontrare lo stato di attuazione del Sistema di gestione EOMS per mettere in luce l'eventuale esigenza di adottare delle azioni correttive e di migliorare progressivamente il sistema stesso.

Gli audit interni sono pianificati dal RSQ ed approvati da DIR, inoltre possono essere eseguiti da personale esterno e/o interno qualificato ed indipendente dalla funzione oggetto di verifica.

9.2.2 Modalità operative

La pianificazione delle presunte date di audit interni viene registrata nel Programma degli audit interni (rif: "Programma annuale degli audit interni" - Mod. PAAI).

La pianificazione di ciascun audit avviene con l'elaborazione del "Piano Audit Interno" (Mod. PAI) che riporta i riferimenti dell'audit e la documentazione da esaminare, la funzione ed il responsabile da verificare, la data dell'audit. La pianificazione viene accettata e firmata dal responsabile della funzione oggetto di audit e al termine dell'audit viene firmata dal responsabile del gruppo di audit.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	44 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

Il valutatore effettua l'audit in base ai riferimenti della norma, in tal modo si controllano sistematicamente il grado di implementazione del Sistema di gestione EOMS e si rilevano eventuali non conformità.

L'audit sarà condotto in base ad una serie di quesiti che saranno integrati, se il caso lo richiede, con vari strumenti per un'indagine più approfondita e più puntuale.

Le informazioni raccolte durante l'audit interno da parte del valutatore (auditor) sono appositamente elaborate e registrate nel Mod. Rapporto di Audit Interno (Mod. RAI).

In detto rapporto è indicato:

1. Il tipo di audit effettuato (programmata o straordinaria)
2. Il motivo e le risultanze dell'audit
3. Le eventuali non conformità riscontrate
4. Le azioni correttive proposte
5. L'esito della riunione di revisione

Completano il modello, la data di compilazione, la firma del Responsabile della funzione oggetto di controllo e la firma del RSQ o del valutatore che ha effettuato l'audit interno.

I documenti relativi agli audit interni sono archiviati presso il Settore Amministrazione per un periodo di almeno 3 anni, salvo diversa disposizione legislativa e sotto la responsabilità del RSQ Responsabile Qualità.

9.3 RIESAME DI DIREZIONE

9.3.1 Generalità

La DIR Direzione Generale dell'azienda, almeno annualmente e quando lo ritiene opportuno, con il Responsabile Qualità ed eventuali Responsabili di Settore, riesamina il Sistema di Gestione EOMS per accertare la sua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Nel corso del riesame, sono valutate opportunità di miglioramento, investimenti, esigenze di modifiche del sistema, della politica e degli obiettivi.

Il riesame può essere condotto con l'ausilio di collaboratori o specialisti interni ed esterni all'organizzazione.

Il Modulo Verbale di riesame della direzione (Mod. VRD) è considerato documentazione di registrazione della qualità ed è archiviato presso l'archivio Qualità per un periodo di almeno 3 anni e la gestione dell'archiviazione avviene a cura del Responsabile Qualità.

9.3.2 Input al riesame di direzione

Sono sempre considerati i seguenti elementi:

- Obiettivi, attività di miglioramento e relativi risultati
- I cambiamenti nei fattori esterni ed interni rilevanti per l'EOMS
- Le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia dell'EOMS, comprese le tendenze:
 - della soddisfazione del discente ed altri beneficiari
 - dei risultati degli audit interni
 - dei requisiti del discente e dei beneficiari
 - del monitoraggio degli obiettivi previsti e del miglioramento continuo
 - delle non conformità e delle azioni correttive
 - delle prestazioni dei processi e conformità dei servizi erogati (rif indici di processo)
 - delle prestazioni dei fornitori esterni e del corpo docente
 - dei risultati delle valutazioni formative ed integrate
- Stato di eventuali azioni attuate a seguito di precedenti riesami
- Stato delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- Modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione EOMS

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	45 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- Le attività di miglioramento
- Necessità di risorse e relativi piani di investimento

9.3.3 *Output del riesame di direzione*

I risultati del riesame sono decisioni, azioni, piani e obiettivi relativi a:

- Miglioramento dell'efficacia del sistema e dei suoi processi;
- Miglioramento dei servizi erogati relativamente ai requisiti dei discenti e dei beneficiari e al posizionamento dell'azienda rispetto alla concorrenza;
- Necessità di risorse e investimenti.

