



COLLEGIO IP.AS.VI FIRENZE

Infermieri Professionali Assistente Sanitario e Vigilatrici di Infanzia

Via P. da Palestrina, 11 - 50144 – Firenze

MANUALE DELLA QUALITA'

Con applicazione delle norme UNI EN ISO 9001:2008

Approvazioni

Emesso: RSQ

approvato: Il Presidente

Copyright

Questo manuale è di esclusiva proprietà del Collegio IPASVI di Firenze, tutti i diritti sono riservati.

Ogni divulgazione, riproduzione o cessione del contenuto a terzi è vietata senza la preventiva autorizzazione dell' Ente. Tutte le informazioni contenute nel presente documento sono confidenziali e, come tali, non possono essere trasferite ad altre persone od organizzazioni senza il nostro permesso.

La copia che vi è stata consegnata può recare sbarrata sulla copertina la casella "Copia controllata" oppure "Copia non controllata".

Nel primo caso il nostro Responsabile Qualità si impegna ad inoltrarvi tempestivamente ogni nuova versione del documento; nel caso di copia non controllata, invece, vi chiediamo di considerare il documento valido solo dopo esservi assicurati che quella in vostro possesso sia l'ultima revisione emessa.

Copia n. _____ distribuita in forma :

CONTROLLATA	
NON CONTROLLATA	

INDICE DI REVISIONE DEL MANUALE QUALITA'

N° REV.	DATA REV.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE SINTETICA REVISIONE
0	20/02/14	PRIMA EMISSIONE DEL DOCUMENTO	
01			
02			
03			
04			

0.1 INTRODUZIONE

Il collegio rappresenta per i professionisti e per l'utenza un punto di riferimento, gli iscritti si aspettano un servizio preciso e puntuale e un sistema di educazione continua in medicina efficace.

Nel contempo le istituzioni vogliono interfacciarsi con un interlocutore pronto e attento.

Per questi motivi il collegio ha voluto certificare i propri processi principali attraverso un'interpretazione della norma UNI EN ISO 9001:2008 al fine di definire uno standard qualitativo dei servizi offerti.

L'ente verso la certificazione perché:

- definire il ruolo della direzione
- definire la gestione delle risorse umane
- Promuovere la formazione continua in medicina
- Gestione del processo di erogazione dei servizi
- Fornire garanzia e trasparenza

Il sistema di gestione per la qualità permette all'ente di ridefinire e accrescere la soddisfazione del cliente che determina sempre l'accettabilità del servizio offerto. Attraverso l'analisi e la tenuta sotto controllo dei requisiti del cliente e dei processi si contribuisce ad ottenere un servizio che risponda sempre più a quello richiesto.

0.2 PROFILO DELL'ORGANIZZAZIONE

Il Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze è un ente pubblico non economico, istituito in base al D.Lv.C.P.S 13 settembre 1946 n.233 e in base al D.P.R 5 aprile 1950 n.221. La qualifica di ente pubblico riveste notevole importanza per i poteri di cui dispone e per il particolare regime cui è sottoposto. La legge n. 70/1975 all'art. 4 ha sancito il principio secondo il quale "nessun ente pubblico può essere riconosciuto o istituito se non per legge". Per la direttiva comunitaria n. 92/50 l'Ente diritto pubblico è " un qualsiasi organismo istituito per soddisfare specificatamente bisogni d'interesse generale aventi non carattere industriale o commerciale e la cui attività sia finanziata in modo maggioritario dallo Stato o da altri organismi di diritto pubblico". Il Collegio IPASVI di Firenze è un ente pubblico non economico, istituito da legge dello Stato e dotato di personalità giuridica pubblica. La competenza territoriale del Collegio è la provincia. L'Ordine professionale è caratterizzato dalla forma associativa costituita dagli infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia che vi appartengono per competenza territoriale e che attraverso la tassa di iscrizione finanziano le attività e gli adempimenti previsti dalle norme. Il primo Consiglio Direttivo si è insediato il 17 maggio 1955 presso la sede di Via Ricasoli, 29 a Firenze. L'attuale sede è in Firenze via P. da Palestrina,11 .

