



# Manuale del Sistema di Gestione della Qualità

redatto in conformità alla norma

UNI EN ISO 9001:2015

Copia N. 1 distribuita in forma:

CONTROLLATA

NON CONTROLLATA

Rev.	Data	Redazione (RGQ)	Verifica-Approvazione (DG)	Note
11	31.05.2017			<i>Emissione per adeguamento alla UNI EN ISO 9001:2015</i>

Il presente documento è di esclusiva proprietà della ILAS Srl

È emesso in forma riservata e come tale non può essere riprodotto, usato o divulgato, interamente o in parte, al di fuori dello scopo per cui viene fornito a terzi, salvo autorizzazione scritta rilasciata dalla Società medesima, anche ai sensi del disposto D.Lgs 30 giugno 2003 n° 196.

**Sommario****SEZIONE 0 – INTRODUZIONE E GESTIONE**

- 0.1 Stato di revisione del manuale
- 0.2 Descrizione della società

**SEZIONE 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

- 1.1 Scopo
- 1.2 Campo di applicazione

**SEZIONE 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI**

- 2.1 Riferimento di conformità
- 2.2 Riferimenti per la realizzazione
- 2.3 Priorità di validità

**SEZIONE 3 – TERMINI E DEFINIZIONI**

- 3.1 Termini e definizioni
- 3.2 Abbreviazioni e sigle

**SEZIONE 4 – SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'**

- 4.1 Contesto dell'organizzazione
  - 4.1.1 *Definizione del contesto*
- 4.2 Esigenze ed aspettative delle parti interessate
- 4.3 Determinazione del Campo di Applicazione del Sistema di Gestione Qualità
- 4.4 Sistema di Gestione per la Qualità e relativi processi
  - 4.4.1 *Definizione dei processi*
  - 4.4.2 *Definizione dell'interazione tra i processi*
  - 4.4.3 *Documenti e registrazioni del Sistema di Gestione Qualità*
- 4.5 Procedure
- 4.6 Istruzioni Operative
- 4.7 Procedure applicabili

**SEZIONE 5 - LEADERSHIP**

- 5.1 Leadership e impegno della direzione
  - 5.1.2 *Attenzione focalizzata al cliente*
- 5.2 Politica per la qualità
- 5.3 Responsabilità ed autorità
  - 5.3.1 *Responsabilità ed autorità*
  - 5.3.2 *Comunicazione Interna*

**SEZIONE 6 – PIANIFICAZIONE DEL SGQ**

- 6.1 Rischi e opportunità
- 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione del loro raggiungimento
  - 6.2.1 *Definizione degli obiettivi*
- 6.3 Pianificazione delle modifiche al SGQ

**SEZIONE 7 – STRUMENTI DI SUPPORTO DEL SGQ**

- 7.1 Risorse
  - 7.1.1 *Messa a disposizione delle risorse*
  - 7.1.2 *Risorse umane*
  - 7.1.3 *Infrastrutture*
  - 7.1.4 *Ambiente di lavoro*
  - 7.1.5 *Risorse per il monitoraggio e la misurazione*
  - 7.1.6 *Conoscenza organizzativa*
- 7.2 Competenza
- 7.3 Consapevolezza
- 7.4 Comunicazione

- 7.5 Informazioni documentate
  - 7.5.1 *Generalità*
  - 7.5.2 *Creazione e aggiornamento delle informazioni documentate*
  - 7.5.3 *Controllo delle informazioni documentate*
- 7.6 Procedure applicabili

**SEZIONE 8 – ATTIVITÀ OPERATIVE**

- 8.1 Pianificazione e controllo operativi
- 8.2 Processi relativi al cliente
  - 8.2.1 *Determinazione dei requisiti relativi al prodotto/servizio*
  - 8.2.2 *Riesame dei requisiti relativi al prodotto/servizio*
  - 8.2.3 *Comunicazioni con il Cliente*
- 8.3 Progettazione e sviluppo
  - 8.3.1 *Pianificazione della Progettazione e dello Sviluppo*
  - 8.3.2 *Input alla Progettazione e Sviluppo*
  - 8.3.3 *Controllo della Progettazione e Sviluppo*
  - 8.3.4 *Output alla Progettazione e Sviluppo*
  - 8.3.5 *Modifiche alla Progettazione e Sviluppo*
- 8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno
  - 8.4.1 *Processo di approvvigionamento*
  - 8.4.2 *Informazioni per l'approvvigionamento*
  - 8.4.3 *Verifica dei prodotti approvvigionati*
- 8.5 Produzione ed erogazione di servizi
  - 8.5.1 *Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione di servizi*
  - 8.5.2 *Identificazione e rintracciabilità*
  - 8.5.3 *Proprietà del cliente*
  - 8.5.4 *Conservazione del prodotto*
  - 8.5.5 *Attività post consegna*
  - 8.5.6 *Controllo delle modifiche*
  - 8.5.7 *Rilascio di prodotti e servizi*
  - 8.5.8 *Controllo degli output non conformi*
- 8.6 Rilascio di prodotti e servizi
- 8.7 Controllo degli output non conformi
- 8.8 Procedure applicabili

**SEZIONE 9 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

- 9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
  - 9.1.1 *Generalità*
  - 9.1.2 *Soddisfazione del Cliente*
  - 9.1.3 *Analisi e valutazione*
- 9.2 Audit Interni
- 9.3 Riesame da parte dell'amministratore
  - 9.3.1 *Generalità*
  - 9.3.2 *Elementi in ingresso per il riesame*
  - 9.3.3 *Elementi in uscita dal riesame*
- 9.4 Procedure applicabili

**SEZIONE 10 - MIGLIORAMENTO**

- 10.1 Gestione delle non conformità
  - 10.1.1 *Generalità*
  - 10.1.2 *Individuazione ed identificazione*
  - 10.1.3 *Trattamento delle non conformità*
  - 10.1.4 *Notifica e comunicazione esterna*
  - 10.1.5 *Registrazioni e loro gestione*
- 10.2 Azioni correttive
- 10.3 Miglioramento continuo
- 10.4 Procedure Applicabili

# SEZIONE 0

## Introduzione e Gestione

### 0.1 STATO DI REVISIONE DEL MANUALE

Revisione	Sezioni Modificate	Descrizione delle modifiche	Natura delle modifiche
11	31.05.2017	REVISIONE GENERALE	ADEGUAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE ALLA UNI EN ISO 9001:2015

### 0.2 DESCRIZIONE DELLA SOCIETÀ

#### 0.2.1 Cenni storici

ILAS è una scuola di specializzazione che opera esclusivamente nell'ambito della comunicazione pubblicitaria e visiva. È una delle maggiori strutture in Italia nel settore della formazione, un risultato prestigioso ottenuto grazie a un'offerta formativa di livello universitario e ai numerosi corsi autorizzati da Adobe e Autodesk erogati nella qualità di Authorized Training Center.

I corsi sono controllati in ogni fase della progettazione e dell'erogazione, attraverso le procedure e gli standard definiti nel sistema di gestione qualità certificato ISO 9001 dal 2002.

Le aree tematiche sono suddivise in dipartimenti: Pubblicità, Grafica, Web, Fotografia, Video, Social Media, Adobe e Autodesk.

In ciascuna area, ILAS propone percorsi specifici e diverse tipologie corsuali, studiati per essere altamente professionalizzanti e per rispondere alle diverse esigenze degli studenti e alle richieste di un mercato del lavoro in continuo mutamento.

Il catalogo dei corsi è organizzato per aree tematiche: Pubblicità, Grafica 2D e 3D, Fotografia, Web, Video, Adobe e Autodesk e per tipologie: **Corsi e Master Liberi** (Specialistici, Coordinati, Avanzati) / **Corsi e Master autorizzati** dalla Regione Campania (ai sensi della L.R.19/87) / **Corsi autorizzati Adobe e Autodesk**. La formazione ILAS propone programmi articolati e completi, con percorsi studiati per unire sempre la conoscenza teorica all'esperienza concreta e alla pratica professionale. Le sessioni principali programmate nei mesi di ottobre, novembre e dicembre, vengono integrate da varie sessioni straordinarie in tutti i periodi dell'anno.

Il cuore delle attività ILAS è la **formazione professionale specialistica**. Per questo motivo, l'impegno principale del Centro Studi è da sempre quello di offrire un programma didattico unico nel suo genere per completezza e articolazione e di promuovere eventi culturali legati al mondo della comunicazione. Nell'ambito delle attività didattiche ILAS

organizza **rassegne, workshop e seminari** con professionisti di chiara fama e docenti esperti del settore, arricchendo la propria offerta formativa e garantendo ai propri studenti un costante aggiornamento in un settore caratterizzato da una costante evoluzione.

I corsi sono tenuti da docenti esperti e specializzati, **tutti di livello universitario per gli argomenti teorici e certificati Adobe o Autodesk per l'insegnamento dei software**. Anche grazie al loro contributo, le scelte didattiche seguono strategie innovative e assicurano l'alto standard qualitativo della formazione. Lo stesso livello dei corsi è garantito anche ai laboratori creativi di pubblicità, di grafica e web che sono tenuti da professionisti della comunicazione, provenienti dalle maggiori realtà del settore pubblicitario e multimediale. Questa sinergia determina il carattere operativo della formazione ILAS e favorisce il continuo aggiornamento delle conoscenze.

In funzione degli obiettivi formativi e della metodologia di insegnamento, tutti i corsi di grafica e/o coordinati che includano un modulo di grafica sono riservati a studenti di età compresa fra i 18 e i 35 anni. Ai corsi di Fotografia Pubblicitaria e alle sessioni serali di tutti i corsi possono partecipare studenti di età compresa fra i 18 e i 40 anni.

ILAS è inoltre un Ente di Formazione Accreditato dalla Regione Campania. Nell'ambito delle attività di formazione autorizzate ai sensi della L.R.19/87 eroga corsi e master riconosciuti.

I corsi ILAS si integrano perfettamente con i percorsi formativi universitari grazie allo sviluppo di attività laboratoriali e all'approfondimento di tutte le tematiche relative agli aspetti teorici e tecnici della comunicazione visiva e pubblicitaria. Lo studente può richiedere la sintesi del progetto formativo per verificare e quantificare il valore dei crediti che la propria Università può riconoscere. ILAS ha inoltre progettato speciali master-classes riservate agli studenti delle Accademie di Belle Arti, complementari alla didattica dei percorsi accademici triennali o quinquennali.

La segnalazione dei migliori curricula alle aziende rappresenta un'occasione unica di contatto diretto con le più importanti realtà lavorative del settore. Il criterio selettivo rappresenta per gli allievi un forte elemento di stimolo e, per le aziende, una reale motivazione per valorizzare gli studenti migliori. FutureBrand Gio Rossi Associati, J. Walter Thompson, Minale Tattersfield & Partners, Saatchi&Saatchi, Allianz, Life Longari&Loman, sono alcune tra le agenzie pubblicitarie e le strutture di maggior rilievo con cui gli allievi ILAS hanno già avuto l'opportunità di collaborare al termine dei corsi.

ILAS inoltre è:

**Adobe Authorized Training Center:** Un Centro d'Insegnamento Autorizzato Adobe è una struttura di formazione che offre corsi, seminari e workshop su prodotti Adobe. Diventare AATC significa aver investito nella formazione dei propri docenti e collaboratori, per offrire ai propri studenti lezioni e percorsi aggiornati sulle ultime tendenze della creatività e sugli innovativi strumenti messi in campo da Adobe.

**Autodesk Authorised Training Centre:** Autodesk Inc. è la prima azienda a livello mondiale nella produzione di software di progettazione 2D e 3D. I centri ATC sono autorizzati da Autodesk a fornire corsi sui software prodotti dall'azienda. I docenti e i tutor sono autorizzati all'insegnamento direttamente dall'azienda che ne verifica professionalità e preparazione in base a standard internazionali.

Associata ad AIAP - Associazione Italiana Progettazione per la Comunicazione Visiva. Obiettivi fondamentali dell'organizzazione sono la promozione della cultura della comunicazione e della pubblicità e la qualificazione del linguaggio grafico in ambito professionale e didattico.

**Testing Center Pearson Vue:** si possono sostenere gli esami di certificazione ACA e ACE Adobe direttamente alla ILAS. Il Centro Studi fa parte del network di certificazione Pearson Vue per offrire una gamma di servizi completa a tutti gli utenti che hanno la necessità di un riconoscimento ufficiale delle proprie competenze.

Associata FIDEF: La Federazione Italiana degli Enti di Istruzione e Formazione è nata dall'esigenza di rappresentare enti, scuole, agenzie ed istituti che pongono in essere attività corsuale di formazione ed istruzione culturale e professionale, tese all'ampliamento ed all'aggiornamento delle competenze.

Le attività riguardano:

***Progettazione ed erogazione di corsi di formazione professionale riconosciuti e non riconosciuti.***

### 0.3.3 Dati istituzionali e collocazione logistica

---

Ragione sociale	ILAS S.r.l.
Sede Legale e Operativa	Via De Gasperi, 45 - 80133 - Napoli
Partita I.V.A.	06069221213
Tel:	081 4201345
Sito web	<a href="http://www.ilas.com">www.ilas.com</a>

# SEZIONE 1

## Scopo e campo di applicazione

### 1.1 SCOPO

**ILAS** ha predisposto un Sistema di Gestione Qualità adatto alla propria organizzazione, alle attività svolte ed alle proprie specializzazioni, al fine di dimostrare la sua capacità di fornire con regolarità servizi e prestazioni che ottemperano ai requisiti dei Clienti ed a quelli cogenti applicabili e con l'intento di attuare e mantenere una efficace gestione dei processi interni, come stabilito dalla Politica della Qualità definita e diffusa dall'Amministratore.

Il Sistema di Gestione viene definito nel presente Manuale della Qualità ed in Procedure ed Istruzioni ad esso correlate che insieme descrivono le prescrizioni e le modalità per la pianificazione, la realizzazione, il controllo ed il monitoraggio delle prestazioni erogate, nonché dei processi e delle attività ad essi correlate e delineano i criteri per il riesame, l'aggiornamento ed il miglioramento continuo del Sistema stesso.

Il campo di applicazione è stato determinato prendendo in considerazione i fattori interni ed esterni, le parti interessate i prodotti e servizi forniti dall'organizzazione

*Oggetto di certificazione per il sistema UNI EN ISO 9001:*

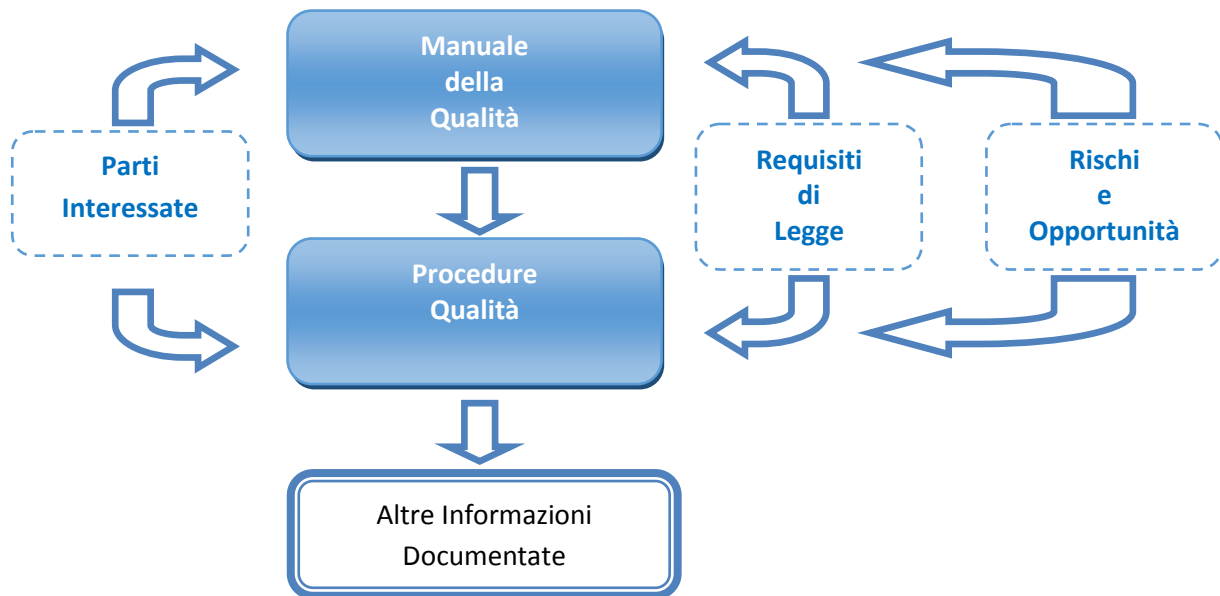
***Progettazione ed erogazione di corsi di formazione professionale riconosciuti e non riconosciuti.***

**Esclusione** del punto 7.1.5 della norma ISO 9001:2015 "Risorse per il monitoraggio e la misurazione"

Nei processi caratteristici di ILAS non è previsto l'utilizzo di alcuna strumentazione di controllo che preveda la necessità o la possibilità di taratura, né peraltro l'organizzazione dispone di tale attrezzatura.

### 1.1.1 Architettura del sistema di gestione

L'architettura della documentazione del Sistema è presentata con lo schema che segue.



Il presente Manuale ricalca la struttura utilizzata dalla norma ISO 9001:2015.

## 1.2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Sistema di Gestione per la Qualità si applica a quelle attività che hanno influenza diretta o indiretta sulla Qualità dei processi di realizzazione dei servizi e delle prestazioni associate in ambito ai settori di intervento ed alle specializzazioni dell'organizzazione.

Nel presente Manuale vengono pertanto definiti o richiamati:

- La Politica e gli Obiettivi per la Qualità della Società;
- L'organizzazione gerarchica e funzionale della Società;
- Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità;
- La struttura documentale del Sistema di Gestione per la Qualità della Società ed in particolare le procedure predisposte per l'attuazione ed il funzionamento della stessa;
- I diversi processi che costituiscono il Sistema di Gestione della Società e le interazioni fra gli stessi;
- I compiti, le responsabilità e l'autorità attribuite alle diverse funzioni interne inserite nell'organigramma, nonché le interfacce fra le funzioni stesse e con le organizzazioni esterne coinvolte e interessate dal Sistema di Gestione per la Qualità;
- I criteri ed i requisiti applicabili per le attività di controllo, assicurazione e gestione per la qualità e per la pianificazione ed attuazione del miglioramento continuo del Sistema e dell'organizzazione.

Il Manuale, unitamente alle procedure ed alle istruzioni ad esso correlate, alle attività di coinvolgimento, informazione, formazione e addestramento del personale, veicola ai Responsabili di Funzione la volontà della Direzione di adottare, ottimizzare e migliorare continuamente il Sistema di Gestione per la Qualità.

La diffusione della Politica e degli Obiettivi per la Qualità, a tutto il personale, rientra fra le competenze prioritarie dei Responsabili di Funzione ed avviene mediante la divulgazione ed il sostenimento dell'attuazione dei criteri e delle prescrizioni definite nel presente Manuale e nelle procedure ed Istruzioni ad esso correlate ed attraverso la trasposizione costante delle informazioni necessarie a fornire, ai diversi livelli dell'organizzazione, la consapevolezza dell'importanza del rispetto dei requisiti specificati, della soddisfazione del Cliente e della partecipazione al miglioramento.



# SEZIONE 2

## Riferimenti Normativi

### 2.1 RIFERIMENTO DI CONFORMITÀ

Il Sistema di Gestione, come descritto nel presente Manuale, soddisfa i requisiti della seguente norma:

- **UNI EN ISO 9001:2015** "Sistemi di Gestione per la qualità - Requisiti "

### 2.2 RIFERIMENTI PER LA REALIZZAZIONE

Costituiscono riferimento per il Sistema di Gestione per la Qualità descritto nel presente Manuale le seguenti norme:

- **ISO 9000:2015** "Fondamenti e vocabolario dei sistemi di gestione per la qualità"
- **ISO 9004:2009** "Gestire un'organizzazione per il successo durevole – L'approccio della gestione per la qualità"
- **ISO 19011:2012** "Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale".
- **D.Lgs. 81/08** e ss.mm. "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"
- **D.Lgs. 196/2003** "Codice sulla privacy"

Sono elencati nel "Elenco Norme e Leggi di riferimento" leggi, decreti, regolamenti e la normativa tecnica di settore applicabile.