9.4 **PROCEDURE COLLEGATE**

/

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	46 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

CAPITOLO 10 – MIGLIORAMENTO

10.1 GENERALITA'

Il miglioramento del sistema di gestione EOMS è obiettivo prioritario dell'azienda e ciò avviene attraverso l'utilizzo di strumenti quali:

- la politica dell'EOMS;
- gli obiettivi;
- i risultati degli audit interni;
- l'analisi dei dati;
- le azioni correttive e di miglioramento
- i precedenti riesami da parte della Direzione.

A seguito dell'impiego di tali strumenti in sede di Riesame la Direzione procede:

- all'adeguamento della Politica in caso di mutate esigenze;
- alla ridefinizione degli obiettivi;
- al potenziamento dei metodi di analisi dei dati;
- alla definizione di azioni correttive e preventive rivolte ad eliminare o ridimensionare le insoddisfazioni dei discenti e dei beneficiari ed i costi della non conformità al sistema EOMS.

10.2 NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE

NON CONFORMITÀ

Le attività di gestione delle non conformità riguardano:

- i soggetti che hanno proceduto all'individuazione della non conformità effettuano la relativa segnalazione al Responsabile della propria funzione che si interfaccia con il Responsabile Qualità provvedendo alla relativa registrazione;
- viene effettuata un'analisi sull'impatto della non conformità sulla realtà aziendale e si registrano i dati sul Modulo Non Conformità (Mod. MNC), sul quale verrà descritto il tipo di non conformità, il riferimento al servizio/prodotto non conforme, la causa e le responsabilità presunte;
- individuata la non conformità il Responsabile Qualità previa consultazione del Responsabile Funzione :
 - decide gli interventi utili alla soluzione della non conformità e identifica il personale e le risorse necessarie;
 - informa e istruisce gli addetti del servizio ed eventualmente i fornitori coinvolti;
 - indica sul modulo MNC gli interventi eseguiti e verifica la presenza di tutti i documenti relativi alla gestione delle non conformità;
 - se la non conformità riguarda un prodotto si procede alla segregazione di quest'ultimo in un'area ben distinta per prodotti non conformi.
- il Responsabile della Qualità verifica il trattamento della non conformità e in caso di esito positivo la considera chiusa, altrimenti si predispose un nuovo trattamento. L'esito della verifica viene registrato dal Responsabile della Qualità nel Modulo Non Conformità;
- se il trattamento della non conformità non risulta sufficiente ad eliminare la causa, il Responsabile della Qualità può definire un'azione correttiva e identificare il Responsabile preposto all'attuazione. Quanto detto viene annotato sul Modulo Non Conformità con il rinvio

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	47 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

del trattamento dell'Azione Correttiva nel Modulo Azioni Correttive (Mod. MAC); a tal punto ha inizio il processo di gestione delle Azioni Correttive per il quale si rinvia a quanto riportato di seguito.

In caso di prodotti/materiali non conformi è identificata, segregata e ben delineata un'apposita area in cui affluiscono tutti i prodotti/materiali che dai relativi controlli sono risultati non conformi per quantità, caratteristiche qualitative e/o imballaggio.

In caso di non conformità del prodotto/servizio erogato, il Responsabile di funzione stabilisce interventi a favore del cliente che possono consistere in interventi di addestramento e/o di sensibilizzazione del personale, variazioni di processo o di attività.

AZIONI CORRETTIVE

Per azione correttiva si intende un provvedimento adottato per migliorare le condizioni produttive e, con esse, il Sistema di Gestione EOMS, indipendentemente da tutte le azioni intraprese, a correzione di errori precedenti.

Per individuare le azioni correttive da adottare vengono analizzati tutti i processi, le modalità operative, le non conformità delle varie fasi del processo di erogazione dell'azienda per mettere in evidenza eventuali tendenze negative o andamenti qualitativi anomali.