Gli scopi del Collegio come stabilito dal D.Lv.C.P.S 13 settembre 1946 n.233 sono :

- la tenuta dell'albo**
- favorire l'aggiornamento professionale**
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei professionisti iscritti all'albo vigilare sul rispetto del codice deontologico**
- Tutelare il cittadino garantendo che il professionista sia in possesso del titolo abilitante e sia iscritto all' albo professionale:**
- Amministrare i beni spettanti all'ordine.**

L'organizzazione prevede alcune attività descritte di seguito; nella specifica al punto 1.1 scriveremo quali rientrano nel campo di applicazione del presente sistema secondo la norma UNI EN ISO 9001: 2008.

0.2.1 GLI ORGANI DEL COLLEGIO

Gli organi del Collegio sono :

- l'assemblea degli iscritti all'Albo;
- il Consiglio direttivo;
- gli organi individuali (presidente, vice presidente, segretario, tesoriere);
- il collegio dei revisori dei conti.

L'assemblea è costituita da tutti gli iscritti agli Albi tenuti dal Collegio; ogni tre anni viene convocata per eleggere i componenti del consiglio direttivo e del collegio dei revisori dei conti.

Si riunisce almeno una volta l'anno per l'approvazione del bilancio preventivo e del rendiconto finanziario.

Il Consiglio Direttivo è eletto ogni tre anni ed è composto da 15 membri.

Il Consiglio direttivo come riportato nel D.Lv.C.P.S 233 del 13 settembre 1946 deve :

- compilare e tenere l'albo del Collegio e pubblicarlo all'inizio di ogni anno;
- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza del Collegio;
- designare i rappresentanti del Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che possono interessare il Collegio;
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari professionisti iscritti all'albo;
- interporre, se richiesto, nelle controversie tra sanitario e sanitario, o tra sanitario e persona o Ente a favore dei quali il sanitario abbia prestato la propria opera professionale, procurando la conciliazione delle vertenze o dando il suo parere.

Gli organi individuali sono quattro, vengono eletti dal Consiglio direttivo e rivestono particolare importanza perché ad essi è affidata la conduzione dell'attività quotidiana del Collegio e la proposizione al Consiglio direttivo delle linee d'azione e di ogni altra iniziativa.

Il **presidente** convoca e presiede il Consiglio direttivo e le assemblee degli iscritti e svolge tutte le altre attribuzioni previste dalla legge e dal regolamento o dal Consiglio e delle quali è tenuto a curare l'esecuzione. Il presidente ha la rappresentanza del Collegio provinciale ed è membro del Consiglio nazionale. Viene eletto alla prima riunione del Consiglio Direttivo – entro 8 giorni dall'elezione- e ha il potere di rappresentare l'Ordine. Convoca il Consiglio Direttivo e l'Assemblea degli iscritti e cura l'esecuzione delle delibere degli organi collegiali. Il suo voto prevale in caso di votazione palese in parità. Dirige l'attività degli uffici.

Il vicepresidente

Oltre a sostituire il Presidente in caso di assenza o di momentaneo impedimento, svolge le funzioni e attribuzioni a lui delegate dal Presidente.

Il segretario

Ha la diretta responsabilità del regolare andamento dell'ufficio, della tenuta dell'archivio dei verbali e delle adunanze delle Assemblee e dei Consigli Direttivi. In caso di assenza o di impedimento può essere sostituito dal Consigliere più giovane, che non sia il Tesoriere.

Il tesoriere

È responsabile dell'amministrazione economica dell'Ordine. Provvede alla riscossione e ai pagamenti entro i limiti degli stanziamenti di bilancio ed è responsabile del pagamento di mandati irregolari o eccedenti lo stanziamento del bilancio approvato. Il Consiglio può richiedergli il versamento di una cauzione.

Il collegio dei revisori dei conti

Ogni Ordine Provinciale ha nella sua nomenclatura il Collegio dei Revisori dei conti, organo composto da 4 Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia iscritti nell'Albo dell'Ordine. I revisori, tre membri effettivi ed un supplente, vengono eletti con le stesse modalità con le quali vengono eletti i consiglieri e, come quest'ultimi, rimangono in carica per 3 anni. Non è possibile il cumulo delle due cariche, cioè un revisore non può essere in contemporanea anche consigliere.

0.2.3 RINNOVO DEGLI ORGANI

Convocazione dell'assemblea elettorale

Gli iscritti al collegio provinciale eleggono a maggioranza dei voti e scrutinio segreto i componenti il consiglio direttivo e i componenti il collegio dei revisori dei conti.