### 2.3 PRIORITÀ DI VALIDITÀ

Fra i documenti normativi, descritti nel presente Manuale della Qualità e riportati nelle Procedure e nelle Istruzioni ad esso correlate, adottati in ambito al Sistema di Gestione per la Qualità, per quanto applicabile, si ritiene valida la seguente priorità:

1. Normativa Italiana
2. Normativa Regionale
3. Normativa Europea
4. Normativa Internazionale

# SEZIONE 3

## Termini e Definizioni

### 3. TERMINI E DEFINIZIONI

Per quanto concerne i termini e le definizioni adottate nel presente Manuale della Qualità, si fa riferimento alla norma UNI EN ISO 9000:2015.

Per favorire la chiara e corretta interpretazione delle prescrizioni riportate nel presente Manuale e facilitarne la comprensione si riportano di seguito i termini e le definizioni ritenute fondamentali:

**Alta Direzione:** Persona o gruppo di persone che dirige e controlla un'organizzazione al massimo livello;

**Ambiente di lavoro:** Insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro;

**Analisi dei rischi:** Processo globale di definizione della grandezza di rischio e di decisione se questo è tollerabile o meno;

**Appaltatore:** Organizzazione terza che fornisce prestazioni d'opera o realizza parte di prestazioni/prodotti/servizi per conto dell'Organizzazione;

**Azienda:** il complesso di qualsiasi organizzazione e organismo economico responsabile della implementazione dei requisiti della presente normativa, incluso tutto il personale (amministratori, dirigenti, management, supervisori e l'organico non dirigenziale, sia esso assunto direttamente, a contratto o altrimenti rappresentante l'azienda). **Azione correttiva:** Azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata, o altre situazioni indesiderabili rilevate;

**Azione preventiva:** Azione per eliminare la causa di una non conformità potenziale o di altre situazioni potenziali indesiderabili;

**Caratteristica:** Elemento distintivo;

**Cliente:** Organizzazione o persona che riceve un prodotto. Si intende come tale il destinatario dei prodotti e dei servizi dell'Organizzazione;

**Corporate governance:** è la forma di governo dell'impresa. L'insieme dei rapporti tra i dirigenti, gli amministratori, gli azionisti e le altre parti interessate di un'impresa. Il concetto comprende anche la struttura attraverso la quale gli obiettivi della compagnia vengono individuati e sono determinati gli strumenti per raggiungere tali obiettivi e controllare le prestazioni. La Governance Allargata consiste in una gestione responsabile non solo nei confronti della proprietà (azionisti), ma anche verso quei portatori di interesse che influenzano o sono influenzati dall'attività d'impresa (gli stakeholder).

**Correzione:** Azione per eliminare una non conformità rilevata;

**Documento:** Informazioni con il loro mezzo di supporto;

**Evidenza oggettiva**

Dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa;

**Fornitore**

Organizzazione o persona che fornisce un prodotto. Tale definizione viene utilizzata per identificare le Organizzazioni o persone che forniscono prodotti e servizi all'Organizzazione;

**Identificazione dei pericoli:** Processo di riconoscimento dell'esistenza di un pericolo e di definizione delle sue caratteristiche.

**Indicatore:** E un termine ambivalente, che identifica sia l'oggetto di una misurazione, sia il parametro "unità" mediante il quale si misura l'oggetto stesso. Prescelta una certa attività e gli indicatori ad essa applicabili, l'indicatore misurerà il livello di avvicinamento o scostamento dallo standard.

Ispezione, controllo e collaudo: Valutazione della conformità mediante osservazioni e giudizi associati, quando opportuno, a misurazioni, prove e verifiche a mezzo di calibri;

**Miglioramento continuo:** attività ricorrente mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti. Il Miglioramento continuo è un obiettivo permanente. Lo scopo del miglioramento continuo del sistema di Gestione Qualità è quello di aumentare la probabilità di accrescere la soddisfazione dei clienti e delle altre parti interessate. Le azioni per il miglioramento comprendono: l'analisi e la valutazione della situazione esistente al fine di individuare aree per il miglioramento, l'individuazione degli obiettivi di miglioramento, la ricerca di possibili soluzioni per perseguire questi obiettivi, la valutazione di queste soluzioni e la selezione di una di loro, l'attuazione della soluzione prescelta, la misurazione, la verifica, l'analisi e la valutazione dei risultati di tale attuazione per stabilire se gli obiettivi sono stati raggiunti, la formalizzazione delle modifiche. I risultati vengono riesaminati, per quanto necessario, per individuare ulteriori opportunità di miglioramento. In questo modo, il miglioramento diventa un'attività continua. Anche le informazioni di ritorno dai clienti e dalle altre parti interessate, le verifiche ispettive ed i riesami del sistema di Gestione Qualità, possono fornire spunti per individuare opportunità per il miglioramento.

**Non conformità:** Mancato soddisfacimento di un requisito;

**Obiettivo di miglioramento:** Livello di qualità, superiore allo standard minimo imposto dalla Pubblica Amministrazione, previsto da un contratto o definito volontariamente dall'organizzazione all'interno di una procedura.

**Obiettivi per la qualità e l'ambiente:** Qualcosa cui si aspira o a cui si mira, relativi alla qualità e all'ambiente.

#### **Organizzazione**

Insieme di persone e di mezzi, con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni;

**Pianificazione:** Definizione e collocazione sequenziale delle attività da eseguire;

**Politica ed obiettivi per la qualità:** La politica e gli obiettivi per la qualità vengono stabiliti per fornire indirizzi per guidare l'organizzazione e sono espressi in modo formale dall'alta direzione. Essi individuano i risultati da raggiungere ed assistono l'organizzazione nell'utilizzazione delle sue risorse per raggiungerli. La politica fornisce un quadro di riferimento per stabilire e riesaminare gli obiettivi per la qualità. Questi obiettivi devono essere coerenti con la politica per la qualità e con l'impegno per il miglioramento continuo ed i loro risultati devono essere misurabili. Il conseguimento degli obiettivi di Sistema di Gestione Qualità possono avere un impatto positivo sulla conformità del prodotto, sull'efficacia operativa e sulle prestazioni economico-finanziarie e quindi sulla soddisfazione e sulla fiducia di tutte le parti interessate.

**Processo:** Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita. Gli elementi in entrata in un processo provengono generalmente da elementi in uscita da altri processi. I processi in un'organizzazione sono di regola pianificati ed eseguiti in condizioni controllate al fine di aggiungere valore.

**Procedura:** Modo specificato per svolgere un'attività o un processo.

**Procedura documentata:** Documento che descrive le modalità operative, le risorse e le responsabilità per la gestione e l'esecuzione dei processi o di parte di essi.

**Prodotto (o servizio):** Risultato di un processo

**Programmazione:** Definizione e collocazione temporale delle attività da eseguire;

**Progetto:** Processo a sé stante che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con date di inizio e fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti, ivi inclusi i limiti di tempo, di costi e di risorse;

**Qualità:** Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti;

**Registrazione:** Documento che riporta i risultati o fornisce evidenza delle attività svolte;

**Requisito:** Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o contingente;

**Riesame:** Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia dell'oggetto del riesame a conseguire gli obiettivi stabiliti.

**Riesame del sistema di Gestione Qualità:** Uno dei compiti dell'alta direzione è quello di effettuare valutazioni regolari e sistematiche dell'appropriatezza, adeguatezza, efficacia ed efficienza del sistema di Gestione Qualità rispetto alla politica ed agli obiettivi per la qualità, l'ambiente e la sicurezza. Questo riesame può comprendere la valutazione dell'esigenza di adattare la politica e gli obiettivi per la qualità, l'ambiente e la sicurezza al variare delle esigenze e delle aspettative delle parti interessate. Il riesame comprende la determinazione delle esigenze per eventuali azioni.

Per questi riesami del sistema di Gestione Qualità vengono utilizzati, tra le altre fonti di informazione, i rapporti delle verifiche ispettive.

**Rintracciabilità:** Capacità di risalire alla storia, all'utilizzazione o all'ubicazione di ciò che si sta considerando

**Sistema di Gestione Qualità:** La parte del sistema di gestione generale che comprende la struttura organizzativa, le attività di pianificazione, le responsabilità, le prassi, le procedure, i processi, le risorse per elaborare, mettere in atto, conseguire, riesaminare e mantenere attive le politiche per la qualità.

**Soddisfazione del cliente:** Percezione delle esigenze presenti e future, implicite ed esplicite del cliente, rispetto e soddisfazione dei suoi requisiti e superamento delle aspettative stesse del Cliente.

**Stakeholder:** Termine inglese che vuol dire "portatore d'interesse". Soggetti interni o esterni all'impresa, con interessi ed esigenze diversi, in grado di influenzare le scelte e i comportamenti dell'impresa e di condizionarne il successo.

**Standard:** Livello di qualità minimo garantito dall'Azienda, sia esso imposto dalla Pubblica Amministrazione, previsto da un contratto o definito volontariamente all'interno di una procedura.

**Verifica:** Conferma, sostenuta da evidenza oggettive, del soddisfacimento di requisiti specificati;

**Validazione:** Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti relativi ad una specifica utilizzazione o applicazione prevista sono stati soddisfatti;

**Taratura:** Insieme delle operazioni che stabiliscono la relazione tra i valori indicati da uno strumento di misurazione ed i corrispondenti valori noti di un misurando.

### 3.2 ABBREVIAZIONI E SIGLE

ORGANIGRAMMA	
DG / DIR	Direzione Generale
RSPP	Responsabile SPP
RGQ	Responsabile Sistema Qualità
RD	Responsabile Didattico
RSI	Responsabile Sistema Informativo
PRL	Responsabile Progettazione Corsi Liberi
PRR	Responsabile Progettazione Corsi Regionali
CRD	Coordinatore didattico
SGR	Segreteria
RCP	Reception
DOC	Docente
WEN	Web engineer
ACQ	Responsabile Acquisti
COM	Responsabile Commerciale
ASS	Assistente - Bidello
RdF	Responsabile di Funzione

TERMINOLOGIA	
MQ	Manuale Qualità
PQ	Procedure
Mod.	Moduli
PdQ	Politica della Qualità
NC	Non Conformità
AC	Azioni correttive

Qualsiasi altro/a termine/abbreviazione, definizione o sigla particolare, riportata nel contesto del presente Manuale della Qualità, per cui si renda necessaria una spiegazione, al fine di permetterne la comprensione del significato, viene definita e descritta direttamente nella sezione o nel capitolo di competenza.

# SEZIONE 4

## Sistema di Gestione Qualità

### 4.1 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

#### 4.1.1 Definizione del contesto

ILAS ha implementato un processo strutturato di identificazione, valutazione e prioritizzazione dei fattori di contesto che sono in grado di influire in modo significativo sulla sua capacità di generare valore nel breve, medio e lungo termine, ovvero i cosiddetti fattori rilevanti.

L'analisi e la valutazione dei fattori di contesto prende in considerazione il perimetro interno ed esterno all'organizzazione. Il processo di identificazione dei fattori rilevanti del contesto è stato implementato e viene riesaminato periodicamente, facendo attenzione, per quanto possibile, a rilevare le specificità più significative che rientrano nel perimetro di implementazione e mantenimento del Sistema di Gestione Qualità.



I fattori che hanno impatto sui risultati dell'organizzazione 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'organizzazione.

L'organizzazione ha delineato la propria strategia individuando il suo contesto entro il quale si muove, ossia il suo settore di riferimento:

Contesto:

<b>Prodotti / Servizi Erogati</b>	<b>Progettazione ed erogazione di corsi di formazione professionale riconosciuti e non riconosciuti.</b>
<b>Mercato di riferimento</b>	L'organizzazione opera nel settore privato
<b>Legale</b>	<p>In relazione al mercato di riferimento descritto, determinante risulta il contesto normativo Nazionale ed internazionale oltre a quello regionale a cui è tenuto a rispettare</p> <p><b>Legge n° 845 del 21 dicembre 1978:</b> Legge quadro in materia di formazione professionale</p> <p><b>L.R. 28 marzo 1987 n° 19:</b> Riconoscimento dei corsi di formazione professionale autofinanziati</p> <p><b>Delibera Giunta Regionale della Campania n° 242 del 22 Luglio 2013:</b> Modello Operativo di Accreditamento per l'erogazione dei servizi di istruzione e formazione professionale e dei servizi per il lavoro in regione Campania</p> <p><b>DLgs 81/2008 e D.Lgs 160/09 e s.m.i:</b> Testo unico in materia di Sicurezza e tutela dei luoghi di lavoro</p> <p><b>D.Lgs 196/2003</b> (Legge sulla privacy).</p>
<b>Processi critici</b>	<p>L'organizzazione ha individuato processi critici per il proprio SGQ:</p> <p>Commerciale</p> <p>Progettazione Corsi di Formazione</p> <p>Erogazione e controllo Servizi di Formazione Professionale</p> <p>Approvvigionamento di servizi (docenza)</p> <p>Gestione risorse umane e tecniche</p>
<b>Principali parti interessate</b>	<p>Enti e istituzioni (per i corsi di formazione riconosciuti dalla Regione Campania)</p> <p>Clienti</p> <p>Fornitori di servizi</p> <p>Personale interno</p>

**ILAS** determina, verifica e riesamina costantemente quali problemi interni ed esterni possano avere effetti sull'effettiva capacità di fornire costantemente prodotti e/o servizi conformi ai requisiti del cliente e/o di leggi e regolamenti, ovvero sui risultati del Sistema di Gestione

La procedura per il monitoraggio ed il riesame delle parti interessate rilevanti per il Sistema di Gestione per la Qualità e dei requisiti ad esse applicabili (Analisi Rischi - AR) è riportata nel presente Manuale.

**4.2 ESIGENZE ED ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE**

Di seguito viene riportata la mappatura delle parti interessate con la definizione delle relative aspettative/esigenze.

**PARTI INTERESSATE E LORO ASPETTATIVE**


Una volta determinati i fattori rilevanti del contesto interno ed esterno è possibile determinare in modo corretto e preciso il perimetro del sistema di gestione. All'interno del perimetro di progettazione del sistema di gestione occorre prendere in considerazione, al pari dei fattori di contesto, gli Stakeholder rilevanti e le loro aspettative. Sono state identificate n. 6 grandi categorie, queste categorie principali sono state a loro volta suddivise in sottocategorie:

CATEGORIE	SOTTOCATEGORIE
PROPRIETARI	
ISTITUZIONI	Comuni; Province; Regioni; Enti regolatori e di controllo; Enti previdenziali e assicurativi; Istituzioni nazionali; Istituzioni europee
BUSINESS PARTNER	Partner finanziari e creditizi; Associazioni di categoria
UTENTI/CLIENTI	Committenza pubblica e privata Utenti / Clienti dei servizi erogati; Cittadinanza e collettività
LAVORATORI	Dipendenti; professionisti
FORNITORI	Fornitori di servizi;

Per ogni categoria di stakeholder sono stati individuati i requisiti che devono essere rispettati per la soddisfazione degli stakeholder stessi.

	STAKEHOLDER PARTI INTERESSATE RILEVANTI	REQUISITI RILEVANTI
	ESTERNE	ISTITUZIONI
	BUSINESS PARTNERS	Continuità collaborazioni Sviluppo nuove collaborazioni
	UTENTI/CLIENTI	Buon rapporto qualità/prezzi Rispetto delle norme Continuità del servizio Puntualità del servizio
	FORNITORI	Trasparenza sistema di qualifica e valutazione Pagamenti puntuali Continuità del servizio

	STAKEHOLDER PARTI INTERESSATE RILEVANTI	REQUISITI RILEVANTI
	INTERNE	PROPRIETARI
	LAVORATORI	Continuità occupazionale Retribuzioni adeguate Tutela diritti Crescita professionale

Il processo di identificazione del perimetro di progettazione o validazione del sistema di gestione e del campo di applicazione è definito attraverso la relazione tra le parti interessate e di fattori di contesto.



DIMENSIONI DI CONTESTO	FATTORI
Politica e Istituzioni	1) Politiche del Governo, delle Regioni e azioni dei Partiti 2) Relazioni sindacali
Norme e regolamentazione	3) Regolazione Europea 4) Regolazione Nazionale
Variazioni climatiche e ambientali	5) Precipitazioni 6) Temperature
Innovazioni tecnologiche	7) Sistemi di climatizzazione, impianti termici, ecc. 8) Innovazioni tecnologiche
Ambiente e Territorio	9) Caratteristiche morfologiche
Sistema della fornitura	10) Offerta locale di servizi 11) Offerte/appalti sul territorio di interesse 12) Solidità tecnico-economica dei fornitori
Sistema socio-economico	13) Sistema di associazioni 14) Distribuzione demografica 15) Sistema produttivo
Media	16) Rapporti con i media (Radio e TV, quotidiani)
Cultura aziendale e valori	17) Valori e comportamenti auspicati 18) Cultura aziendale radicata nelle prassi quotidiane
Governance	19) Amministratori locali 20) Organi di governo
Struttura Organizzativa, Processi, servizi	21) Relazioni tra i responsabili dell'organizzazione 22) Erogazione del servizio/prodotto
Sistemi informativi	23) Sistema HW, SW e reti di comunicazione 24) Archivi e sicurezza
Rapporti con il Cliente	25) Sistemi di ascolto del cliente 26) Comunicazione esterna
Gestione Risorse umane	27) Politiche di sicurezza e tutela 28) Piani di reclutamento e formazione 29) Gestione delle performance
Impianti e strumentazione	30) Obsolescenza / manutenzione / taratura 31) Tipologia
Gestione finanziaria	32) Rapporto con sistema bancario e assicurativo

I fattori di contesto così individuati sono stati sottoposti ad una valutazione di rilevanza da parte della Direzione. La valutazione di rilevanza avviene a livelli di vertice rispetto alle strategie e finalità dell'organizzazione attribuendo un valore "on o off" rispetto all'effetto sui risultati. Di seguito i fattori risultati rilevanti per l'organizzazione.

<b>DIMENSIONI DI CONTESTO</b>	<b>FATTORI RILEVANTI</b>
Politica e istituzioni	1) Politiche del Governo, delle Regioni e azioni dei partiti
Norme e regolamentazione	3) Regolazione Europea 4) Regolazione Nazionale
Innovazioni tecnologiche	8) Innovazioni tecnologiche
Sistema della fornitura	10) Offerta locale di servizi 11) Offerte/appalti sul territorio di interesse
Sistema socio-economico	15) Sistema produttivo
Cultura aziendale e valori	17) Valori e comportamenti auspicati 18) Cultura aziendale radicata nelle prassi quotidiane
Struttura Organizzativa, processi, servizi	21) Relazioni tra i responsabili dell'organizzazione 22) Erogazione dei servizi
Sistemi informativi	23) Sistemi HW, SW e reti di comunicazione 24) Archivi e sicurezza
Rapporti con il cliente	25) Sistemi di ascolto del cliente 26) Comunicazione esterna
Gestione Risorse umane	27) Politiche di sicurezza e tutela 28) Piani di reclutamento e formazione 29) Gestione delle performance
Impianti e strumentazione	30) Obsolescenza / manutenzione 31) Tipologia
Gestione finanziaria	32) Rapporto con sistema bancario e assicurativo

La valutazione di rilevanza viene ampliata in un'ottica di gestione inclusiva anche alle categorie di stakeholder individuate come rilevanti.

Ad ogni fattore di contesto viene assegnato un punteggio (scala lineare 1-5-9) in relazione alla rilevanza che ha rispetto alla soddisfazione del singolo stakeholder.

Nella progettazione del sistema vengono presi in considerazione tutti i fattori di contesto che hanno colore azzurro e rosso.

Si ottiene così il perimetro di progettazione o validazione annuale (che avviene in sede di riesame) del sistema di gestione.

A questo punto è necessario individuare i processi aziendali necessari per gestire tali fattori di contesto definiti RILEVANTI per le parti interessate.