Modalità di gestione

A seguito di ogni non conformità rilevata internamente e generata, ad esempio, da un mancato rispetto dei requisiti della norma di riferimento o come risposta ad ogni reclamo del cliente, si deve procedere come segue:

- **RACCOLTA DATI.** Il Responsabile della Qualità valuta le non conformità su: processi, prodotti, servizi attraverso i rapporti di non conformità, reclami, questionari di soddisfazione, e audit interni. Tale esame effettuato dal Responsabile della Qualità può dar luogo all'apertura di un'Azione Correttiva. Non è escluso che l'Azione Correttiva possa nascere direttamente dalla rilevazione di una non conformità o reclamo qualora la criticità e l'entità della problematica ne abbia gli estremi;
- **ANALISI DELLA CAUSA.** In base ai dati raccolti il Responsabile della Qualità individua le possibili cause della problematica rilevata. Qualora i dati rilevati non fossero sufficienti per dare una descrizione precisa della problematica e l'individuazione delle cause, il RQ provvede a convocare un gruppo di analisi, interessato all'intervento correttivo, che ha il compito di supportarlo nell'identificazione e nell'eliminazione della non conformità e delle sue cause;
- **NOTIFICA.** Dopo aver raccolto tutti i dati necessari il Responsabile Qualità registra i seguenti dati nella prima parte del "Modulo Azioni Correttive" (Mod. MAC) dove devono essere riportate le seguenti informazioni:
 - data di definizione dell'azione
 - tipologia di azione
 - funzione aziendale coinvolta
 - descrizione della problematica
 - descrizione della causa
- **PIANIFICAZIONE.** Contemporaneamente all'apertura dell'Azione Correttiva il Responsabile della Qualità pianifica l'intervento da effettuare e, se non ha provveduto in precedenza, convoca un gruppo di lavoro interessato all'attuazione dell'intervento. In questa fase si definiscono nell'apposito "Modulo Azioni Correttive" (MAC) i seguenti elementi:
 - descrizione delle azioni da intraprendere per l'eliminazione della non conformità
 - responsabilità per l'implementazione che farà capo all'eventuale gruppo di lavoro
 - i termini dell'applicazione e della verifica
- **ATTUAZIONE.** Il Responsabile del gruppo di lavoro, nel rispetto di quanto pianificato, provvede all'attuazione delle azioni idonee a eliminare la non conformità;

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'	48 di 48
		MQ
		Rev. 0 del 30/09/2022

- **VERIFICA.** Nei termini stabiliti e secondo le responsabilità esplicitate in fase di pianificazione, viene effettuata la verifica. Oltre alla data, la Responsabilità e l'esito devono essere descritti nel "Modulo Azioni Correttive" (MAC). Qualora l'esito fosse negativo, le cause dell'insuccesso devono essere verbalizzate e deve essere definita l'integrazione (nuova azione da intraprendere con relativi termini);
- **ESAME DELL'EFFICACIA.** In tale fase si controlla se l'azione intrapresa in correzione a una problematica rilevata risulta efficace. L'intervento di controllo viene svolto dal Responsabile della Qualità e avviene utilizzando gli stessi indicatori con cui erano state rilevate le carenze. L'esito della verifica viene registrato sul "Modulo Azioni Correttive" (MAC);
- **CHIUSURA.** L'Azione correttiva può essere chiusa quando il suo esito risulta positivo. Il Responsabile Qualità controlla i dati registrati sul modulo e la raccolta della documentazione relativa alle attività affinché costituisca patrimonio di conoscenza per l'Azienda.

10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO

L'azienda pianifica e gestisce i processi necessari per il miglioramento continuo del Sistema di Gestione EOMS, in particolare la direzione facilita il miglioramento continuo del Sistema di Gestione EOMS in funzione di quanto risultante dalla gestione della politica per l'istruzione e formazione, gli obiettivi, i risultati delle Audit, l'analisi dei dati, le Azioni correttive, i feed back del monitoraggio della soddisfazione dei discenti e dei beneficiari ed i riesami della Direzione.

Il miglioramento non deve necessariamente aver luogo in tutti gli ambiti dell'azienda nello stesso momento, ma la focalizzazione dovrebbe essere conseguente a rischi e benefici.

Il miglioramento può:

- essere incrementale (per piccoli cambiamenti) o dirompente riguardo le prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione EOMS
- correggere, prevenire o ridurre gli effetti indesiderati

10.4 PROCEDURE COLLEGATE

/