Nel mese di novembre dell'anno in cui il Consiglio in carica scade viene convocata, a cura del Presidente, l'assemblea elettorale e, conseguentemente, entro tale data deve essere spedito l'avviso di convocazione. Tale termine non è orinatorio ma si suggerisce il rispetto e comunque è auspicabile chiedere le operazioni elettorali entro la fine dell'anno in cui termina il mandato.

A seguito della Legge n. 80 del 14 maggio 2005 *"La convocazione si effettua mediante avviso spedito almeno dieci giorni prima a tutti gli iscritti, esclusi i sospesi dall'esercizio della professione, per posta prioritaria, per telefax o a mezzo di posta elettronica certificata. Della convocazione deve essere dato altresì avviso mediante annuncio, entro il predetto termine, sul sito internet della Federazione Nazionale. È posto a carico dell'Ordine l'onere di dare prova solo dell'effettivo invio delle comunicazioni"*.

L'avviso di convocazione deve essere inviato agli iscritti almeno dieci giorni prima della data fissata per l'inizio delle votazioni – e deve tassativamente indicare:

- a) i giorni delle votazioni, le votazioni devono aver luogo in tre giorni consecutivi, dei quali uno festivo;
- b) per ciascun giorno deve essere indicata l'ora di inizio e di cessazione delle operazioni di voto;
- c) i nominativi dei componenti il consiglio direttivo e del collegio dei revisori dei conti uscenti. Con l'indicazione che dovranno essere scritti da uno a 15 nomi da eleggere per il Consiglio Direttivo in base alla sentenza della Corte di Cassazione n. 18047 del 4.8.2010 e che tutti gli iscritti all'albo degli Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia sono eleggibili a componenti il Consiglio Direttivo, compresi i consiglieri uscenti.

Inoltre dovranno indicare da 1 a 4 nomi da eleggere per il Collegio dei Revisori dei Conti (3 titolari e 1 supplente) in base alla sentenza della Corte di Cassazione n. 18047 del 4.8.2010 e che tutti gli iscritti all'albo sono eleggibili a componenti il Collegio dei Revisori dei Conti, compresi i componenti uscenti. Nell'avviso di convocazione è prassi l'indicazione nella stessa forma suddetta della I° e della II° adunanza, niente toglie la possibilità di inviare due avvisi separati.

Costituzione del seggio elettorale

L'Assemblea elettorale è presieduta dal Presidente del collegio provinciale in carica il quale, insieme ai due sanitari più anziani di età e a quello più giovane presenti all'assemblea – e non appartenenti al Consiglio Direttivo uscente – procede alla costituzione del seggio elettorale. I due sanitari più anziani assumono il ruolo di scrutatori il più giovane di segretario.

Assemblea elettorale – Verbali

Il "segretario" del seggio elettorale cura la redazione, in doppio esemplare, del verbale di tutte le operazioni compiute giorno per giorno. Il verbale, composto da pagine che vanno numerate, deve essere sottoscritto in ciascun foglio dai componenti il seggio elettorale e deve recare il timbro dell'Ordine (vedi all. XVII). Nel verbale deve essere presa nota di tutte le operazioni elettorali prescritte dalle vigenti norme e deve farsi altresì menzione di tutti i reclami presentati, delle proteste fatte, dei voti contestati,

delle decisioni del Presidente, delle sostituzioni dei componenti l'ufficio elettorale, delle urne utilizzate, delle schede valide e di quelle annullate. Deve essere, infine, riportata nel verbale la proclamazione degli eletti risultante a seguito dello scrutinio.

Validità dell'assemblea

In prima convocazione per ritenersi valida l'assemblea elettorale deve aver votate almeno un terzo degli aventi diritto. Nel caso non si raggiunga il quorum è necessario procedere alla seconda convocazione che è valida qualunque sia il numero degli iscritti all'albo che hanno votato purché non inferiore al decimo degli iscritti e, comunque, al doppio dei componenti il Consiglio.

Schede di votazione

All'elettore vengono consegnate due schede e due buste di colore diverso recanti il timbro del Collegio. Una scheda sarà utilizzata per eleggere i componenti il consiglio direttivo e l'altra i componenti il collegio dei revisori dei conti. Le schede saranno inserite in due urne elettorali distinte per i componenti il consiglio direttivo e per il collegio dei revisori dei conti. Devono essere predisposte urne distinte per le schede relative alla votazione per l'elezione dei componenti il Consiglio Direttivo e per le schede relative alla votazione per l'elezione dei componenti del Collegio dei Revisori dei Conti. Su ciascun urna viene apposta la rispettiva scheda di votazione.