	DIMENSIONI DEL CONTESTO	FATTORI DEL CONTESTO	PROPIETARI	ISTITUZIONI	BUSINESS PARTNER	LAVORATORI	UTENTI / CLIENTI	FORNITORI	
E s t e r n i	Politica e Istituzioni	1) Politiche del Governo, delle Regioni e azioni dei Partiti	■	■	■	■	■		
	Norme e regolamentazione	3) Regolazione Europea	■	■			■	■	
		4) Regolazione Nazionale	■	■	■	■	■	■	
	Innovazioni tecnologiche	8) Innovazioni tecnologiche	■	■		■	■	■	
	Sistema della fornitura e Sistema socio economico	10) Offerta locale di servizi	■	■		■	■	■	
		11) Offerte/appalti sul territorio di interesse	■	■	■		■	■	■
15) Sistema produttivo		■			■	■	■		
I n t e r n i	Cultura aziendale e valori	17) Valori e comportamenti auspicati	■			■	■		
		18) Cultura aziendale radicata nelle prassi quotidiane	■	■		■	■		
	Struttura Organizzativa, Processi, Servizi	21) Relazioni tra i responsabili dell'organizzazione	■		■				
		22) Erogazione del servizio/prodotto	■		■	■	■		
	Sistemi informativi	23) Sistema HW, SW e reti di comunicazione	■			■			■
		24) Archivi e sicurezza	■			■			
	Rapporti con il Cliente	25) Sistemi di ascolto del cliente	■	■			■		
		26) Comunicazione esterna	■	■			■		
	Gestione Risorse umane	27) Politiche di sicurezza e tutela	■			■	■	■	
		28) Piani di reclutamento e formazione	■			■			
		29) Gestione delle performance	■			■			
	Impianti e strumentazioni	30) Obsolescenza / manutenzione	■			■			
31) Tipologia		■			■				
Gestione finanziaria	32) Rapporto con sistema bancario e assicurativo	■		■					

**4.3 DETERMINAZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ**

Al fine di perimetrare, mettere in atto e migliorare il Sistema di Gestione Qualità, l'organizzazione ha analizzato e considerato le variabili del proprio contesto, classificato le parti interessate e le loro esigenze ed ha individuato la seguente mappa dei rischi strategici di sistema.

RISCHI STRATEGICI	
1	Perdita/mancato rinnovo del contratto / appalto
2	Modifiche sostanziali del quadro regolatorio
3	Caduta reputazionale
4	Economico finanziario
5	Gestione outsourcing e fornitori
6	Rischio di sanzioni in ottemperanza di prescrizioni legislative, autorizzative e contrattuali
7	Rischio di inefficienza nell'esecuzione del servizio / Rischio di minore livello di servizio
8	Rischi di inadeguatezza sistemi informatici
9	Rischio di avere personale non adeguato
10	Rischio di avere attrezzature non adeguate

L'analisi del contesto è stato considerato un vero e proprio processo il cui obiettivo è la determinazione dei fattori che influenzano le finalità, gli obiettivi e la sostenibilità dell'organizzazione.

Il presente Manuale del Sistema di Gestione Qualità è stato realizzato nell'ottica di fornire alle parti interessate (interne ed esterne) un'immagine chiara, ancorché sintetica, dell'approccio alla gestione, illustrandone gli aspetti salienti e gli elementi necessari a consentire al lettore di comprendere le modalità con le quali l'organizzazione ha recepito e tradotto in termini operativi i requisiti dello standard UNI EN ISO 9001:2015.

## 4.4 SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' E RELATIVI PROCESSI

### 4.4.1 Definizione dei Processi

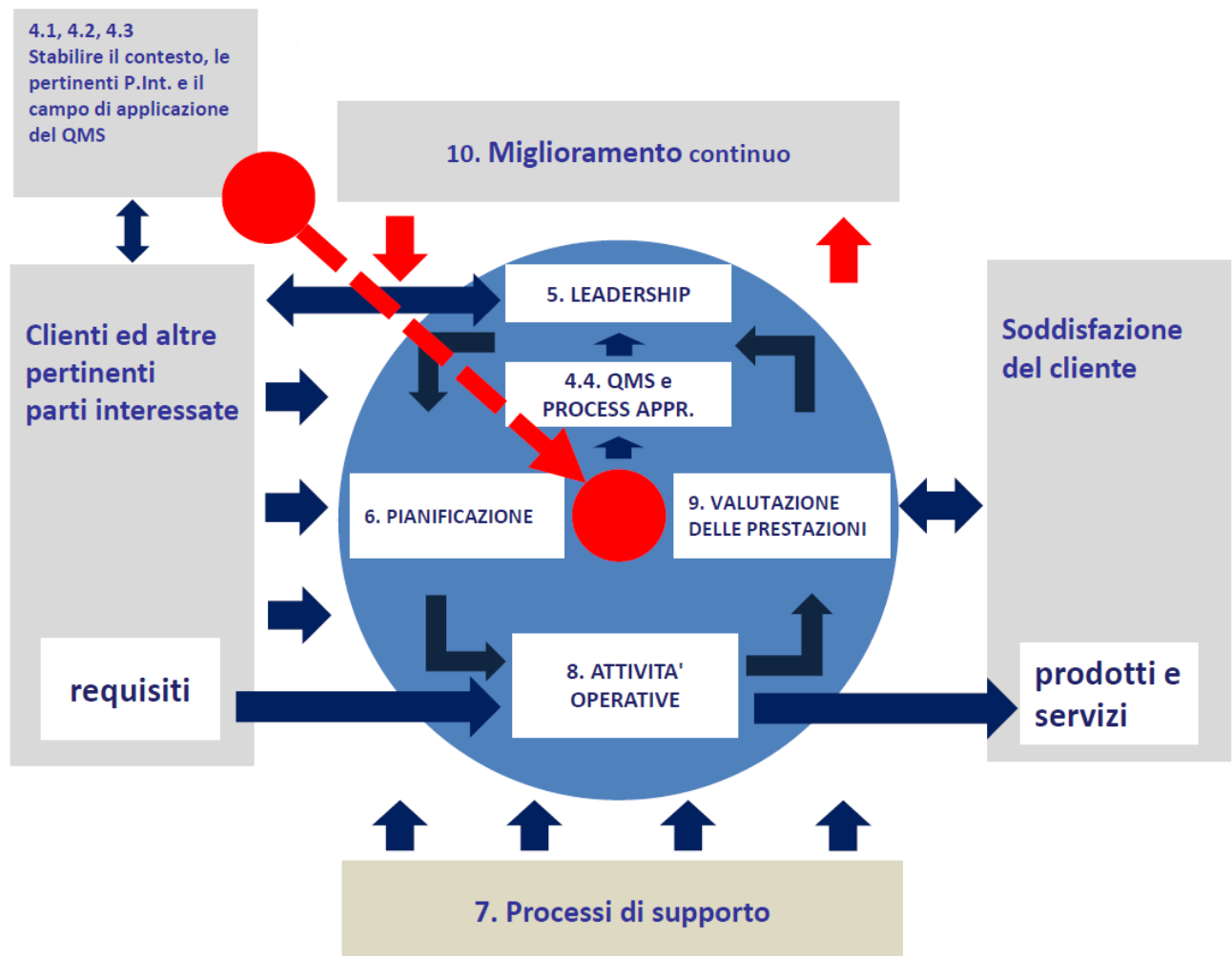
Il Sistema di Gestione per la Qualità è stato strutturato per processi.

In particolare per mettere in atto il Sistema di Gestione si è proceduto a:

1. identificare i processi necessari per il Sistema di Gestione per la Qualità;
2. stabilire la loro sequenza e le loro interazioni;
3. stabilire criteri e metodi capaci di assicurare una loro efficace operatività e controllo;
4. garantire la disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie a supportarne l'implementazione e il monitoraggio;
5. definire criteri e metodi di misurazione, monitoraggio e analisi dei processi, al fine di attuare le azioni necessarie al Miglioramento Continuo del Sistema di Gestione per la Qualità.

Le modalità di pianificazione e di gestione per processi e le relative responsabilità, sono più approfonditamente descritte all'interno delle varie procedure gestionali.

I Processi individuati, implementati e gestiti dal RGQ in accordo ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 e le loro interazioni sono di seguito illustrati:



Il suddetto "Approccio per Processi" si concretizza nell'individuazione, comprensione e controllo di un insieme di processi fra loro correlati, realizzati per il conseguimento di determinati obiettivi (soddisfazione di requisiti), in modo sistematico ed organico.

ILAS ha identificato i processi interessati dal SGQ.

Si distinguono tra processi primari e quelli di supporto.

I processi primari e di supporto si definiscono nel seguente modo:

- ❖ **Processi primari: (core business)**, che trasformano, aggiungendo valore, le risorse in ingresso in servizi e prodotti dei quali fruisce direttamente il cliente e che pertanto hanno un impatto diretto e determinante sulla capacità di soddisfacimento dei requisiti del cliente.
- ❖ **Processi di supporto:** anch'essi direttamente o indirettamente correlati con la conformità del prodotto, ma non "essenziali" al puro fine di produzione, tra i processi di supporto alcuni sono stati denominati processi gestionali trasversali.

Al fine di garantire la soddisfazione del cliente ed il progressivo miglioramento delle prestazioni, ogni processo è pianificato, attuato, controllato e periodicamente riesaminato secondo lo schema Plan-Do-Check-Act.

Ogni processo comprende:

- **Input:** fattori fisici e informativi acquisiti all'esterno o da altri processi aziendali, che sono necessari all'avvio delle fasi dei processi.
- **Attività:** azioni e decisioni che interagendo tra loro consentono la realizzazione dell'output.
- **Output:** rappresenta tutto ciò che va a costituire il risultato del processo.
- **Indicatori:** strumenti che monitorano l'andamento del processo in questione. Possono essere di tipo qualitativo o quantitativo. Nei processi dove non si ritiene necessario uno screening oppure dove è troppo oneroso/complesso rilevare un indice il capo indicatore conterrà la dicitura "non previsto".

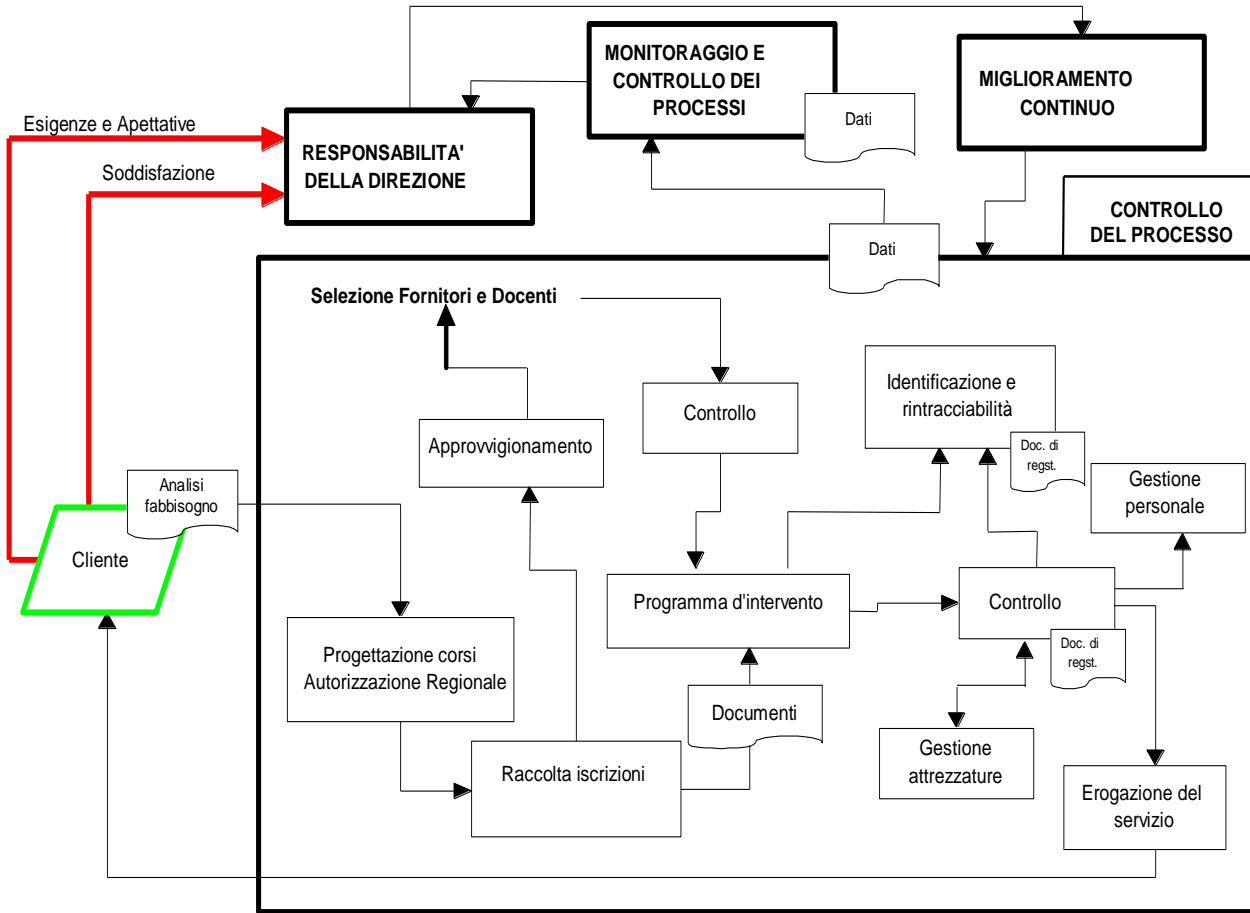
Di seguito vengono elencati i processi gestiti all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità:

- **Processi Primari:**
  - Commerciale e raccolta iscrizioni
  - Progettazione Corsi di Formazione
  - Pianificazione, erogazione e controllo servizi di formazione
  - Selezione dei docenti (approvvigionamento servizi di docenza)
  - Gestione risorse umane e tecniche
- **Processi di supporto:**
  - Sistema Qualità
  - Misurazioni, analisi e miglioramento
  - Gestione delle non conformità e azioni correttive

Processo	Primario o di Supporto	Interno o Esterno	Interagisce con
Commerciale e raccolta iscrizioni	P	I	Direzione
Progettazione	P	I	Direzione Didattica
Pianificazione, erogazione e controllo servizi	P	I	Direzione Didattica
Selezione dei docenti (approvvigionamento servizi di docenza)	P	I	Direzione Didattica
Gestione risorse umane	S	I	Tutti
Gestione risorse tecniche	S	I	Tutti
Gestione Sistema Qualità	S	I	Tutti

Per ognuno dei processi sono definiti indicatori di efficienza ed efficacia.

In tale ottica sono stati individuati i processi primari, le loro interazioni e ed il riferimento alle responsabilità ed ai fattori/parametri che ne determinano l'efficacia, come mostrato nella tabella che segue:



INDICATORI DI PROCESSO			
Processo	Scopo dell'attività	Elaborati prodotti	Indicatori di efficacia
CRD	Verificare e riesaminare i requisiti del cliente e le sue fonti di informazione	Modulo di Iscrizione Domanda di Iscrizione	Rapporto % tra il n° di richieste pervenute ed il n° delle iscrizioni annuali  Rapporto % tra il numero di iscrizioni e la tipologia di fonti di informazioni del cliente  N° reclami del cliente
CRD RGQ	Verifica dell'approvvigionamento di materiali/attrezzature e servizi	Elenco Fornitori Schede Fornitori	N° e tipologia delle NC da parte del fornitore nell'evasione dell'ordine
RD	Verifica dell'approvvigionamento di servizi di docenza	Schede Docenti	N° e tipologia di NC attribuibili ai docenti
RD	Verifica delle attività di progetto	Piano progetto e documenti di controllo	N° di NC in fase di progettazione corsi  Rapporto % tra progetti validati e progetti realizzati

RD	Pianificazione dei corsi e svolgimento delle attività di aula	Calendario corsi Pianificazione orari di lezione Realizzazione delle Schede di Test e Valutazione allievo	N° di NC in fase di erogazione del servizio  Incidenza economica delle NC  N° reclami da cliente  Incidenza economica dei reclami  Valutazione dei questionari di soddisfazione  Rapporto % tra iscrizioni / n° allievi a fine corso / esiti esami
DIR	Controllo delle attività di aula		Ore autorizzate / ore effettuate
RD	Tasso di attuazione dei corsi	Analisi dati / diagrammi	Partecipanti al termine / partecipanti all'avvio
RD	Tasso di abbandono dei corsi	Analisi dati / diagrammi	Rapporto % tra iscrizioni / n° allievi a fine corso / esiti esami
RD	Tasso di efficacia dei corsi	Analisi dati / diagrammi	Numero di allievi al termine del corso che risultano occupati o studenti a sei mesi dal termine del corso / numero intervistati
DG	Tasso di efficienza dei corsi	Analisi dati / diagrammi	Guadagni / costi
RGQ	Livello di soddisfazione	Questionari  Analisi dati / diagrammi	Valutazione dei questionari di soddisfazione  Numero di allievi soddisfatti al termine del corso / numero allievi complessivi

In relazione a questi processi la Direzione assicura la disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie per supportarne il funzionamento e il monitoraggio; li mantiene monitorati, li misura, li analizza e attua le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo dei processi stessi.

**Processo affidati all'esterno:**

è possibile l'affidamento all'esterno delle attività di docenza.

L'organizzazione riconosce come propria la responsabilità della qualità di tali servizi (come capacità di soddisfacimento di requisiti) e pertanto adotta sistemi di controllo atti ad assicurare che i processi affidati in outsourcing siano soggetti allo stesso grado di controllo applicabile ai propri processi interni.

A tal fine provvede a:

- un'adeguata valutazione dell'affidatario, con particolare riferimento alle referenze circa abilitazioni / certificazioni, attività simili già svolte in passato con successo;
- una definizione precisa degli aspetti contrattuali, considerando gli aspetti tecnici, sia volontari che cogenti e le responsabilità delle parti.



- definire le modalità di controllo dei processi affidati all'esterno ed effettuare le relative verifiche, al fine di ottimizzare tutte le interfacce.
- la definizione (quando possibile) di istruzioni e procedure che descrivano e gestiscano i processi affidati, i monitoraggi, ecc..

### Validazione dei processi speciali:

ILAS si avvale sempre di personale adeguatamente qualificato.

Sono sottoposti a validazione, a cura della Direzione, tutti i nuovi progetti formativi.

La validazione viene eseguita per verificare e dimostrare il raggiungimento dei risultati attesi.

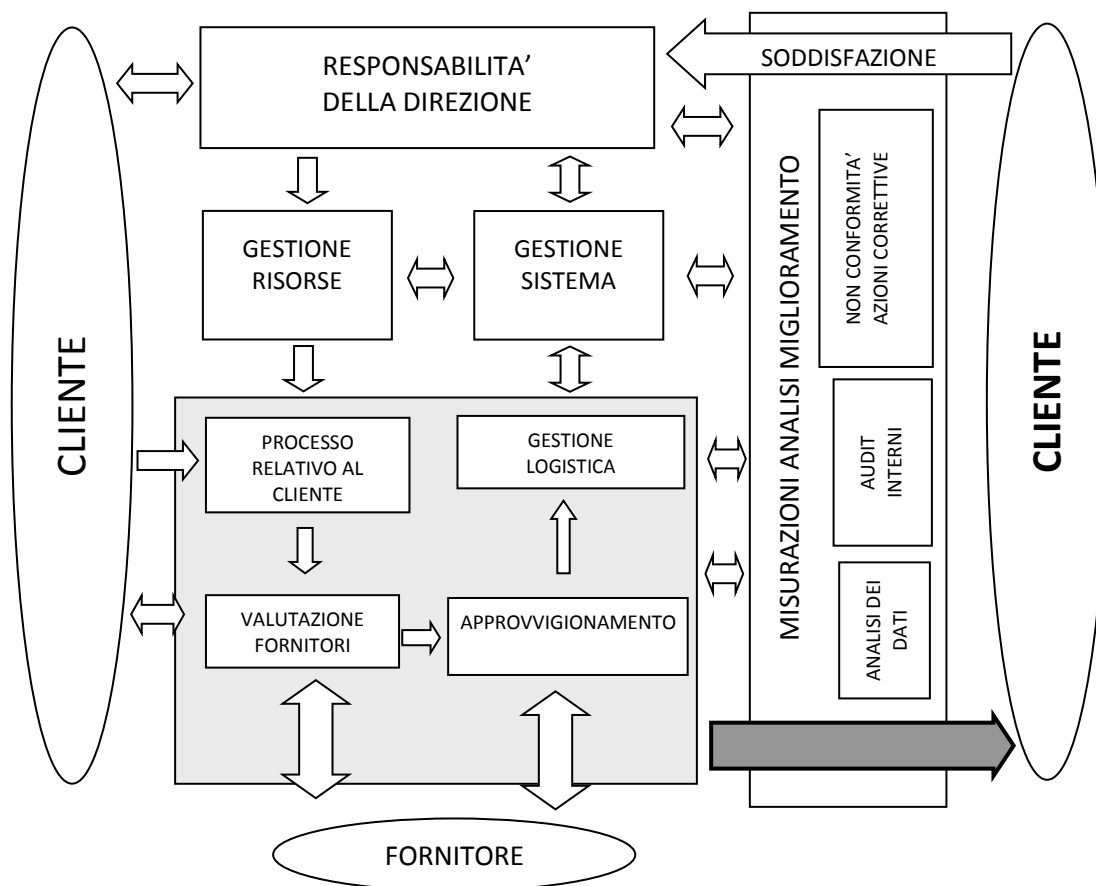
La validazione è:

- eseguita nei passi intermedi di definizione del progetto, attraverso verifiche documentali e confronti con progetti precedenti;
- strettamente dipendente dall'Autorizzazione regionale all'erogazione del corso (solo per corsi regionali);
- sempre eseguita sul "prodotto finale" (corso erogato) attraverso la verifica dei risultati ottenuti (livello di soddisfazione del cliente – tasso di abbandono dei corsi – efficacia dei corsi).

È prevista la registrazione delle diverse fasi sulla modulistica di progetto.

La funzione deputata al controllo della fase è il Responsabile della Didattica.

### 4.4.2 Definizione dell'interazione tra i Processi



#### 4.4.3 Documenti e registrazioni del Sistema di Gestione Qualità

La documentazione del Sistema di Gestione Qualità costituisce la struttura intorno alla quale il sistema si articola, in quanto i documenti sono la fonte di tutte le informazioni del sistema, lo descrivono, definiscono le azioni da intraprendere, le modalità di attuazione, chi deve fare che cosa, quali registrazioni devono essere mantenute ecc.

In particolare, la gestione dei processi è basata su una struttura documentale ed è attuata secondo metodologie che definiscono responsabilità e modalità di svolgimento delle attività e permettono di dimostrare i risultati ottenuti tramite le relative registrazioni.

I documenti predisposti nel Sistema di Gestione includono:

- Schemi organizzativi e Documenti necessari per la pianificazione, funzionamento e controllo dei processi; Norme interne e procedure;
- Documenti di origine esterna (es. leggi, norme e autorizzazioni relative ai fornitori, ai servizi ed alle attività aziendali); Documenti esplicitamente richiesti dagli standard di riferimento.

Tutte le procedure, i piani, le Istruzioni Operative del Sistema di Gestione Qualità sono corredate di apposita modulistica di supporto alle registrazioni in modo tale che risultino sempre verificabili le seguenti informazioni:

- risultati dei riesami della Direzione
- registrazioni relative alla tenuta sotto controllo della documentazione e delle registrazioni stesse registrazioni per il personale
- registrazioni relative alla selezione, valutazione e rivalutazione dei fornitori risultati dell'efficacia ed efficienza dei processi
- risultati delle tarature e verifiche degli strumenti di controllo risultati delle verifiche ispettive interne
- non conformità, segnalazioni, proposte di miglioramento, infortuni, incidenti e azioni correttive.

I documenti del sistema seguono l'iter di redazione, verifica, approvazione indicato nella **PQ 01 - Gestione dei documenti e dei dati**. La procedura disciplina i criteri applicati per l'identificazione, la raccolta, la catalogazione, l'accesso (sia in condizioni normali che non, incluse le emergenze), l'archiviazione, la conservazione, l'aggiornamento, la registrazione e l'eliminazione di documenti e dati obsoleti.

L'elenco complessivo delle procedure del SGQ è riportato (e costantemente aggiornato) sul modulo **Mod. 01-1 Elenco documenti di SGQ**

L'iter di predisposizione e diffusione delle procedure del Sistema di Gestione Qualità prevede la seguente ripartizione di ruoli e responsabilità:

Il personale preposto alla redazione ed aggiornamento del Manuale Qualità e delle Procedure è il Responsabile del Sistema Qualità (RGQ). Il Manuale e le procedure sono verificati dalla Direzione.

Le istruzioni tecniche o operative sono redatte, aggiornate e verificate dal Responsabile del Sistema Qualità.

I Responsabili di Processo, indicati in ciascuna procedura, sono responsabili dell'informazione e della trasmissione dei documenti al personale all'interno della propria struttura.

I documenti del Sistema di Gestione Qualità costituiscono uno strumento di formazione ed una guida operativa per il personale coinvolto nelle varie attività.

Le registrazioni costituiscono una tipologia di documenti di estrema importanza per il Sistema di Gestione in quanto consentono di determinare se lo stesso è effettivamente attuato e conforme ai requisiti applicabili derivanti da standard internazionali, leggi o accordi contrattuali di vario genere.

La Direzione, al fine di concretizzare e dare evidenza del proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità:

- provvede a comunicare, nell'ambito della Società, l'importanza del rispetto dei requisiti relativi al servizio posti dal Cliente;
- definisce e documenta le Politiche, gli Obiettivi, gli Impegni per il sistema di gestione Qualità, assicurando inoltre, che tale politica venga compresa, attuata e sostenuta a tutti i livelli dell'organizzazione della Società;
- effettua il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità;
- garantisce la disponibilità delle Risorse Necessarie.
- incoraggia il miglioramento continuo delle capacità individuali di ogni dipendente.

Tutto il personale e i fornitori della società vengono informati sul Sistema di Gestione Qualità definito attraverso una comunicazione scritta ("*Politica della Qualità*") esposta in bacheca aziendale.

#### **4.5 PROCEDURE**

Le Procedure descrivono i processi richiesti per attuare il Sistema di Gestione per la Qualità e comprendono:

- Le procedure che descrivono l'identificazione, gestione della documentazione e delle prescrizioni legali
- Le procedure che descrivono la gestione delle risorse
- Le procedure che descrivono la gestione delle attività operative
- Le procedure che descrivono la gestione delle valutazioni delle prestazioni e del miglioramento

Le procedure sono diffuse a tutte le persone che prendono parte alle attività indicate. Ogni procedura contiene, come parte integrante, i moduli necessari a produrre i documenti utilizzati.

#### **4.6 STRUZIONI OPERATIVE**

Altri documenti contenenti, o in cui registrare, informazioni documentate e che sono richiamati dal Manuale Qualità e dalle Procedure; si tratta di piani, moduli e schede, check list, necessari a descrivere come condurre determinate attività, nonché istruzioni che descrivono la pratica operativa e le attività di controllo dei processi.

#### **4.7 PROCEDURE APPLICABILI**

**PQ 01** "Gestione dei documenti e dei dati"

# SEZIONE 5

## Leadership

### 5.1 LEADERSHIP ED IMPEGNO DELLA DIREZIONE

L'impegno di migliorare nel tempo le prestazioni qualitative, è fatto proprio dalla Direzione che esercita una funzione di indirizzo e controllo del Sistema di Gestione Qualità assicurandone l'efficacia (il raggiungimento degli obiettivi) e l'efficienza (l'ottimale impiego delle risorse).

La funzione di indirizzo del Sistema di Gestione Qualità è svolta tramite la definizione della strategia operativa che soddisfa le aspettative dei portatori di interesse. L'identificazione dei requisiti/esigenze delle parti interessate si concretizza nella formulazione della Politica della Qualità e nella definizione dei conseguenti obiettivi di miglioramento delle prestazioni.

Al fine di rendere evidente e concreto tale impegno all'interno e all'esterno del gruppo, la Direzione comunica in modo trasparente gli impegni presi, motivando il personale a partecipare al miglioramento continuo.

La Direzione riconosce nel Sistema di Gestione Qualità lo strumento per l'identificazione e la soddisfazione degli interessi delle parti terze, attraverso la loro conversione in requisiti del sistema stesso per mezzo di procedure operative e/o interventi e/o azioni che perseguono obiettivi di miglioramento.

Tale risultato viene raggiunto attraverso:

- la valutazione diretta dell'evoluzione nel tempo delle aspettative e della soddisfazione delle parti interessate, per mezzo di apposite indagini,
- l'approccio per processi e la valutazione dei rischi di sistema,
- l'identificazione e applicazione di tutte le prescrizioni legali relative alle attività aziendali in materia di:
  - conformità legislativa e contrattuale dei prodotti/servizi forniti;
  - ambiente naturale;
  - salute e sicurezza sul lavoro;
  - la valutazione indiretta relativamente al livello di qualità delle prestazioni erogate.

#### 5.1.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

**ILAS** assicura che i requisiti del Cliente siano definiti e soddisfatti allo scopo di accrescerne la soddisfazione.

L'attenzione focalizzata al Cliente ed al suo grado di soddisfazione costituisce una delle componenti principali per l'organizzazione dei processi della società e per la strutturazione ed attuazione del Sistema di Gestione Qualità nonché, una parte dell'impegno della Direzione per la definizione della Politica e degli Obiettivi.

In particolare, l'attenzione verso la soddisfazione del Cliente trova sistematico riscontro rispettivamente nella preventiva determinazione e nel riesame dei requisiti relativi al prodotto in fase precontrattuale, contrattuale e post contrattuale (nel caso di modifiche) e nel monitoraggio continuo delle informazioni relative alla percezione del Cliente sulla soddisfazione dei propri requisiti da parte della società nel corso di realizzazione e sviluppo dei servizi e delle prestazioni e successivamente alla consegna definitiva degli stessi.

## 5.2 POLITICA DELLA QUALITÀ

La Direzione per indirizzare in modo univoco la scelta delle strategie e delle attività conseguenti ha definito la Politica attraverso il documento “**POLITICA DELLA QUALITÀ**” ed assicura che tale Politica sia comunicata e compresa all’interno della Società attraverso le seguenti azioni:

- riunione annuale con tutto il personale per illustrare la Politica della Qualità.
- esposizione della Politica della Qualità in punti visibili dell’Azienda.

La Politica della Qualità definita viene riesaminata ogni anno, in occasione delle attività di Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità, al fine di verificarne l’adeguatezza.

L’organizzazione al fine di mantenere e far crescere il Sistema di Gestione Qualità, si pone i seguenti obiettivi strategici:

- ricercare l’ottimizzazione dei processi aziendali al fine di raggiungere, attraverso il miglioramento continuo il massimo livello di efficienza ed efficacia, nel rispetto dei requisiti contrattuali e della qualità dei servizi erogati; andando così a fornire al cliente un servizio di qualità, affidabile, sicuro, tempestivo, puntuale e flessibile;
- sviluppare la propria capacità di rispondere e anticipare le esigenze ed aspettative dei clienti e di tutte le parti interessate, monitorando il loro grado di soddisfazione, gestendo i reclami e proponendo iniziative per la loro informazione e il loro coinvolgimento;
- far sì che ogni dipendente operante all’interno dell’organizzazione, si senta, in relazione alle proprie mansioni, coinvolto in prima persona nella realizzazione della Politica;
- mantenere la conformità agli obblighi di conformità ed alle norme internazionali, europee, nazionali e locali, in riferimento alla qualità del servizio erogato;

Per raggiungere i suddetti obiettivi la Direzione ritiene indispensabili le seguenti azioni:

1. Effettuare e riesaminare i fattori di contesto e le esigenze delle parti interessate individuando e valutando i rischi e le opportunità di sistema.
2. Dare un assetto gestionale all’azienda che garantisca una organica e chiara definizione dei compiti e delle responsabilità;
3. Implementare metodologie di lavoro tali da poter gestire in forma controllata le attività dell’azienda e ricercare ed applicare per quest’ultime le “migliori pratiche”;
4. Gestire ogni processo sia interno che trasversale all’organizzazione attraverso la metodologia del PDCA ovvero pianificare, eseguire, controllare e agire andando a standardizzare o riprogettare i processi per renderli efficaci ed efficienti;
5. Utilizzare tecnologie volte al miglioramento continuo della qualità dei servizi;
6. Implementare metodi efficaci di comunicazione con le parti interessate, migliorando costantemente sia i mezzi di comunicazione, sia gli strumenti di intervento a fronte di richieste;
7. Comunicare la politica e gli obiettivi del sistema di gestione Qualità agli stakeholder;
8. Formare e sensibilizzare tutto il personale e in particolare i responsabili aziendali nell’attuazione del Sistema di Gestione Qualità, in modo che le linee direttrici di questa politica e gli obiettivi concreti siano compresi e recepiti da tutto il personale ai vari livelli;
9. Implementare efficaci metodologie di aggiornamento delle prescrizioni legali applicabili;
10. Valutare periodicamente, per mezzo di audit interni, la conformità del Sistema di Gestione alla norma di riferimento, alla propria Politica e a quanto pianificato e programmato; in particolare andando a verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i riesami periodici della direzione;
11. Migliorare in modo continuo il Sistema di Gestione sulla base dei risultati dei riesami.
12. Perseguire la continua innovazione tecnologica delle attrezzature di lavoro al fine di aumentare la propria capacità produttiva nel rispetto di tutti i principi di sicurezza e salute dei propri lavoratori;
13. Attuare il coinvolgimento di tutti i lavoratori nella vita aziendale attraverso l’introduzione di procedure e strumenti per favorire il dialogo e il miglioramento del clima aziendale;
14. Attuare il continuo miglioramento dei canali di comunicazione, informazione e coinvolgimento degli stakeholder;
15. Promuovere il coinvolgimento dei fornitori e attuare sistemi di sensibilizzazione/monitoraggio al fine di verificare il rispetto dei requisiti della qualità.

### 5.3 RESPONSABILITÀ ED AUTORITÀ

#### 5.3.1 Responsabilità ed autorità

---

##### **Organizzazione societaria**

La struttura organizzativa della **ILAS** è rappresentata dall'Organigramma funzionale. Il mansionario indica le responsabilità delle Funzioni che dirigono, eseguono e controllano le diverse attività in ambito ai processi del Sistema di Gestione Qualità in relazione ai corrispondenti requisiti applicabili della norma di riferimento.

##### **Responsabilità ed autorità delle funzioni interne**

I compiti, le responsabilità e l'autorità delle diverse funzioni inserite nella struttura organizzativa della società sono stati assegnati dall'Amministratore, come riportato nella matrice citata al paragrafo precedente, e descritti nel dettaglio nel mansionario dei requisiti minimi.

##### **Organigramma nominativo della società**

L'Organigramma nominativo della società, necessario ad identificare le persone a cui sono state attribuite le funzioni indicate nei paragrafi precedenti, viene riportato in un documento, separato dal presente Manuale, emesso e mantenuto costantemente aggiornato dal RGQ ed approvato dalla Direzione. Tale documento viene distribuito in copia a tutti i responsabili di funzione.

#### 5.3.2 Comunicazione interna

---

Consapevole dell'importanza della comunicazione fra le diverse aree operative della Società, al fine di garantire l'interazione e l'integrazione delle rispettive competenze ed esperienze, DG si interfaccia costantemente con i responsabili delle diverse funzioni e coinvolge gli stessi nelle decisioni e nella valutazione delle strategie da adottare nei rapporti con i Clienti e con i collaboratori e fornitori esterni. In collaborazione con RGQ, attraverso il processo di gestione e controllo dei documenti e dei dati, mantiene inoltre informato il personale della società sulla Politica e gli Obiettivi per la Qualità stabiliti e sulle risultanze delle attività di verifica, analisi, valutazione e riesame dei diversi elementi del Sistema di Gestione per la Qualità al fine di determinarne la consapevolezza e motivarne la partecipazione al miglioramento.

# SEZIONE 6

## Pianificazione del SGQ

### 6.1 RISCHI E OPPORTUNITÀ

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

**ILAS** considera tale concetto implicito e lo incorpora nei requisiti per stabilire, implementare, mantenere e migliorare continuamente il Sistema di Gestione.

Al fine di perimetrare, mettere in atto e migliorare il Sistema di Gestione Qualità, l'azienda ha analizzato e considerato le variabili del proprio contesto, classificato le parti interessate e le loro esigenze ed ha individuato la seguente mappa dei rischi strategici di sistema.

L'analisi del contesto è stata considerata un vero e proprio processo il cui obiettivo è la determinazione dei fattori che influenzano le finalità e gli obiettivi dell'azienda.

L'azienda adotta una particolare metodologia per l'adozione dell'approccio risk-based thinking basata anche sulla norma ISO 31000 che ne fornisce le linee guida.



La metodologia per l'analisi e riesame dei rischi e delle opportunità prevede quattro fasi che sono realizzate in maniera ricorsiva per assicurare l'adeguato aggiornamento e l'efficacia dell'analisi e gestione dei rischi e delle opportunità.

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

Per l'azienda "Risk-based thinking" significa considerare il rischio qualitativamente e dipendente dal contesto qualitativo dell'azienda.

Per poter definire il perimetro di applicazione del Sistema di Gestione Qualità sono stati individuati, e sono oggetto di riesame periodico, in sede di Riesame del sistema, i fattori di contesto interni ed esterni rilevanti nonché gli stakeholder capaci di influenzare o essere influenzati dall'attività aziendale e le loro esigenze/aspettative.

**VR&OS - valutazione rischi ed opportunità di sistema**

Una volta determinati gli aspetti, che potenzialmente impattano sul sistema, vengono riportati sul Mod. VR&OS (valutazione rischi ed opportunità di sistema) quelli rilevanti.

Quelli considerati non rilevanti vengono esclusi dal successivo collegamento con gli stakeholder.

Nel caso in cui non vi siano esclusioni, tutti gli aspetti di cui sopra alla tabella vengono relazionati con una scala di priorità rispetto alle categorie di Stakeholder.

All'interno del perimetro di progettazione del sistema di gestione occorre prendere in considerazione, al pari dei fattori di contesto, le esigenze degli Stakeholder.

I Fattori di contesto sono oggetto di periodica valutazione (almeno annuale ed in sede di Riesame) per far emergere/confermare quelli considerati prioritari in termini di rilevanza - influenza sugli obiettivi strategici e sulla sua capacità di ottenere i risultati attesi dal Sistema di Gestione.

La Direzione ha identificato i propri Stakeholder attraverso un percorso di analisi strutturato.

Il processo di identificazione del perimetro di progettazione e/o validazione del Sistema di Gestione e del Campo di Applicazione è definito attraverso la relazione tra le parti interessate ed i fattori di contesto.

Inoltre, ad ogni fattore di contesto viene assegnato un punteggio (scala lineare 1-5-9) in relazione alla rilevanza che ha rispetto alla soddisfazione del singolo stakeholder.

L'analisi dei Fattori di contesto rilevanti, dei Requisiti delle parti interessate "rilevanti" e della loro interazione reale o potenziale con l'organizzazione permette l'identificazione di:

- Rischi con effetti negativi (minacce)
- Opportunità con potenziali effetti positivi

L'elenco completo dei rischi e delle opportunità e l'associazione tra i rischi individuati e i processi dell'organizzazione è registrata nel Mod. VR&OS (valutazione rischi ed opportunità di sistema).

Per ogni processo i macro rischi associati sono stati calati nella realtà operativa e quindi sono stati declinati.

Il metodo scelto per l'identificazione è il metodo PDCA che consiste nei seguenti step:

- 1) selezione del processo in esame
- 2) declinazione del processo per le fasi del PDCA
- 3) individuazione dei rischi e delle opportunità associati ad ogni fase del PDCA

Tramite questa metodologia per ogni processo sono identificati i rischi e le opportunità associate ad ogni processo in esame e così per ogni rischio può essere fatta una valutazione con conseguente trattamento.