Operazioni di voto

Il Presidente, all'ora fissata, dichiara aperta l'Assemblea elettorale e, costituisce il seggio e dà inizio alle votazioni. All'elettore dopo l'identificazione vengono consegnate due schede, due buste ed una matita copiativa per l'elezione dei componenti il consiglio direttivo e i revisori dei conti.

Le schede deve essere inserite nelle rispettive urne e la matita copiativa restituita al presidente del seggio elettorale. Per le operazioni di voto sono predisposte le cabine elettorali all'interno delle quali è presente una copia dell'albo professionale, copia dell'albo è predisposta anche nella sede dove si vota. In ogni scheda deve essere indicato il nome e cognome dell'eletto, in caso di omonimia deve essere indicata la data di nascita o il numero di iscrizione. Per l'elezioni dei componenti il consiglio direttivo e dei revisori dei conti non è ammessa la delega. All'ora fissata viene chiuso il seggio elettorale e sono sigillate le urne e chiusi gli accessi al seggio, le sigillature vengono firmate dai componenti il seggio elettorale e viene apposto il timbro del Collegio.

Il giorno successivo il presidente riapre il seggio e controlla l'integrità dei sigilli apposti constatando che non ci sono state manomissioni del materiale elettorale e riapre le votazioni. La stessa procedura viene osservata il terzo giorno di votazioni.

Il terzo giorno all'orario prestabilito chiude le operazioni di voto e procede al conteggio dei votanti se è stato raggiunto il quorum si procede allo scrutinio delle schede. Lo scrutinio viene effettuato in due fasi separate per il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti. Al termine dello scrutinio vengono proclamati gli eletti e distrutte le schede valide, quelle nulle o contestate vengono conservate in un plico sigillato e firmata da i membri il seggio elettorale. Gli eletti sono coloro che hanno raggiunto il maggior numero di voti a parità di voti è proclamato il più anziano.

Il Presidente provvede a notificare i risultati delle votazioni agli eletti e alle autorità indicate all'art. 2 del D.P.R. 5 aprile n. 221. Il nuovo consiglio direttivo deve riunirsi entro 8 giorni dall'avvenuta elezioni su convocazione del consigliere più anziano. Nel termine di 30 giorni dalla proclamazione dei risultati ogni iscritto all'albo può fare ricorso avverso la validità delle elezioni alla commissione centrale gli esercenti le professioni sanitarie, che decide entro 6 mesi. L'iscritto eletto può rinunciare al momento della proclamazione alla nomina e verrà sostituito dal primo dei non eletti. Nel caso la rinuncia avvenga nella sede della prima riunione non sarà possibile al sostituzione.

0.2.4 ISCRIZIONI ALL'ALBO

Ai sensi del DPR n.221 del 5.04.1950 e della Legge n.43 del 1.02.2006 i professionisti infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici, in possesso del titolo universitario abilitante, sono obbligati ad iscriversi al relativo all'albo per poter per poter esercitare la professione.

Ogni anno, entro febbraio, un esemplare dell'albo viene stampato e inviato alle autorità come indicato dall'art. 2 DPR 221/50.

L'albo è redatto secondo l'ordine alfabetico. Per ogni iscritto sono indicati : cognome, nome, luogo e data di nascita, data di iscrizione e numero di iscrizione all'albo.

L'iscrizione prevede tre diversi tipi di modalità di iscrizione albo:

- Cittadini italiani
- Cittadini comunitari
- Cittadini non comunitari

0.2.5 DATI ANAGRAFICI DELL'ENTE

Ragione sociale: Collegio Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze

Sede legale: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Sede didattica: Via P. da Palestrina, 6 – 50144 Firenze

Uffici: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Codice fiscale: 80022510483

Tel. 055/ 359866

Fax 055/355648

Sito web www.ipasvifi.it

E-mail: segreteria@ipasvifi.it MAIL PEC : firenze@ipasvi.legalmail.it

0.2.6 SETTORI D'ATTIVITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE

Il collegio IPASVI di Firenze si articola nelle seguenti attività:

- A) Formazione continua in medicina
- B) Gestione albo
- C) Amministrazione e gestione dei fornitori