La Direzione provvede (almeno una volta l'anno) alla definizione / aggiornamento del set di rischi e opportunità derivante dai fattori esterni rilevanti e dai requisiti delle parti interessate rilevanti.

Ai fini di una più efficiente gestione, l'RGQ può procedere ad accorpamento / riformulazione dei rischi e opportunità (es. , in caso di sovrapposibilità di contenuto).

Dopo aver individuato i rischi e le opportunità strategico - operative all'interno dell'organizzazione è stata sviluppata una metodologia per poter valutare i rischi/opportunità e stabilire una priorità per effettuare azioni di miglioramento.

La valutazione viene stimata sulla base dei seguenti driver:

- FREQUENZA
- IMPATTO

i quali hanno medesima rilevanza (50% ciascuno).

La valutazione stimata sarà considerata secondo la seguente tabella:

VALUTAZIONE	ALTA	MEDIA	BASSA	REMOTA
V	4	3	2	1



Ogni rischio è sottoposto ad una valutazione funzionale alla definizione di priorità d'azione e dell'eventuale monitoraggio e all'implementazione di tali azioni. La valutazione è registrata dal RGQ.

Dopo aver valutato i rischi si identifica per ognuno, se presente, la possibilità di abbattere il rischio con un fattore di correzione della valutazione, nel caso in cui sia già gestito, presidiato e/o monitorato.

Le categorie di abbattimento del rischio sono state identificate in:

Procedure e/o istruzioni tecniche aggiornate

- Monitoraggio Indicatori di riferimento
- Piani di miglioramento in corso e certificazioni specifiche di settore
- Certificazioni in vigore
- Audit interni positivi annuali e audit di certificazione con esito positivo (assenza di rilievi gravi)
- Altro

Ad ogni rischio, individuato a partire dai processi, deve essere assegnato un indicatore per poter effettuare il monitoraggio e stabilire i piani di miglioramento per la gestione.

Tramite il monitoraggio dell'indicatore si può capire se il rischio sia sotto controllo o meno. Nell'eventualità in cui non lo sia, si mettono in atto piani di azione e strategie di miglioramento.

La gestione del rischio può essere fatta in base alla valutazione e all'esito del monitoraggio precedente. I modi in cui può essere gestito il rischio sono:

VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Punteggi	GESTIONE E PRIORITA'
ALTO	da 16 a 13	Piani d'azione – Piani di miglioramento con tempistiche di realizzazione 6 -9 mesi
MEDIO	da 12 a 9	Verifica/modifica/aggiornamento Procedure - Pianificazione di verifiche ispettive entro 12 mesi
SOTTO CONTROLLO	da 8 a 4	Continuo monitoraggio tramite indicatore – verifiche ispettive annuali – report periodici
RIMOSSO - RIDOTTO	da 3 a 0	Verifica in sede di riesame della valutazione

I risultati dell'applicazione della presente procedura di analisi e gestione dei rischi e opportunità è soggetta a riesami periodici (almeno una volta all'anno) realizzati da RGQ in collaborazione con responsabili dei piani di azione / valorizzazione per la gestione dei rischi e opportunità, e finalizzati a:

- Verificare l'attualità delle informazioni e dei dati utilizzati in fase di analisi
- Raccogliere i dati di monitoraggio delle azioni di trattamento dei rischi e valorizzazione delle opportunità in base agli indicatori specifici indicati in fase di sviluppo del piano
- Realizzare il confronto fra obiettivi e risultati
- Definire interventi di miglioramento e/o correttivi
- Pianificare l'implementazione degli interventi definiti

I risultati dei riesami sono registrati in uno specifico verbale dal RGQ e strutturati in termini di:

- Aggiornamento informazioni su fattori rilevanti, requisiti e rischi secondo le modalità indicate nei paragrafi precedenti
- Verifica efficacia dei piani di azione con riferimento a quanto inserito nel campo "Esiti riesame" delle schede per la gestione dei rischi e delle opportunità

Gli interventi di miglioramento e/o correttivi definiti in fase di riesame saranno realizzati a cura o, nel caso in cui la responsabilità sia attribuita ai responsabili dei piani, con la supervisione del RGQ.

## **6.2 OBIETTIVI E PIANIFICAZIONE DEL LORO RAGGIUNGIMENTO**

### **6.2.1 Definizione degli obiettivi**

In accordo con le politiche aziendali, della valutazione rischi ed opportunità e nell'ottica del miglioramento continuo, la Direzione definisce periodicamente specifici obiettivi di miglioramento delle prestazioni mirate a:

- accrescere il grado di soddisfazione del cliente;
- migliorare l'efficienza dei processi;

Gli obiettivi, definiti in sede di Riesame della Direzione, tengono conto, prima di tutto, delle prescrizioni legali e similari (es. norme e regolamenti di riferimento, contratti con i clienti, ecc.), vengono considerate anche le eventuali opzioni tecnologiche, finanziarie e commerciali unitamente al punto di vista delle parti interessate.

Ogni obiettivo di miglioramento è articolato in una o più azioni, per ciascuna delle quali sono definiti:

- Indicatori di prestazione che permettono di misurare e verificare il miglioramento
- Termine di attuazione ed eventuali target (risultati) intermedi
- Responsabilità

A ciascuna azione sono associati uno o più programmi di attuazione che specificano, per ognuna delle attività necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo e le relative:

- responsabilità
- scadenze
- le risorse a disposizione in budget.

Obiettivi e programmi vengono riesaminati con cadenza semestrale nel corso di apposite riunioni che coinvolgono i responsabili assegnati a ciascun obiettivo/programma mentre in occasione del Riesame della Direzione viene valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi stabiliti e verificato il contributo di tali obiettivi al miglioramento dell'intero Sistema di Gestione, congruentemente con le politiche aziendali stabilite.

## **6.3 Pianificazione delle modifiche**

È cura della Direzione e del RGQ assicurarsi che la pianificazione del Sistema di Gestione sia idonea a conseguire la corretta identificazione, definizione, controllo e miglioramento dei processi, nonché il raggiungimento degli obiettivi della qualità stabiliti.

In particolare, la pianificazione del Sistema di Gestione comprende:

- la preparazione del Manuale, delle Procedure e della documentazione;
- le finalità delle modifiche e le loro potenziali conseguenze
- l'integrità del sistema
- la disponibilità delle risorse
- l'allocazione e la riallocazione delle responsabilità ed autorità

# SEZIONE 7

## Supporto

### 7.1 RISORSE

#### 7.1.1 Messa a disposizione delle risorse

la Direzione ha individuato e messo a disposizione risorse adeguate per:

- attuare, aggiornare e migliorare i processi del Sistema di Gestione;
- accrescere la soddisfazione del Cliente.

#### 7.1.2 Risorse umane

Al fine di garantire la soddisfazione dei clienti ed il miglioramento continuo delle prestazioni aziendali, ogni responsabile di funzione mantiene attivo un processo di coinvolgimento e formazione di tutto il suo personale. Tale processo è basato sulla valutazione annuale da parte di ogni Responsabile di Processo dei fabbisogni di formazione dei rispettivi collaboratori in relazione alle attività che gli stessi svolgono in condizioni lavorative normali e rispetto agli obiettivi di miglioramento che li coinvolgono.

La valutazione dei fabbisogni di formazione è svolta annualmente in sede di Riesame della Direzione ed ha come risultato la definizione del Piano di Addestramento e Formazione del personale.

L'efficacia della formazione erogata è tenuta sotto controllo:

- per mezzo degli audit interni
- e/o di specifici test svolti al termine dei corsi
- e/o in fase della valutazione dei fabbisogni di formazione svolta al termine di ogni anno.

Il Personale, a cui sono state attribuite specifiche e definite responsabilità relative al Sistema di Gestione, possiede un adeguato livello di competenza.

Tale livello è assicurato dalla combinazione dei seguenti elementi, in misura variabile in funzione delle responsabilità e delle mansioni del personale:

- Adeguato Grado di Istruzione;
- Esperienza lavorativa;
- Addestramento e formazione continua;
- Aperto scambio di informazioni in tutta l'organizzazione.

Le modalità operative sono riportate nella **PQ / 04** "Addestramento".

### 7.1.3 Infrastrutture

---

La Direzione garantisce che per tutte le attività dell'organizzazione sono disponibili risorse di personale ed attrezzature adeguate riferite ai seguenti temi:

- adeguata disponibilità di attrezzature informatiche (personal computer e relativi accessori) e software;
- servizi di supporto (sito web, biblioteca interna, badge personali, convenzioni, ecc.);
- arredi e spazi di lavoro adeguati, attrezzati e conformi alle normative applicabili in tema di salute e sicurezza;
- supporto per ogni responsabile.

### 7.1.4 Ambiente di lavoro

---

In considerazione della rilevanza che può avere sulle prestazioni dell'azienda, ILAS pone particolare cura nella gestione dell'ambiente di lavoro mediante:

- un management adeguato, compatto e molto impegnato verso gli obiettivi;
- comunicazione orizzontale e verticale efficace;
- assegnazione di mansioni chiare e ben definite;
- metodi di lavoro creativi;
- coinvolgimento del personale in tutte le attività aziendali;
- piani di carriera per il personale;
- gestione e manutenzione delle infrastrutture e delle attrezzature utilizzate;
- definizione dei piani di sicurezza e antincendio;
- formazione e informazione dei dipendenti sulla sicurezza;
- impiego di tecnologie informatiche per facilitare le attività;
- individuazione e impiego di adeguate misure per incentivare il personale e coinvolgerlo nel miglioramento;
- coinvolgimento di tutto il personale affinché sia consapevole della rilevanza delle proprie attività e del proprio contributo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Direzione.

#### **Condizioni di salute, di sicurezza e dell'ambiente di lavoro**

DG, in collaborazione con RSPP ed il medico competente, ha redatto il Documento di Valutazione dei Rischi ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro, ex D.Lgs. 81/08, nel quale sono stati considerati i fattori fisici ed umani, (aspetti ergonomici ed attrezzature a disposizione del dipendente).

#### **Metodi di lavoro**

DG favorisce ogni opportunità per il coinvolgimento di tutte le maestranze nel miglioramento dei metodi e dell'ambiente di lavoro, favorendo la creatività attraverso l'attuazione, ove possibile, dei suggerimenti, anche verbali, che chiunque può dargli.

Gli ambienti di lavoro sono mantenuti in efficienza in modo tale da garantire la sostenibilità delle attività.

### 7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

---

#### **Punto escluso dal SGQ**

Nei processi caratteristici di ILAS non è previsto l'utilizzo di alcuna strumentazione di controllo che preveda la necessità o la possibilità di taratura, né peraltro l'organizzazione dispone di tale attrezzatura.

### 7.1.6 Conoscenza organizzativa

L'organizzazione monitora costantemente i livelli di conoscenza e ne mantiene registrazione:

RISORSE INTERNE	RISORSE ESTERNE
know-how – registrazioni relative all'erogazione di servizi che ne determinino l'evoluzione nel tempo	normative, regolamenti, buone prassi
risorse umane – registrazione delle competenze del personale ed aggiornamenti professionali	Scambio di competenze con clienti e fornitori

## 7.2 COMPETENZA

Tutto il Personale, nell'ambito delle attività che a lui fanno capo, concorre attivamente nello sviluppo e miglioramento del Sistema di Gestione e nel raggiungimento degli Obiettivi.

Al fine di ottenere tale coinvolgimento, nell'ambito del Sistema di Gestione sono state definite modalità e responsabilità relativamente alle seguenti azioni:

- individuazione delle esigenze di competenza del Personale che svolge attività di impatto sulla qualità del servizio;
- addestramento necessario per soddisfare tali esigenze;
- valutazione dell'efficacia della formazione e dell'addestramento forniti.

Per tutto il personale è mantenuta adeguata documentazione relativa al grado di istruzione, all'addestramento effettuato, alle capacità ed all'esperienza professionale; le attività formative tengono conto dei profili professionali presenti in azienda e sono differenziate a seconda dell'appartenenza ai diversi livelli.

Oltre ad individuare le risorse necessarie allo svolgimento delle attività, l'organizzazione ha stabilito i requisiti che deve avere ogni dipendente/collaboratore per assumere un determinato ruolo in azienda.

Nel caso in cui inizialmente un neoassunto o un collaboratore non abbia tutti i requisiti codificati dall'azienda per svolgere determinate mansioni, occorrerà formarlo a mezzo di adeguate azioni di addestramento. Successivamente, in occasione delle VI interne, sarà verificata l'efficacia della formazione effettuata.

La Direzione ha provveduto a determinare i requisiti professionali minimi richiesti al personale di nuova assunzione:

FUNZIONE	REQUISITI MINIMI RICHIESTI
DIR	Diploma Scuola Media Superiore
RGQ	Diploma Scuola Media Superiore
RD	Diploma Scuola Media Superiore
PRG	Diploma Scuola Media Superiore
Docenti	Laurea o Diploma di scuola media superiore + corsi abilitanti di indirizzo
SGR	Diploma Scuola Media Superiore
RSPP	Diploma Scuola Media Superiore + corsi di formazione in ambito sicurezza

La Direzione si assicura e verifica inoltre che il suo personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi.

## 7.3 CONSAPEVOLEZZA

Il personale deve essere sensibilizzato circa l'importanza della propria attività, il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del sistema di gestione e della conseguente performance dell'organizzazione.

A questo scopo l'organizzazione ricorre alla formalizzazione di programmi di formazione/addestramento periodico.

## 7.4 COMUNICAZIONE

Una comunicazione efficace è essenziale per il presente sistema di gestione, DG garantisce che siano presenti meccanismi che la facilitino.

Le modifiche del sistema di gestione per la qualità vengono comunicate alle parti interessate:

- Interne: divulgazione attraverso comunicazioni esposte in bacheca aziendale
- Esterne: divulgazione attraverso comunicazioni scritte tramite posta elettronica solo nel caso di variazioni significative per la parte interessata.

Qualora le modifiche abbiano impatto sulle risorse interne le stesse verranno formate/addestrate come definito al § 7.2.

## 7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

### 7.5.1 Generalità

La documentazione del Sistema di Gestione costituisce lo strumento attivo che ne formalizza la struttura, attraverso la raccolta organizzata ed aggiornata dei documenti che ne regolano la gestione ed il funzionamento, includendo anche i documenti relativi ai rapporti con i Fornitori e i Clienti in materia di gestione.

La documentazione del Sistema di Gestione include:

#### Documenti di origine interna:

- Il documento relativo alla Politica e gli Obiettivi stabiliti dalla Direzione Aziendale;
- Il Manuale;
- Le Procedure in riferimento alla norma UNI EN ISO 9001:2015, quelle aggiuntive che RGQ ha ritenuto utile predisporre per definire le modalità di gestione dei processi del Sistema di Gestione, nonché tutti gli altri documenti necessari per garantirne la pianificazione, il monitoraggio e il controllo.

#### Documenti di origine esterna:

- Leggi, decreti e regolamenti applicabili;
- Norme tecniche e di sistema;
- Documentazione tecnica fornita dai committenti.

### 7.5.2 Creazione ed aggiornamento

Il Manuale è redatto dal RGQ, con la collaborazione dei Responsabili delle funzioni aziendali ed approvato dalla Direzione Generale.

Viene diffuso con servizio di aggiornamento o meno in base ai seguenti criteri:

- Clienti o altri richiedenti: distribuzione in forma non controllata, (salvo diversa disposizione della Direzione).

L'aggiornamento del Manuale è effettuato dal RGQ, qualora si verificano modificazioni sostanziali dei processi, delle attività, ecc.

È il documento di sintesi usato per descrivere, documentare, coordinare ed integrare la struttura organizzativa, le responsabilità e tutte le attività che regolano il funzionamento e la gestione del Sistema di Gestione secondo la Politica e la norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il Manuale include:

- Lo scopo e il campo di applicazione del Sistema di Gestione;
- L'identificazione sintetica dei processi del Sistema di Gestione e delle loro interazioni.

L'organizzazione ha predisposto una procedura documentata al fine di stabilire modalità e responsabilità per la gestione dei documenti del Sistema di Gestione, incluse le informazioni documentate.

La procedura **PQ / 01** "Gestione dei documenti e dei dati" definisce:

- le funzioni responsabili, in fase di prima emissione, di redigere, verificare, ed approvare i documenti;
- il contenuto e le modalità per l'identificazione di ogni documento del SGQ;
- le modalità per revisionare/modificare i documenti (funzioni responsabili di aggiornare, verificare ed approvare i documenti revisionati e modalità per identificare le modifiche e lo stato di revisione dei documenti);
- le modalità di distribuzione, archiviazione e conservazione della documentazione.

### 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

---

Le informazioni documentate della qualità sono conservate dall'azienda per dimostrare il conseguimento dei livelli di qualità previsti e l'efficacia del SGQ attuato.

I documenti di registrazione della qualità costituiscono un'importante fonte d'informazione per il RGQ nella valutazione dell'andamento della qualità e per la Direzione, allo scopo di poter verificare il livello di conformità delle attività e di attuazione delle politiche.

Tutte le informazioni documentate sono sempre leggibili, facilmente identificabili e rintracciabili.

La procedura di riferimento definisce le modalità per identificare, rintracciare, archiviare e conservare le informazioni documentate del sistema.

## **7.6 PROCEDURE APPLICABILI**

**PQ / 01** "Gestione dei documenti e dei dati"

**PQ / 04** "Addestramento".

# SEZIONE 8

## Attività operative

### 8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

Nell'ambito della pianificazione del Sistema di Gestione sono stati definiti i processi correlati all'erogazione dei servizi e delle prestazioni da parte dell'organizzazione e predisposta la documentazione necessaria ad assicurarne l'attuazione, il monitoraggio e la registrazione nel rispetto della Politica e degli Obiettivi stabiliti.

La definizione di tali processi e delle relative caratteristiche e modalità esecutive si è basata su un'attenta analisi dei requisiti associati ai servizi ed alle prestazioni da erogare, sulla valutazione della potenzialità ed adeguatezza delle risorse disponibili e sulla coerenza degli stessi con i requisiti e gli obiettivi stabiliti per gli altri processi del Sistema di Gestione.

L'Organizzazione ha identificato tutti i processi aziendali che concorrono alla realizzazione delle attività pianificandone lo svolgimento attraverso:

- la definizione di obiettivi/standard di prestazione;
- l'attribuzione delle responsabilità per il funzionamento ed il monitoraggio;
- l'identificazione dei requisiti che ne regolano lo svolgimento (prescrizioni tecnico/normative).
- l'elaborazione e attuazione di procedure di gestione dei processi o loro parti (sottoprocessi o fasi);
- l'individuazione e attuazione delle attività di monitoraggio necessarie alla sorveglianza dei processi e alla misurazione dei risultati ottenuti
- la definizione delle registrazioni necessarie a conservare traccia delle attività svolte in conformità a quanto pianificato.

Detti processi, come definiti e procedurizzati, si configurano e si sviluppano, nella loro attuazione, in modo diversificato in relazione alle richieste/aspettative dei Clienti, agli obiettivi della società ed alle esigenze degli eventuali Fornitori coinvolti alla realizzazione delle commesse acquisite.

DG, pur riservandosi l'autorità sulle decisioni, in merito alla programmazione, alla pianificazione ed alle modalità di sviluppo delle commesse ed all'impiego o approvvigionamento delle risorse necessarie, ha affidato le responsabilità per il corretto svolgimento del processo di erogazione e per il coordinamento, lo svolgimento e la rendicontazione delle attività di commessa al Responsabile Didattico (RD) ed al Coordinatore Didattico (CRD).

Tali funzioni si interfacciano con le altre funzioni per la definizione dei requisiti, l'analisi delle problematiche, l'individuazione delle risorse, la programmazione e pianificazione delle attività di esecuzione e controllo e lo sviluppo delle metodologie operative, e sono coadiuvate dal personale a disposizione per l'esecuzione e la registrazione delle attività inerenti l'erogazione delle prestazioni previste e definite.

In ambito alle attività di programmazione e pianificazione dei corsi vengono prese in considerazione le seguenti attività:

- adeguato controllo dell'offerta e riesame dei requisiti del prodotto/servizio;
- attenta gestione delle attività di definizione e controllo dei documenti e dati di base;
- individuazione, approvvigionamento e mantenimento delle risorse umane e tecniche da impiegare;
- individuazione, selezione e valutazione dei fornitori (ove applicabile);
- definizione e pianificazione delle attività gestionali ed operative da eseguire;
- definizione e pianificazione dei controlli intermedi e finali necessari e delle responsabilità ed interfacce correlate;
- informazione, addestramento ed eventuale qualifica del personale incaricato;
- identificazione, preparazione e gestione dei documenti e delle registrazioni necessarie ed applicabili per ciascuna delle fasi di gestione e controllo del processo.



In seguito all'accettazione e stipula del contratto, DG mette a disposizione delle funzioni competenti, la documentazione inerente le condizioni di realizzazione del servizio richiesto dal cliente o predisposta in fase contrattuale.

DG con i responsabili delle funzioni interessate, dà avvio alle attività finalizzate alla organizzazione, programmazione e pianificazione dei corsi attivati.

Sono definite, in fase di progettazione, le modalità per la gestione del processo di erogazione dei corsi e la tipologia delle verifiche intermedie e finali, necessarie a garantire il monitoraggio degli apprendimenti e per determinare la validazione dei programmi formativi.

## 8.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

### 8.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al prodotto/servizio

L'obiettivo primario è quello di rendere chiari i rapporti tra cliente e fornitore per prevenire non conformità o qualsiasi elemento di non soddisfazione del Cliente generato da imprecisi parametri contrattuali.

### 8.2.2 Riesame dei requisiti relativi al prodotto/servizio

L'attività commerciale è articolata in tre fasi.

**Promozione e marketing:** coordinate dalla direzione sono finalizzate:

- a presentare l'organizzazione ed i servizi offerti;
- ad individuare e anticipare le esigenze esplicite ed implicite del cliente.

**Richiesta del cliente:** (gestita da CRD) ha l'obiettivo di formalizzare le richieste del cliente attraverso l'analisi delle sue esigenze.

**Riesame del contratto / Iscrizione:** (gestito da CRD) ha l'obiettivo di:

- confermare o meno l'offerta, riesaminando nel dettaglio i requisiti del cliente e la capacità dell'organizzazione di rispettarli;
- confermare il contratto/iscrizione e la capacità di rispettarlo.

Il contratto/iscrizione costituisce l'accordo completo con il cliente e riporta in maniera chiara e completa lo scopo e natura del servizio, le modalità di erogazione, i costi e gli impegni reciproci.

CRD effettua il riesame prima dell'accettazione di una domanda di iscrizione ad un corso.

È sua responsabilità controllare:

- che i requisiti richiesti all'allievo per la partecipazione al corso (secondo la normativa regionale cogente, per quanto applicabile) siano definiti e documentati;
- che vi sia disponibilità numerica da parte dell'organizzazione (entro il numero massimo di allievi consentito per corso ed i tempi previsti dalla normativa regionale cogente, per quanto applicabile) per l'accettazione di una nuova iscrizione.
- che vengano risolti tutti i possibili scostamenti tra quanto richiesto dal cliente e quanto l'organizzazione è in grado di offrire;

Effettuato il riesame, se l'esito risulta positivo, CRD fa compilare al cliente la Domanda di Iscrizione al corso e la accetta.

Ogni modifica alle iscrizioni deve essere formalizzata e approvata da DG e dal cliente. In particolare, eventuali modifiche richieste dal cliente, vengono gestite come una nuova iscrizione e quindi:

- valutazione/riesame per verificarne la fattibilità;
- sottoscrizione di una nuova iscrizione.

### 8.2.3 Comunicazioni con il Cliente

ILAS pone molta cura nelle attività di comunicazione con il cliente.

La comunicazione e l'informazione continua diretta al cliente è considerata la base per instaurare una collaborazione attiva e quindi un valore aggiunto nel processo di erogazione del servizio nell'ottica del "miglioramento continuo".

La comunicazione con il cliente è curata mediante:

- incontri con la Direzione;
- risposta ai reclami;
- comunicazioni in caso di ritardi o problemi nell'erogazione del servizio;
- sito Web;
- distribuzione di brochure informative;
- sondaggi per misurare la soddisfazione del cliente;
- Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi aggiorna ed integra la Guida ai Corsi ed il Regolamento Interno del Centro Studi e si pone come obiettivo di rendere note le caratteristiche dei servizi principali e collaterali che ILAS offre ai propri clienti e di definire i criteri di qualità e gli aspetti tecnico operativi che rivestono una particolare rilevanza nella gestione del servizio (finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui il servizio viene attuato, procedure di controllo che il cliente ha a sua disposizione, ecc.).

È uno strumento di informazione e di comunicazione con il cliente attraverso il quale ILAS promuove la collaborazione al fine del miglioramento continuo dell'offerta.

## 8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

I seguenti punti definiscono i criteri di riferimento per il controllo e la verifica della progettazione dei corsi di formazione proposti da ILAS che sono adottati allo scopo di assicurare al Cliente il soddisfacimento dei requisiti espressi ed impliciti.

ILAS esegue la progettazione dei seguenti corsi:

- corsi autofinanziati non riconosciuti;
- corsi autofinanziati e finanziati riconosciuti dalla regione Campania;
- nuovi corsi autofinanziati da sottoporre alla Regione per l'approvazione della nuova qualifica.

### 8.3.1 Pianificazione della Progettazione e dello Sviluppo

L'attività di sviluppo della progettazione viene pianificata e controllata attraverso l'applicazione dei criteri specificati dalla Procedura **PQ / 12 "Progettazione"** che individua le varie fasi di attività, le responsabilità e le competenze, la documentazione di riferimento, i tempi di sviluppo, la documentazione da realizzare ed i punti di verifica del progetto.

L'attività di sviluppo della progettazione è supportata da procedure che descrivono in modo chiaro e completo i dati e i requisiti di base del progetto.

I dati e i requisiti di base del progetto-corso, compresi quelli stabiliti da leggi e regolamenti vigenti e cogenti, prima di essere utilizzati vengono verificati direttamente da RD/PRG, che ne stabilisce la loro completezza e adeguatezza.

I tempi per lo sviluppo del progetto vengono stabiliti in base in base alla data di consegna dello stesso all'Ente richiedente ed alla data presunta di proposta al pubblico del nuovo corso di formazione.

E' definito un sistema di interfacce che garantisce un adeguato scambio di informazioni e documenti per tutto il periodo della progettazione; in tale contesto le funzioni che possono essere coinvolte nello sviluppo del progetto sono:

- Responsabile della Didattica (RD)
- Progettista (PRG)
- Responsabile Gestione Sistema Qualità (RGQ)
- Direzione Generale (DG)
- Docenti interni ed esterni

RD collabora attivamente con dette funzioni per la realizzazione dei programmi e dei moduli e per il controllo dell'intera documentazione prodotta.

RD verifica i risultati, ovvero il rispetto dei requisiti stabiliti.

La validazione del progetto-corso (contenuti proposti, risorse ed attrezzature utilizzate, soddisfazione dei clienti, ecc.) avviene da parte di RD, al termine del corso di formazione di nuova progettazione erogato per la prima volta.

### 8.3.2 Input alla Progettazione e Sviluppo

---

Gli elementi in ingresso alla progettazione, riguardanti i requisiti dei corsi di formazione sono sempre definiti e riportati nella modulistica di supporto alla PQ / 12 "Progettazione".

Gli elementi in ingresso comprendono:

- Analisi del fabbisogno formativo ed occupazionale
- Analisi del fabbisogno di nuove figure professionali e di nuove competenze
- Requisiti prestazionali del corso (obiettivi)
- Requisiti cogenti applicabili (leggi, regolamenti ed autorizzazioni)
- Informazioni derivanti da precedenti progetti simili, ove applicabili
- Altri requisiti essenziali per la progettazione

Tali dati sono ricavati attraverso:

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

Le informazioni così raccolte sono analizzate da PRG che ha il compito di definire la strategia formativa.

PRG inoltre ha il compito di verificare se i progetti già presenti in sede possano soddisfare le esigenze del Cliente.

In caso positivo, l'attività di progettazione prende il via dall'analisi del progetto presente. In caso contrario, si dà origine ad una progettazione ex-novo.

### 8.3.3 Controllo della Progettazione e Sviluppo

---

#### Riesame della progettazione

Il riesame della progettazione viene eseguito quando è stata completata la prima fase di redazione della documentazione di progetto, allo scopo di verificare se quanto sviluppato è confacente ai requisiti specificati e se quanto progettato è fattibile in termini di costi, attrezzature e risorse professionali disponibili.

Al riesame partecipano tutte le funzioni che sono state interessate alla fase di progettazione e che vengono allo scopo convocate.

Il riesame viene registrato su apposita documentazione, sottoscritto da tutti i partecipanti e conservati da RD come previsto dalla PQ / 12 "Progettazione".

#### Verifica della progettazione

Ultimata la fase della progettazione, la documentazione è sottoposta alla Direzione Generale per la verifica del pieno rispetto del progetto ai dati e requisiti di base.

Le attività di verifica riguardano:

- esame dei documenti prodotti
- verifica dei tempi e modi di esecuzione dell'azione corsuale;
- verifica delle necessità di approvvigionamento di materiali, attrezzature e professionalità esterne
- analisi del budget previsto ed a disposizione

La verifica della progettazione può comprendere le seguenti attività:

- confronto del nuovo progetto con uno simile già sperimentato;
- simulazioni tecnico operative;

Nel caso di esiti negativi delle verifiche, si torna alla fase di riesame.

I risultati delle verifiche sono documentati e conservati come riportato nella PQ / 12 "Progettazione".

### Validazione della progettazione

Per validazione si intende l'assicurazione che il progetto soddisfi le esigenze definite, è strettamente dipendente dall'Autorizzazione regionale all'erogazione del corso, è eseguita nei passi intermedi di definizione del progetto, ma certamente deve essere sempre eseguita sul "prodotto finale" (corso erogato).

Pertanto la validazione è formalizzata dal RD in tre fasi:

- verifica (documenti, confronto, simulazioni) descritta al punto precedente;
- autorizzazione regionale all'erogazione del corso (quando applicabile);
- conferma finale, da parte del Cliente, della rispondenza del corso alle sue esigenze ed ai suoi requisiti espressi ed impliciti;

La validazione è registrata come riportato nella PQ / 12 "Progettazione".

### 8.3.4 Output alla Progettazione e Sviluppo

Partendo dagli input elaborati, definiti e che hanno avuto una precisazione di obiettivi temporali ed economici da parte della Direzione, RD / PRG deve elaborare gli input di propria competenza e cioè:

- definizione del percorso formativo in relazione alle competenze da acquisire (obiettivi finali del corso), mediante l'articolazione in moduli, a loro volta articolati in unità didattiche;
- individuazione delle condizioni di fattibilità ottimali dal punto di vista dell'utenza e della sede operativa.
- progettazione delle unità didattiche mediante la definizione delle variabili costitutive (obiettivi formativi, contenuti, metodologie, tecnologie didattiche, modalità e strumenti di verifica degli apprendimenti, supporti didattici).

Gli elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo devono essere forniti in forma tale da permettere la loro verifica a fronte degli elementi in ingresso e devono essere approvati prima del loro rilascio.

Gli elementi in uscita dalla progettazione e sviluppo devono:

- Soddisfare i requisiti in ingresso alla progettazione e allo sviluppo
- Fornire informazioni per l'approvvigionamento di attrezzature e servizi esterni e per l'erogazione delle attività
- Contenere o richiamare i criteri di selezione dei docenti e degli allievi

### 8.3.5 Modifiche alla Progettazione e Sviluppo

Le modifiche che si rendessero necessarie seguono lo stesso iter di riesame, verifica e validazione sopra descritto e sono sempre sottoposte all'approvazione della Direzione.

Le modifiche possono riguardare:

- le metodologie, tecnologie e supporti didattici;
- le risorse umane e le attrezzature utilizzate per l'erogazione dei corsi;
- i tempi di erogazione corso (solo per i corsi non riconosciuti)

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

### 8.4.1 Processo di approvvigionamento

ILAS tiene sotto controllo il processo di approvvigionamento per assicurare che i prodotti e servizi approvvigionati risultino conformi a requisiti specifici.

In considerazione delle attività svolte, e delle relative necessità di acquisto, la focalizzazione prioritaria si pone innanzitutto sul processo di acquisizione di servizi esterni e cioè di:

- organizzazioni e professionisti che svolgono attività di docenza.

In ogni caso è gestita in maniera controllata anche le attività di acquisizione di:

- attrezzature utilizzate per la gestione delle attività (attrezzature e prodotti per la didattica.);
- materiali da ufficio e attrezzature informatiche.

I fornitori vengono valutati e selezionati in base alla loro capacità di fornire dei prodotti /servizi rispondenti ai requisiti definiti.

Gli ordini sono chiaramente identificati e gli incarichi sono specificati dettagliatamente.

Per i dettagli operativi si rimanda la procedura **PQ / 10**.

Sono stati stabiliti dei criteri per l'individuazione, classificazione e qualificazione dei fornitori e relativa registrazione.

La qualificazione dei fornitori ha lo scopo di valutare il tipo di prestazioni ricevibili, in modo da poter predisporre adeguate procedure in funzione della criticità del prodotto/servizio acquistato.

I criteri per la valutazione sono basati su:

- verifica del possesso di specifici requisiti (analisi del curriculum, attività pregressa, disponibilità).
- indagine sui dati storici (in caso di fornitori abituali);
- invio di questionari specifici;

La qualificazione delle *risorse professionali esterne* è eseguita da RD e verte principalmente su aspetti concernenti:

- Curriculum vitae;
- Analisi delle esperienze pregresse relative ad incarichi similari già svolti;
- Disponibilità;
- un "Incarico prova" (dopo la quale si procede, in caso di esito positivo del servizio prestato, all'inserimento nell'elenco dei fornitori valutati).

Per i singoli docenti valutati è redatta una Scheda Docente, soggetta ad aggiornamento annuale ad ogni servizio prestato (valutazione consuntiva).

Tale valutazione è effettuata per verificare la capacità di mantenere nel tempo i requisiti approvati in partenza e viene fatta attraverso l'analisi di dati scaturiti da:

- Rilevamenti di non conformità / reclami dei Clienti/Utenti (dovuti all'operatore durante l'erogazione delle prestazioni);
- Analisi del gradimento/soddisfazione del Cliente.

RGQ è responsabile dell'archiviazione di tutta la documentazione di valutazione e monitoraggio del personale non dipendente e di fornire, al termine di ogni incarico, i dati alla Direzione Generale.

Se necessario, la Direzione contatta i singoli professionisti per discutere ed analizzare i problemi derivanti da situazioni di non conformità.

Per la qualifica dei fornitori di prodotti/attrezzature l'organizzazione si avvale di una "Scheda Fornitore" gestita da RGQ, sulla quale, sulla base dei dati storici a disposizione, viene registrata una valutazione (ottimo, sufficiente, insufficiente) relativamente alle varie voci applicabili presenti in scheda.

La valutazione finale potrà essere:

- Positiva (*fornitore inserito in elenco*)
- Positiva con riserva (*fornitore inserito in elenco, da utilizzare solo in caso di non disponibilità di altri fornitori dello stesso prodotto-servizio e soggetto ad eventuali azioni preventive segnalate sulla Scheda Fornitore*)
- Negativa (*fornitore NON inserito in elenco*)

Nel caso che il giudizio finale sia positivo o positivo con riserva, il fornitore viene inserito nell'Elenco Fornitori Valutati".

Per ogni fornitore, dal secondo ordine di acquisto che lo riguarda, viene gestito il fascicolo con la documentazione specifica.

Per i differenti settori merceologici si valuta il fornitore per la capacità di soddisfare i requisiti e le specifiche dell'ordine, per i risultati ottenuti al controllo e per la garanzia di qualità dei prodotti/servizi forniti.

I fornitori possono essere suddivisi in queste due categorie:

1. Fornitore CERTIFICATO: in possesso di Certificazione di SGQ in accordo alla norma UNI EN ISO 9001; in possesso di documentata certificazione di prodotto o che fornisca certificati di origine del prodotto;
2. Fornitore STORICO con cui si instaurato un rapporto di collaborazione e trasparenza da almeno un anno e soddisfa in termini di prezzi, tempi di consegna, modalità di pagamento, erogazione di servizi e con buone capacità di soddisfare le modalità di forniture sia di materiali che di servizi (rientrano in questa categoria tutti i fornitori antecedenti all'emissione del presente MQ).

La “Scheda Fornitore” dovrà periodicamente essere aggiornata da RGQ ed in ogni caso dovrà riportare eventuali elementi conoscitivi (non conformità, etc.) che si verificassero nel tempo.

I fornitori vengono mantenuti costantemente sotto osservazione e valutati per i prodotti e i servizi forniti, e durante l'utilizzo degli stessi, relativamente alla qualità, al costo e alla puntualità della fornitura.

ILAS ritiene indispensabile che tra l'azienda e i fornitori principali si instauri una stretta forma di collaborazione.

Tale forma di collaborazione è sviluppata da RGQ mediante:

- attività di informazione, curata dagli stessi fornitori, sui nuovi prodotti e le nuove tecnologie;
- scambio di informazioni sulle tendenze di mercato e sulle esigenze dei clienti;
- supporto logistico;
- supporto nelle attività pubblicitarie/promozionali.

La disponibilità nell'instaurare e mantenere con ILAS tali forme di collaborazione, oltre al mantenimento degli impegni assunti, è un fattore determinante nella valutazione (sia iniziale che periodica) dei fornitori dei prodotti di maggior consumo.

La gestione dei fornitori è regolamentata con la procedura **PQ / 11** “Valutazione dei fornitori”.

#### 8.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento

---

Gli ordini di acquisto sono emessi da DG in riferimento a richieste di offerta scritte o accordi stabiliti con i fornitori.

Sulla modulistica sopradescritta sono chiaramente indicate le attrezzature/prodotti oggetto della fornitura, le condizioni generali e particolari, nonché tutte le informazioni necessarie per il corretto espletamento delle forniture.

*Non è infrequente che DG o persona da lui incaricata proceda all'acquisto di attrezzature in prima persona recandosi direttamente presso il fornitore.*

*In questi casi il documento che comprova l'acquisto è la fattura.*

Gli ordini vengono sempre emessi ai fornitori classificati nell'Elenco Fornitori Valutati.

L'ordine dopo essere stato firmato da DG viene trasmesso, a mezzo fax, al fornitore e successivamente archiviato.

Eventuali modifiche sono gestite dalla Direzione avvisando subito telefonicamente il fornitore interessato e, successivamente inviandogli la variante d'ordine a mezzo fax.

DG si assicura che la variante sia accettata mediante la restituzione da parte del fornitore del nuovo ordine controfirmato per accettazione.

Per tutte le tipologie di prodotto, per importi fino a € 20 non si prevede l'autorizzazione all'acquisto da parte della Direzione e la fase è gestita a cura dalla Segreteria.

Non viene compilato l'ordine di acquisto, ma è prevista la registrazione della data di acquisto, del prodotto acquistato, della spesa e del fornitore di riferimento su un apposito registro tenuto presso la segreteria.

Nel caso di “acquisti” di risorse professionali esterne, la Direzione provvede alla definizione degli INCARICHI ai docenti.

Sono definiti dei contratti su cui si stabiliscono gli accordi relativi alle condizioni economiche della prestazione.

Gli incarichi sono rilasciati sempre ai fornitori classificati nell'Elenco Fornitori Valutati.

#### 8.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati

---

Al ricevimento dei prodotti acquistati, viene controllata la rispondenza del prodotto con l'ordine relativo, provvedendo a registrare la verifica sugli appositi documenti del SGQ.

I prodotti non conformi sono immediatamente segregati e restituiti al fornitore.