A) Formazione Continua in Medicina

Con la formazione continua in medicina promuove e favorisce tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, all'acquisizione di crediti

B) Gestione albo

Provvede alla tenuta dell'albo professione, esercita il potere disciplinare nei confronti dei professionisti iscritti, vigila sul rispetto del codice deontologico, tutela il cittadino garantendo che il professionista sia in possesso del titolo

C) Amministrazione e gestione fornitori

Gestisce la parte di supporto alle attività attraverso l'acquisizione di beni e servizi, la gestione economica e finanziaria con i relativi adempimenti

Le attività che seguono i requisiti della norma UNI EN ISO 9001: 2008 e rientrano nel campo di applicazione del SGQ sono le seguenti:

- A. Iscrizione all'albo,**
- B. Formazione del personale,**
- C. Gestione dei fornitori.**

0.2.7 APPROVAZIONE MANUALE QUALITA'

Il consiglio direttivo del collegio IPASVI di Firenze approva il presente manuale che rappresenta il documento ufficiale dell'applicazione della norma UNI – EN ISO 9001-2008 ai processi dell'ente specificatamente individuati.

0.2.8 ALLEGATI AL MANUALE

Sono previsti cinque allegati al Manuale:

- Organigramma (modello MQ01)*
- Verbale di riesame del sistema qualità da parte della Direzione (modello MQ02)*
- Lo schema di Interazione processi-Mappatura procedure gestionali (modello MQ03)*
- Lo schema del Piano di miglioramento con gli obiettivi generali (modello MQ04)*
- Lo schema relativo agli indicatori di monitoraggio delle procedure in certificazione (modello MQ05)*
- Nomina personale per la Gestione Qualità (modello MQ06)*

1.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente Manuale della Qualità, principale documento del Sistema di Gestione organizzativo dell'IPASVI, è quello di presentare le attività del Collegio e di specificare i requisiti del sistema secondo i modelli forniti dalla UNI EN ISO 9001:2008.

È stato redatto allo scopo di:

- descrivere la nostra struttura organizzativa, indicando i compiti, le responsabilità e le autorità di ognuno;
- descrivere il Sistema di Gestione della Qualità, identificando i processi che lo compongono e le loro interazioni e richiamando i documenti e le diverse modalità operative che lo supportano e lo mantengono monitorato;
- fornire tutti i riferimenti necessari alla rintracciabilità delle prescrizioni di sistema adottate per assicurare la corretta applicazione, il mantenimento e il continuo miglioramento del nostro Sistema di Gestione della Qualità e per verificare, tenere sotto controllo, aggiornare e migliorare in maniera continua il sistema stesso;
- determinare le linee di sviluppo e la Politica della qualità del nostro Ente;
- descrivere le metodologie di pianificazione, esecuzione e controllo messe in atto;
- dimostrare la capacità del nostro Ente di fornire con regolarità prodotti/servizi che soddisfino i requisiti dei clienti, quelli cogenti e quelli delle norme di riferimento;
- costituire un riferimento per chiunque operi all'interno della nostra struttura che vi può trovare le linee guida, gli indirizzi, le prescrizioni, i riferimenti alla documentazione per quanto attiene la Politica della Qualità, gli obiettivi, la pianificazione, il controllo e il miglioramento;
- costituire un riferimento per i clienti e per l'Organismo di certificazione che vi possono trovare gli elementi per verificare come il nostro Ente soddisfi i requisiti di gestione della qualità e di soddisfazione del cliente;
- costituire un riferimento per tutte le parti interessate;
- rappresentare l'elemento di continuità al mutare delle circostanze e dello staff operativo
- costituire la base per guidare e correlare le diverse attività, fare verifiche di coerenza tra la norma, le procedure e il loro utilizzo e formare il personale

1.1 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Sistema di Gestione (SGQ) del Collegio IPASVI di Firenze, documentato dal MQ, trova applicazione per tutte le attività descritte di seguito:

Progettazione ed erogazione di corsi di aggiornamento e formazione continua anche accreditata ECM. Servizi di gestione dell'Albo Professionale degli Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze (IP.AS.VI)

NOTA:

- La formazione è prevista dal D.P.R 7 agosto 2012 n.137 "Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148.

1.2 DEFINIZIONE REQUISITI ESCLUSI

Nessuna esclusione.