Riguardo la verifica dei servizi prestati dal personale esterno si rimanda al precedente punto 8.4.1

## 8.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI

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

ILAS identifica e programma adeguatamente i processi di erogazione delle attività corsuali, assicurando che questi avvengano in condizioni controllate per assicurare il rispetto dei requisiti richiesti dalle Amministrazioni (Regione, Provincia, INAIL) e/o il rispetto degli obblighi contrattuali assunti con i clienti.

Il Responsabile della Didattica ha predisposto una serie di documenti operativi idonei alla pianificazione ed al controllo delle attività, sulla scorta delle indicazioni fornite dall'Amministrazione provinciale.

Su tali documenti vengono riportati tutti i controlli da effettuare durante e al termine dell'erogazione dei corsi.

In particolare le attività riguardano:

- L'elaborazione del Piano di Progetto del Corso al fine di assicurare:
  - il rispetto dei requisiti e delle specifiche richieste dalle Amministrazioni;
  - la definizione dei contenuti e delle modalità di erogazione e di controllo del corso;
  - la definizione delle competenze richieste ai docenti;
  - la definizione dei requisiti richiesti agli alunni;
  - la disponibilità, quando necessario, di apparecchiature idonee;
  - il rispetto di quanto previsto contrattualmente con i clienti.
- La definizione e la gestione della documentazione di pianificazione e registrazione di tutte le attività relative all'erogazione dei corsi e cioè:
  - Pianificazione orari di lezione;
  - Elenchi Nominativi Allievi Iscritti (su format fornito dalla Regione);
  - Registro di Classe (vidimato dall'Amministrazione provinciale);
  - Comunicazioni di Inizio Corso – Termine Inserimento Allievi e Fine Corso (su format fornito dalla Regione);
  - Schede di test e valutazione allievo;
  - Verbale di Esami (su format fornito dalla Regione);
  - Attestato (su format indicato dalla Regione Campania);
  - Registro Rilascio Attestati (vidimato dall'Amministrazione provinciale);
  - Registro di Protocollo (vidimato dall'Amministrazione provinciale).

#### CORSI REGIONALI

Ottenuta la Delibera Autorizzativa da parte dell'Amministrazione regionale (Decreto Dirigenziale), entro 5 giorni dall'inizio del corso RD invia alla Regione, all'Amministrazione provinciale e quando necessario all'INAIL l'Elenco Nominativi Allievi Iscritti (**Mod. IC** regionale).

L'elenco prima di essere inviato alla Regione ed all'Amministrazione provinciale deve essere timbrato, se necessario, dall'INAIL.

Entro il primo quarto della durata complessiva del corso si invia alla Regione ed all'Amministrazione provinciale l'Elenco Definitivo Allievi Iscritti / Termine Inserimento (**Mod. IC** regionale) rividimato dall'INAIL in caso di ammissione di nuovi allievi.

La pianificazione dei corsi è effettuata da RD che, una volta stabiliti gli orari, la composizione delle classi ed i relativi docenti, provvede alla realizzazione grafica della Pianificazione ed all'esposizione nell'apposita bacheca.

In caso di impossibilità da parte di un docente a svolgere una lezione (ed in caso di impossibilità di sostituzione dello stesso), la lezione sarà recuperata al termine del corso.

Prima dell'inizio del corso RD prepara il **Registro di Classe** e lo sottopone alla vidima dell'Amministrazione provinciale.

Sul Registro devono essere riportati:

- ANNO SCOLASTICO
- DENOMINAZIONE DEL CORSO E DELIBERA REGIONALE DI RIFERIMENTO
- ORARIO DELLE LEZIONI

- NOMINATIVI DEGLI ALLIEVI
- PRESENZE GIORNALIERE
- ORE DI LEZIONE IMPARTITE
- ARGOMENTI DELLE LEZIONI
- ATTIVITÀ DI AULA

I docenti sono responsabili della compilazione del registro.

Alla fine del corso il Registro viene valutato dall'Amministrazione provinciale per verificarne la corretta tenuta a fronte della quale concede il nullaosta per l'esame.

Tutte le attività corsuali sono soggette a controlli periodici per la verifica della conformità di quanto in esecuzione ed eseguito.

I controlli sono eseguiti dai docenti sotto la supervisione di CRD o da CRD stesso e si dividono in quattro tipologie:

**a) controllo dell'apprendimento e della preparazione degli allievi**

Eseguito dai docenti "in itinere" attraverso prove pratiche, teoriche, test e simulazioni.

**b) controllo del grado di soddisfazione degli allievi**

Effettuato da CRD attraverso l'analisi delle evidenze di appositi questionari a cui gli allievi sono sottoposti prima della fine del corso.

**c) controllo delle attività dei docenti e delle modalità di erogazione del corso**

Effettuato da CRD attraverso:

- verifica dell'adeguatezza delle registrazioni prodotte dai docenti (registro presenze cartaceo o informatico, registrazioni di argomenti delle lezioni e stato di avanzamento dei programmi/moduli, test effettuati, votazioni trimestrali, ecc.);
- l'analisi delle evidenze di un apposito questionario a cui gli allievi sono sottoposti prima della fine del corso. Tale controllo è effettuato al fine di monitorare con continuità le "prestazioni" dei singoli docenti ed aggiornare la loro valutazione.

**d) controllo finale ed ex post**

Il Controllo finale è l'Esame Finale sostenuto dagli allievi a chiusura corso previa domanda da parte dell'Istituto alla Regione Campania, almeno venti giorni prima la fine del corso.

L'Esame Finale è tenuto da una commissione esterna nominata dalla Regione e gli esiti sono riportati sul Verbale di Esami.

Il Controllo ex post è eseguito da RD, attraverso un apposito questionario per valutare il grado di soddisfazione degli allievi relativamente al rapporto corso sostenuto/inserimento nel mondo del lavoro e monitorare le metodologie e gli strumenti utilizzati per l'erogazione del corso, al fine di analizzare in maniera continuativa il fabbisogno formativo ed apportare, quando necessario, opportune trasformazioni ai programmi ed alle metodologie didattiche.

L'Attestato finale è rilasciato all'allievo, dopo la vidima del Presidente della commissione di esame e la convalida da parte della Regione.

Al momento del ritiro dell'Attestato, l'allievo pone la firma sul Registro rilascio attestati (vidimato, pagina per pagina, dall'Amministrazione provinciale al momento dell'ottenimento della prima autorizzazione all'erogazione dei corsi).

Anche il Registro di Protocollo è vidimato dall'Amministrazione provinciale (pagina per pagina al momento dell'ottenimento della prima autorizzazione all'erogazione dei corsi).

Nel Registro SGR riporta tutte le comunicazioni in entrata ed uscita tra ILAS e gli Enti Competenti (Regione, Amministrazione provinciale, INAIL, ecc.) e le comunicazioni con gli allievi.

L'attività sopra descritta è regolata nella **PQ / 13 "Controllo del Processo"**.



## CORSI PRIVATI

Per i **corsi privati** tutta la documentazione di iscrizione, pianificazione, registrazione e controllo delle attività corsuali è gestita attraverso apposito Sw Gestionale a cura di:

- RD per ciò che riguarda la progettazione, la programmazione dei corsi e la scelta dei docenti;
- CRD per ciò che riguarda le iscrizioni, la composizione delle classi ed il controllo in itinere delle attività e dei docenti;
- Docenti per ciò che riguarda le registrazioni relative alle attività d'aula.

L'attività sopra descritta è regolata nella **PQ / 13 "Controllo del Processo"**.

È prevista una adeguata manutenzione delle attrezzature (PC) utilizzate tenute sotto controllo mediante apposite schede sulle quali sono registrate le attività di controllo e manutenzione.

### 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

---

Tutte le attività relative alla gestione dei servizi vengono identificate e sono rintracciabili mediante il numero di identificazione del corso o attraverso la matricola dell'utente.

Tale identificazione viene mantenuta per tutti i documenti, in particolare per le registrazioni, per assicurare la rintracciabilità del servizio erogato.

### 8.5.3 Proprietà del cliente

---

Per proprietà dei clienti si possono intendere:

**- la documentazione richiesta al cliente in sede di iscrizione ai corsi:**

- Carta di Identità
- Codice Fiscale
- Autocertificazione titolo di studio (conseguimento diploma Scuola Media Superiore) (rif. Art. 46 – lettera l,m,n – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
- Autocertificazione di domicilio (rif. D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
- Diploma (opzionale)

Tale documentazione è conservata (in forma cartacea) nei fascicoli relativi alle iscrizioni di ogni corso e tenuta presso l'archivio di Segreteria

**- dati personali dei clienti:**

È richiesta l'approvazione di autorizzazioni riguardanti la privacy (è prevista la sottoscrizione del consenso al trattamento sul Mod. 13-1/b Modulo di iscrizione) relativamente alle informazioni che seguono:

- Comunicazioni tramite SMS, e-mail e telefoniche in relazione alle attività didattiche e post didattiche
- Comunicazioni a genitori e parenti relativamente al rendimento scolastico ed alla presenza presso la struttura
- Richiesta di consenso al trattamento dei dati forniti via web

Non sono gestiti ulteriori dati personali

### 8.5.4 Conservazione del prodotto

---

ILAS dispone di aree per la conservazione dei prodotti acquistati (limitatamente ad accessori e componenti per le attrezzature informatiche ed a libri di testo). Tali aree consistono in appositi armadi e scaffalature presenti nei relativi uffici.

Le attività di controllo e conservazione di quanto acquistato sono regolamentate dalla procedura **PQ /10 "Gestione Acquisti"**.

#### 8.5.5 Attività post consegna

---

Non è prevista l'attività di assistenza ai clienti.

#### 8.5.6 Controllo delle modifiche

---

Le modifiche non pianificate dei servizi sono riesaminate e tenute sotto controllo, al fine di assicurare la conformità ai requisiti specificati.

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

### 8.6 Rilascio di prodotti e servizi

L'organizzazione monitora e misura in maniera continuativa le caratteristiche del servizio per verificare che i requisiti siano stati soddisfatti.

L'evidenza della conformità ai requisiti viene sempre registrata.

### 8.7 Controllo degli output non conformi

Il requisito è inteso a evitare che i prodotti e servizi non conformi vengano utilizzati o consegnati.

Una volta identificato, indipendentemente da quando ciò accada (es. durante il processo di erogazione o dopo l'erogazione), qualsiasi prodotto / servizio non conforme da avvio a un processo in base al quale un soggetto autorizzato e competente deve decidere che cosa fare:

- correggere
- segregare, restituire
- sospendere l'erogazione
- informare il cliente
- richiedere l'autorizzazione per continuare l'erogazione
- etc..

Il processo è regolamentato secondo quanto meglio descritto in § 10.1 e in procedura di riferimento specifica.

### 8.8 PROCEDURE APPLICABILI

**PQ / 10** "Gestione Acquisti"

**PQ / 11** "Valutazione dei fornitori"

**PQ / 12** "Progettazione"

**PQ / 13** "Controllo del Processo"

# SEZIONE 9

## Valutazione delle Prestazioni

### 9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

#### 9.1.1 Generalità

**ILAS** ha impostato il proprio Sistema di Gestione in un'ottica di continuo miglioramento, definendone gli obiettivi ed i processi attuativi e focalizzando i propri sforzi verso la soddisfazione del Cliente, la motivazione del personale e l'adempimento della Politica definita dalla Direzione.

In tale ambito ha definito, quali elementi caratteristici e significativi del proprio Sistema di Gestione:

- i servizi erogati in relazione ai requisiti applicabili;
- i rapporti con i Clienti e con il mercato, in virtù delle aspettative e delle esigenze correlate;
- l'organizzazione e la gestione dell'organizzazione, in funzione delle esigenze interne individuate;
- i rapporti con i fornitori, secondo le prescrizioni applicabili.

Di conseguenza ha pianificato ed attuato opportuni processi di monitoraggio, misurazione, analisi e miglioramento finalizzati a dimostrarne la conformità, evidenziarne l'efficacia e determinarne il continuo miglioramento.

La pianificazione e l'attuazione di tali processi, affidate alle funzioni interne in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, si sviluppano secondo le modalità previste dalle procedure gestionali definite e si identificano sostanzialmente con:

- la misurazione del grado di soddisfazione dei Clienti attraverso la gestione dei reclami e la sistematica raccolta ed analisi delle informazioni e dei dati inerenti le aspettative e la percezione degli stessi nei confronti della qualità dei servizi e delle prestazioni;
- la verifica costante della efficace attuazione del Sistema di Gestione e della sua adeguatezza e conformità alla Politica, ai requisiti ed alla pianificazione stabilita dalla Direzione ed ai requisiti della normativa di riferimento applicabile, attraverso gli Audit Interni;
- il monitoraggio e la misurazione, ove applicabile, dei processi di erogazione delle prestazioni mediante le attività di controllo delle attività svolte e dei risultati ottenuti definite nei documenti di pianificazione e registrazione applicabili ed il periodico riesame del Sistema di Gestione;
- l'identificazione, la gestione ed il controllo delle non conformità inerenti le prestazioni erogate, la conduzione dei processi e l'attuazione del Sistema di Gestione attraverso la definizione dei criteri e delle modalità per il trattamento delle stesse e per l'attuazione delle conseguenti azioni necessarie a governarne gli effetti, reali o potenziali e la predisposizione di specifici strumenti di comunicazione e registrazione.
- l'analisi e l'elaborazione periodica dei dati risultanti dall'attuazione dei diversi processi del Sistema di Gestione per la Qualità e dallo sviluppo delle commesse acquisite, raccolti attraverso le registrazioni di pertinenza, allo scopo di dimostrarne l'adeguatezza e l'efficacia e valutarne le opportunità di miglioramento.
- l'individuazione la pianificazione e l'attuazione di azioni, ove necessario ed applicabile, per eliminare le cause delle non conformità e dei problemi evidenziati o prevenirne il verificarsi, riesaminandone gli effetti e l'efficacia allo scopo di garantire il continuo miglioramento del Sistema di Gestione per assicurare il costante rispetto degli obiettivi stabiliti e la soddisfazione dei Clienti e delle altre parti interessate.

### 9.1.2 Soddisfazione del Cliente

---

L'organizzazione consapevole dell'importanza della soddisfazione dei Clienti per il consolidamento della propria posizione di mercato e per lo sviluppo e la crescita delle proprie potenzialità ha attivato un processo di rilevazione, raccolta ed analisi dei dati e delle informazioni necessari a determinarne il perseguimento e assicurarne il miglioramento.

La misurazione del grado di soddisfazione dei Clienti si basa rispettivamente su una valutazione quantitativa derivante dall'analisi dei dati inerenti le iscrizioni effettuate e la fatturazione, delle segnalazioni e dei reclami pertinenti e su una valutazione qualitativa rilevata attraverso la raccolta ed analisi di dati e informazioni in merito alla percezione degli stessi nei confronti delle qualità dei servizi forniti.

### 9.1.3 Analisi e valutazione

---

#### **Analisi dei dati**

Per i diversi processi definiti in ambito al Sistema di Gestione sono stati individuati i dati utili per dimostrarne l'adeguatezza e l'efficacia e per valutarne e determinarne le opportunità di miglioramento.

Tali dati vengono raccolti durante lo sviluppo quotidiano dell'attività dei diversi responsabili di funzione, attraverso le registrazioni definite e previste dalle procedure applicabili per la realizzazione, lo sviluppo ed il controllo dei processi di competenza.

Periodicamente DG provvede alla raccolta dei dati derivanti dalle attività di monitoraggio e misurazione, con la collaborazione dei responsabili delle altre funzioni, relativamente alla raccolta e catalogazione delle registrazioni riportanti i dati inerenti lo sviluppo ed i risultati dei processi di pertinenza.

Di conseguenza ne cura l'elaborazione e la registrazione in modo da evidenziarne le criticità e permetterne la successiva analisi e la valutazione in relazione agli obiettivi ed ai requisiti applicabili.

Sono pertanto oggetto di analisi e valutazione, le registrazioni ed i dati concernenti i seguenti elementi del Sistema di Gestione:

- conformità dei servizi forniti;
- esito delle attività di monitoraggio e misurazione della soddisfazione e di gestione dei reclami dei Clienti;
- prestazioni e efficacia del Sistema di Gestione;
- efficacia della progettazione e pianificazione
- le attività relative alla gestione delle risorse umane;
- la gestione e l'utilizzo delle risorse tecniche e delle infrastrutture;
- la capacità dei fornitori di soddisfare i requisiti e le esigenze;
- esito dell'analisi di contesto e delle esigenze delle parti interessate
- esito delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità
- i risultati derivanti dalla conduzione degli audit interni
- i risultati di eventuali audit interni nei confronti della Società da parte di organizzazioni esterne e/o di Clienti/Committenti;
- lo stato e l'efficacia delle azioni correttive e di miglioramento definite ed attuate.
- esigenza di miglioramenti del Sistema di Gestione

L'analisi dei dati comprende:

- definizione di indicatori significativi tali cioè da essere capaci di evidenziare gli aspetti positivi e/o negativi necessari per la successiva attività di analisi;
- la raccolta sistematica e periodica dei dati (in opportuni registri);
- il periodico aggiornamento degli indicatori definiti;
- l'analisi periodica degli indicatori in modo da fare emergere:
  - la distanza rispetto ai livelli definiti
  - anomali andamenti sui quali impostare successive azioni di miglioramento e/o di correzione;
  - la consapevolezza circa il buon esito di azioni precedenti in termini di adeguatezza ed efficacia del SGQ;
- l'efficacia degli stessi nel restituire dati sensibili.

La raccolta e l'analisi dei dati non è comunque limitata alla valutazione degli elementi caratteristici del Sistema di Gestione ma può riguardare altri dati di tipo contabile/amministrativo (esempio: analisi dei costi di gestione e dei consumi) che, pur non rientrando negli argomenti del Sistema di Gestione, possono avere impatto sul Sistema stesso o influenzarne il miglioramento. L'analisi dei dati può rappresentare infatti uno strumento utile per la valutazione dei costi derivanti dalle

carenze di qualità e per l'individuazione e la successiva definizione di azioni nei confronti delle procedure del Sistema di Gestione di competenze finalizzate a rimuoverne le relative cause.

L'analisi dei dati viene condotta allo scopo di individuare gli aspetti più significativi di ciascun elemento del Sistema di Gestione interessato, valutarne le tendenze e la criticità, definire adeguate proposte di trattamento e soluzione dei problemi eventualmente individuati e determinare le opportunità e le proposte di miglioramento.

Le risultanze dell'elaborazione e dell'analisi dei dati vengono riportate in una relazione.

La valutazione delle risultanze dell'analisi e delle proposte di miglioramento correlate, avviene normalmente in sede al Riesame del Sistema di Gestione da parte della Direzione.

Le decisioni e le considerazioni della Direzione in seguito alla valutazione, che possono riguardare anche l'aggiornamento degli obiettivi per la qualità, vengono registrate e gestite a cura del RGQ e successivamente diffuse dallo stesso a tutti i responsabili di funzione interessati.

#### **Miglioramento. Pianificazione per il miglioramento continuo**

Il miglioramento continuo è identificato come parte integrante del processo di Analisi dati e miglioramento.

Le attività o processi compresi sono:

- analisi dei dati
- valutazione della opportunità di definire ed innescare azioni correttive e/o di miglioramento;
- valutazione della opportunità di definire ed innescare piani ed azioni di miglioramento nell'ambito del riesame da parte della direzione

Le Azioni Correttive intraprese sono appropriate all'importanza dei problemi e commisurate ai rischi a loro relativi. La gestione delle Azioni Correttive e il Riesame da parte della direzione sono regolati da apposite procedure e gestiti singolarmente come processi del sistema.

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

I processi identificati nell'ambito del Sistema di Gestione Qualità sono sottoposti ad attività di misurazione e monitoraggio. L'insieme di tali attività è finalizzato a confermare la continua capacità di tali processi di soddisfare le relative finalità in modo da intervenire tempestivamente nel caso le misure riscontrate siano fuori dai limiti di accettabilità ritenuti tali per il buon esito dei processi stessi.

Tutti i processi che rientrano nel Sistema di Gestione Qualità sono svolti secondo prassi e procedure che permettono la misurazione del grado di rispetto dei requisiti definiti.

Il monitoraggio dell'efficacia del Sistema di Gestione Qualità ovvero della capacità dell'organizzazione di tenere sotto controllo la qualità dei servizi erogati e di raggiungere gli obiettivi identificati, è svolto per mezzo di specifici indicatori di prestazione.

Gli indicatori di prestazione dei processi sono mirati a misurare i risultati complessivi della conformità dei servizi erogati e dello stato di avanzamento di obiettivi e programmi di miglioramento.

I metodi applicati sono finalizzati a valutare rispetto a target di riferimento l'effettivo stato di attuazione dei principali processi ed a rivedere periodicamente i target.

Le misurazioni da effettuare ed i dati da raccogliere ed elaborare sono definiti, di volta in volta, dai responsabili di funzione in collaborazione con RGQ, i quali mettono a disposizione i supporti, mezzi e formazione necessari al personale preposto alle misurazioni, raccolta ed elaborazione dati.

Le misurazioni sono mirate a confermare la capacità dei singoli processi di soddisfare con continuità i requisiti stabiliti. RGQ è preposto alla divulgazione dei metodi statistici in azienda.

Gli audit interni hanno l'obiettivo di rilevare il grado di attuazione delle procedure aziendali.

Gli indicatori sono utilizzati principalmente per definire gli obiettivi di miglioramento, analisi e audit interni (oltre che fornire dati per il calcolo di alcuni indicatori) e costituiscono la base per identificare eventuali non-conformità e definire conseguenti azioni correttive come di seguito descritto.

I risultati dei monitoraggi sono valutati in sede di riesame di Direzione.

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

Le caratteristiche dei prodotti e servizi vengono monitorate in fase di approvvigionamento e di erogazione mediante apposite registrazioni.

I controlli previsti dal Sistema Gestione Qualità comprendono:

- controlli al ricevimento dei materiali acquistati;

- controlli durante l'erogazione dei servizi;
- controlli al termine delle attività di erogazione;
- controlli in corso attività e finali sulla documentazione di registrazione delle singole attività, per verificarne la correttezza e la completezza.

Tramite la modulistica definita viene documentata l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione.

Le registrazioni così prodotte indicano la o le persone deputate al controllo.

Il rilascio del prodotto/servizio non è effettuato fino a che quanto pianificato non sia stato completato in modo soddisfacente, salvo diversa approvazione da parte delle autorità aventi titolo e, quando applicabile, del cliente.

Procedure di riferimento:

**PQ / 09** "Misurazione e miglioramento"

## 9.2 AUDIT INTERNI

Vengono eseguite periodicamente verifiche ispettive Interne (Audit) per stabilire se le attività del Sistema di Gestione per la Qualità ed i relativi risultati soddisfano le disposizioni pianificate, i requisiti della norma di riferimento ed i requisiti interni definiti e valutare se il Sistema è efficacemente attuato e mantenuto aggiornato.

In particolare attraverso gli Audit interni l'organizzazione si propone di:

- valutare il livello di applicazione delle procedure gestionali e dei documenti in base ai quali il processo verificato deve essere gestito, valutando altresì la competenza e la consapevolezza maturata dal personale in merito ai criteri ed alle prescrizioni riportate nelle procedure;
- valutare le modalità operative, le interfacce, le prescrizioni e le responsabilità stabilite nella documentazione del Sistema di Gestione e di conseguenza stabilirne l'efficacia, considerando le difficoltà e le problematiche riscontrate dal personale nell'attuazione.

La conduzione delle verifiche ispettive interne è affidata a personale che risponde ai seguenti requisiti:

- possiede solida conoscenza delle attività svolte dalla Società;
- è indipendente da chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte ad audit;
- assicura l'obiettività e l'imparzialità del processo di verifica ispettiva;
- è stato preventivamente qualificato ed abilitato all'esercizio di tale funzione.

L'attribuzione e la notifica dell'abilitazione avviene a cura di DG attraverso una dichiarazione scritta riportante gli estremi ed i riferimenti della qualifica.

La pianificazione degli Audit Interni è attuata da RGQ secondo criteri che tengono conto dell'importanza e criticità delle aree oggetto di verifica e dei risultati di precedenti verifiche.

Gli Audit Interni avvengono sulla base di apposite liste di riscontro e le registrazioni degli esiti sono documentate, sottoposti all'attenzione dei responsabili coinvolti e conservati da RGQ.

Le responsabilità, le modalità ed i requisiti per la conduzione degli Audit Interni sono definiti nella procedura **PQ / 08** "Verifiche ispettive interne" a cui si rimanda.

## 9.3 RIESAME DI DIREZIONE

### 9.3.1 Generalità

DG sottopone periodicamente a riesame (almeno una volta all'anno) il Sistema di Gestione per la Qualità della Società per assicurarsi della sua continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, in virtù della Politica e degli Obiettivi per la Qualità stabiliti e dei requisiti cogenti e dei Clienti/Committenti applicabili ai diversi processi interni.

Il riesame da parte della Direzione avviene, normalmente nel corso di una riunione collegiale a cui partecipano i diversi responsabili di funzione e si prefigge di sottoporre a valutazione le risultanze e le proposte ed opportunità di miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità, nonché di identificare ed analizzare le esigenze di modifica e pianificarne l'attuazione anche attraverso l'aggiornamento della Politica e degli Obiettivi per la Qualità.

La conduzione del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità avviene secondo le prescrizioni e le risultanze vengono documentate in apposito Verbale, redatto e firmato dalla Direzione.

Gli Obiettivi a breve termine stabiliti vengono descritti in un documento denominato “Piano di Miglioramento” emesso congiuntamente al Verbale del Riesame.

Copie di tali Documenti vengono distribuite ai Responsabili delle funzioni interne della società, allo scopo di garantire la consapevolezza degli stessi in merito all’origine, alla natura ed alle conseguenze attuative delle valutazioni effettuate, delle decisioni prese e degli obiettivi stabiliti in sede di riesame.

L’archiviazione e la conservazione del Verbale del riesame e delle registrazioni ad esso correlate avviene a cura del RGQ.

### 9.3.2 Elementi in ingresso per il riesame

---

Al fine di pianificare la conduzione del riesame da parte della Direzione e favorire una facile e corretta interpretazione e valutazione delle prestazioni del Sistema di Gestione per la Qualità, RGQ, con la collaborazione dei Responsabili di funzione, predisporre documenti, dati e informazioni correlate all’attuazione dei diversi processi.

Nel corso del riesame, anche in relazione a quanto predisposto dal RGQ, sono oggetto di valutazione i seguenti elementi:

- Azione di follow-up delle decisioni prese nei precedenti riesami;
- Analisi del contesto e cambiamenti (fattori rilevanti interni ed esterni)
- Mappatura degli stakeholder e analisi dei requisiti rilevanti
- Analisi dei risultati dei canali di ascolto e coinvolgimento degli stakeholder
- Valutazione dei rischi e delle opportunità di sistema;
- Approvazione e riesame periodico delle Politiche aziendali;
- Analisi delle prestazioni del sistema di gestione in riferimento a:
  - analisi della soddisfazione / informazioni di ritorno del cliente e relative azioni di monitoraggio
  - obiettivi di miglioramento e valutazione del grado di conseguimento di quelli in essere
  - prestazioni dei processi e conformità dei prodotti/servizi
  - analisi delle non conformità e azioni correttive
  - risultati dei controlli e dei monitoraggi
  - risultati degli audit interni / esterni
  - prestazioni dei fornitori
- Adeguatezza delle risorse umane, tecniche e finanziarie;
- Efficacia delle azioni intraprese per la valutazione per affrontare i rischi e le opportunità;
- Valutazione delle opportunità di miglioramento;
- Verifica della conformità normativa/legislativa;
- Attuazione del programma di formazione e pianificazione di eventuali ulteriori interventi formativi;
- Necessità di aggiornamento / modifiche al Sistema di Gestione;

Vengono inoltre esaminate le proposte avanzate dal RGQ e provenienti dai responsabili di funzione e le raccomandazioni per il miglioramento.

### 9.3.3 Elementi in uscita dal riesame

---

Dall’esecuzione del riesame scaturiscono le decisioni della Direzione e le azioni relative a:

- opportunità di miglioramento;
- esigenze di modifiche al Sistema di Gestione;
- necessità di risorse (umane, finanziarie, strutturali);
- adeguatezza dell’organizzazione e delle risorse messe in campo rispetto agli obiettivi, ai rischi, alle opportunità, ed ai cambiamenti in vista;
- raggiungimento degli obiettivi stabiliti e loro eventuale aggiornamento;
- l’innescio di eventuali azioni correttive e/o piani di miglioramento ai fini del miglioramento dei servizi, del sistema e dei processi;
- eventuali azioni/spunti di miglioramento circa il processo di riesame; valutazione della continua idoneità della politica e degli obiettivi stabiliti; valutazione della efficacia del processo di miglioramento continuo;
- pianificazione interventi formativi;
- pianificazione verifiche ispettive;

- investimenti;
- eventuali altre azioni.

Nel caso che dai risultati del riesame scaturiscano delle necessità di aggiornamento o modifica del Sistema di Gestione per la Qualità, la Direzione provvede a definire e/o approvare le modalità di intervento ed incarica il RGQ di pianificare ed attuare le modifiche ai documenti di competenza che costituiscono e definiscono il Sistema stesso.

#### **9.4 PROCEDURE APPLICABILI**

**PQ / 08** “Verifiche ispettive interne”

**PQ / 09** “Misurazione e miglioramento”



# SEZIONE 10

## Miglioramento

### 10.1 GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

#### 10.1.1 Generalità

In ambito all'organizzazione è stata predisposta e resa attuativa una specifica procedura gestionale (**PQ / 06** "Gestione delle Non Conformità e dei Reclami") finalizzata a precisare le modalità e le responsabilità ed autorità connesse all'identificazione e gestione delle non conformità inerenti i prodotti, i servizi, i processi ed il Sistema di Gestione per la Qualità, dei reclami e delle relative azioni correttive.

Le non conformità, considerate come lo scostamento o l'assenza di una o più caratteristiche relative alla qualità di un prodotto/servizio e prestazione realizzata o di elementi dimostrativi dell'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità rispetto ai requisiti specificati applicabili, interessa qualsiasi aspetto delle attività della società, come la realizzazione ed il controllo, la gestione delle risorse, il controllo dei documenti e delle registrazioni e la gestione dei rapporti con i fornitori e con i Clienti.

La gestione delle non conformità è affidata al RGQ.

Per la definizione delle modalità per il trattamento e la soluzione delle non conformità lo stesso si avvale della collaborazione dei responsabili delle altre funzioni interessate, come per la successiva eventuale definizione ed attuazione delle azioni correttive necessarie ad eliminarne le cause o a prevenirne gli effetti.

La gestione delle non conformità, attraverso la definizione delle correzioni necessarie al trattamento e di eventuali controlli o verifiche successive finalizzate a dimostrare il ripristino delle condizioni di conformità ai requisiti, nonché l'identificazione e gestione delle eventuali azioni correttive necessarie ad eliminarne le cause avviene in modo differenziato e commisurato alla natura ed agli effetti, reali o potenziali, derivanti dalle stesse.

Normalmente tale gestione prevede le seguenti fasi esecutive e di controllo:

- individuazione ed identificazione delle non conformità;
- valutazione della non conformità e dei relativi effetti;
- segregazione del prodotto non conforme;
- sospensione delle prestazioni in corso interessate dalla non conformità;
- individuazione delle funzioni/organizzazioni coinvolte;
- raccolta dei dati e delle informazioni necessarie alla valutazione ed all'analisi delle cause della non conformità;
- definizione delle correzioni necessarie e delle responsabilità e modalità per l'attuazione;
- definizione delle responsabilità e modalità per le successive attività di controllo e verifica dei risultati delle correzioni attuate;
- attivazione, ove necessario, dei flussi informativi nei confronti dei fornitori coinvolti e/o verso i Clienti interessati per eventuali concessioni;
- attuazione delle correzioni e delle attività di controllo e verifica definite;
- eliminazione e sostituzione dell'eventuale prodotto risultato definitivamente non conforme;
- svincolo per l'utilizzo o consegna del prodotto corretto con esito soddisfacente o eventualmente accettato con concessione da parte del Cliente;
- chiusura, raccolta, catalogazione ed archiviazione dei documenti e delle registrazioni di competenza e correlate alla non conformità gestita.

### 10.1.2 Individuazione ed identificazione

---

In seguito all'individuazione di una non conformità il personale coinvolto informa il Responsabile della funzione interessata per permettere una prima valutazione della stessa, al fine di identificarne la tipologia e l'entità.

Conseguentemente all'identificazione ed alla valutazione da parte del Responsabile della funzione interessata, la non conformità evidenziata viene segnalata al RGQ che provvede a registrarne gli estremi ed i riferimenti in apposito rapporto.

Se la non conformità si riferisce a prodotti approvvigionati/realizzati, gli stessi vengono opportunamente identificati con i riferimenti del relativo rapporto emesso e segregati/isolati in apposite aree predisposte, onde evitarne la loro involontaria utilizzazione.

Ove la non conformità si riferisce a prestazioni in corso di realizzazione, il Responsabile della funzione coinvolta, previa indicazione del RGQ ed eventuale approvazione di DG, provvede a sospendere le attività in corso e ad informare gli eventuali collaboratori e fornitori esterni interessati.

### 10.1.3 Trattamento delle non conformità

---

RGQ registra il tipo e la natura della non conformità identificata e raccoglie le informazioni supplementari necessarie alla valutazione ed all'analisi delle cause della stessa.

In seguito alla raccolta ed all'analisi dei dati e delle informazioni disponibili, in collaborazione con il Responsabile della funzione interessata, RGQ provvede alla definizione e registrazione della proposta di correzione da adottare.

Qualora, in seguito all'identificazione, al trattamento ed alla soluzione della non conformità, si determina la necessità di eliminarne le cause, RGQ, previa approvazione di DG, attiva eventuale azione correttiva.

### 10.1.4 Notifica e comunicazione esterna

---

Quando la non conformità sia imputabile ad un fornitore o coinvolga in qualche maniera il Cliente (identificata come reclamo cliente), per quanto riguarda le scelte di trattamento e soluzione o l'eventuale definizione e/o approvazione delle correzioni e/o azioni correttive necessarie è compito del RGQ attivare i necessari flussi informativi con il fornitore e/o il Cliente interessati, gestire le interfacce ed assicurare le opportune registrazioni.

### 10.1.5 Registrazioni e loro gestione

---

RGQ mantiene la rintracciabilità delle registrazioni delle non conformità emesse e gestite in appositi rapporti e registri, riportando essenzialmente i dati identificativi di ogni non conformità, le funzioni coinvolte, la ricostruzione temporale della sua gestione ed i riferimenti alle correzioni ed eventuali concessioni ottenute e/o azioni correttive attivate di conseguenza. Eventuali non conformità in merito ai prodotti realizzati e/o ai servizi ed alle prestazioni erogate rilevate dopo la consegna del Cliente vengono prese in considerazione come oggetto di insoddisfazione del Cliente stesso e trattate secondo i criteri e le modalità previste per i reclami e definite nell'apposita procedura di competenza (**PQ / 06** "Gestione delle Non Conformità e dei Reclami")

## 10.2 AZIONI CORRETTIVE

La Società ha definito i criteri e le modalità per l'attuazione delle azioni correttive, quali strumenti per la rimozione dei fattori che influenzano negativamente la qualità dei prodotti, dei servizi, dei processi o del Sistema di Gestione per la Qualità e per l'adeguamento ed il miglioramento degli stessi: **PQ / 07** "Azioni Correttive"

Al fine di assicurare che le azioni correttive intraprese siano appropriate all'importanza dei problemi e delle non conformità rilevate e commisurate ai relativi effetti, le stesse vengono definite in seguito ad una approfondita analisi dell'origine, della natura e delle cause generatrici ed un'adeguata valutazione del loro impatto con la Politica e gli Obiettivi per la Qualità definiti.

RGQ ha il compito di definire, in collaborazione con il Responsabile della funzione interessata, la pianificazione degli interventi relativi all'azione correttiva da intraprendere e prevederne i tempi di esecuzione, con riferimento alle modalità di attuazione e di registrazione attraverso apposita modulistica. Egli ha inoltre il compito di verificare l'attuazione degli interventi previsti, nei tempi stabiliti, analizzandone i risultati e valutandone l'efficacia.

L'esito di tali attività viene successivamente documentato a cura del RGQ attraverso opportune registrazioni e notificato al responsabile della funzione interessata, nonché al DG in sede di riesame del Sistema Qualità.

Le azioni correttive scaturiscono, a titolo indicativo e non esaustivo, dalla necessità di eliminare le cause che hanno prodotto le seguenti situazioni non conformi:

Non conformità di prodotto: Non soddisfacimento di requisiti specificati relativi al prodotto/servizio; identificate, gestite e documentate attraverso appositi Rapporti di Non Conformità.

Non conformità di processo: Non soddisfacimento della pianificazione e dei requisiti stabiliti per la realizzazione ed il controllo dei processi; identificate, gestite e documentate attraverso appositi Rapporti di Non Conformità.

Non conformità di sistema: Non soddisfacimento di prescrizioni del Sistema di Gestione per la Qualità ivi compresi gli obiettivi e la politica per la qualità della società; normalmente identificate e documentate per mezzo delle registrazioni derivanti dalle Verifiche Ispettive Interne e dal riesame da parte della Direzione.

Reclami e segnalazioni di insoddisfazione dei Clienti: Identificati e documentati attraverso appositi moduli di registrazione e i documenti relativi provenienti dal Cliente.

La gestione delle azioni correttive si sviluppa sostanzialmente attraverso le seguenti fasi esecutive:

- il riesame delle non conformità e dei problemi rilevati;
- l'individuazione e l'analisi delle relative cause;
- la valutazione degli effetti e delle possibili conseguenze della non conformità;
- l'individuazione e l'attuazione delle azioni necessarie ad evitarne il ripetersi;
- la registrazione dei risultati delle azioni attuate e delle conseguenti verifiche effettuate.

Alla scadenza dei termini stabiliti per l'attuazione delle azioni correttive definite, RGQ, in concomitanza con i responsabili delle funzioni coinvolte, verifica se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti e successivamente ne valuta l'efficacia, registrando gli estremi e l'esito di tale attività nella modulistica predisposta allo scopo.

RGQ inoltre mantiene documentato in un registro dedicato lo stato delle azioni correttive intraprese.

Tale documento consente una visione sintetica ed immediata dei dati e delle informazioni essenziali riguardanti le azioni correttive attuate riportandone l'origine, le date di attuazione, l'esito e l'efficacia; pertanto viene utilizzato come strumento di supporto per il riesame del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione.

### **10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO**

**ILAS** ha impostato la propria organizzazione, la realizzazione e lo sviluppo dei propri processi sulla base di una Politica per la Qualità improntata verso la soddisfazione del Cliente, il miglioramento continuo delle proprie prestazioni e l'efficacia del proprio Sistema di Gestione per la Qualità.

Tale miglioramento viene assicurato attraverso:

- la definizione, la diffusione e l'aggiornamento periodico della Politica e degli Obiettivi per la Qualità;
- la pianificazione e l'attuazione delle attività di monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti/servizi;
- la pianificazione, l'attuazione ed il riesame dei risultati degli Audit Interni;
- l'analisi dei dati in uscita e dei risultati dei diversi processi del Sistema di Gestione per la Qualità;
- la definizione, l'attuazione di azioni correttive e la valutazione della relativa efficacia;
- il riesame programmatico dello stato del Sistema di Gestione per la Qualità da parte di DG.

L'insieme delle attività descritte in precedenza permette alla Direzione di avere un quadro rappresentativo dello stato del Sistema di Gestione e della sua evoluzione e di ottimizzare l'impiego delle risorse a disposizione, favorire l'attuazione di azioni di miglioramento appropriate e sostenere l'aggiornamento e la pianificazione di obiettivi precisi e concreti.

### **10.4 PROCEDURE APPLICABILI**

**PQ / 06** "Gestione delle Non Conformità e dei Reclami"

**PQ / 07** "Azioni Correttive"

**PQ / 09** "Misurazione e miglioramento continuo"