2.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

Lo scopo della presente sezione è quello di fornire il quadro dei riferimenti normativi che regolano l'attività dell'Ente.

I documenti di riferimento, in termini di normativa volontaria, utilizzati per l'implementazione del Sistema Qualità dell'organizzazione sono:

- ISO 9000:2005: Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e vocabolario
- ISO 9001:2008: Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti

Le norme sopra citate sono conservate dal Responsabile della Qualità nei propri archivi.

I documenti di riferimento, in termini di normativa cogente, utilizzati per l'implementazione del Sistema Qualità dell'organizzazione sono indicati nell'elenco dei documenti esterni (vedi sez. 4 e procedura GES 102, Gestione della Documentazione); tutte le norme sopra richiamate sono custodite, insieme alla copia originale del presente documento a cura del Responsabile della Qualità dell'organizzazione.

L'organizzazione si impegna a mantenere conforme il proprio Sistema Qualità alle norme sopra indicate e alle successive modifiche che dovessero intervenire.

3.0 TERMINI E DEFINIZIONI

Lo scopo della presente sezione è quello di definire in maniera univoca un glossario dei termini e definizioni a cui l'organizzazione dovrà fare riferimento al fine di uniformare linguaggi e atteggiamenti.

3.0.1 GLOSSARIO

Capacità organizzativa: abilità di un'organizzazione, sistema o processo a realizzare un prodotto in grado di rispondere ai requisiti per quel prodotto.

Classe: categoria (o grado) attribuito a differenti requisiti per la qualità relativi a prodotti, processi o sistemi aventi la stessa utilizzazione funzionale.

Qualità: grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.

Requisito: esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.

Soddisfazione del cliente: percezione del cliente su quanto i suoi requisiti siano stati soddisfatti.

Alta direzione: persona o gruppo di persone che, dal livello più elevato di un'organizzazione, la guidano e la gestiscono.

Assicurazione della qualità: parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità siano soddisfatti.

Controllo della qualità: parte della gestione per la qualità mirata a soddisfare i requisiti per la qualità.

Efficacia: grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati.

Efficienza: rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate per ottenerli.

Gestione: attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione.

Gestione per la qualità: Attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione in materia di qualità.

Miglioramento continuo: attività ricorrente mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti.

Miglioramento della qualità: parte della gestione per la qualità mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti per la qualità.

Obiettivo per la qualità: qualcosa cui ci si aspira o a cui si mira, relativo alla qualità.

Pianificazione della qualità: parte della gestione per la qualità mirata a stabilire gli obiettivi per la qualità e a specificare i processi operativi e le relative risorse necessari per conseguire tali obiettivi.

Politica per la qualità: obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione, relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

Sistema: insieme di elementi tra loro correlati o interagenti.

Sistema di gestione: sistema per stabilire politica ed obiettivi e per conseguire tali obiettivi.

Sistema di gestione per la qualità: sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità.

Ambiente di lavoro: insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro.

Attività: termine generale che designa un lavoro svolto dal personale per raggiungere un determinato obiettivo/funzione composto da un insieme di atti e compiti.

Budget: il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale. Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi.

Cliente: organizzazione o persona che riceve un prodotto/servizio.

Fornitore: organizzazione o persona che fornisce un prodotto/servizio.

Infrastruttura: sistema di mezzi, attrezzature e servizi necessari per il funzionamento di un'organizzazione.

Mission: rappresenta la ragione di essere dell'organizzazione ed i valori a cui si ispira.

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

Parte interessata: persona o gruppo di persone aventi un interesse nelle prestazioni o nel successo di un'organizzazione.

Settore: indica una dimensione macro del sistema economico, omogenea per tipologia di attività produttiva e/o di beni prodotti.

Struttura organizzativa: articolazione di responsabilità, autorità e interrelazioni tra persone.

Vision: esprime le norme, i valori di fondo e un'immagine di insieme di ciò che l'organizzazione vuole essere nel suo complesso.

Accessibilità: possibilità del singolo utente (o di un gruppo omogeneo di utenti) di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nei limiti delle risorse disponibili.

Appropriatezza: rispondenza ai caratteri di efficacia, efficienza e pertinenza.

Processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

Procedura: modo specificato per svolgere un'attività o un processo.

Istruzione operativa o modalità operativa: sequenza di azioni ed eventi correlati, osservabili in un'organizzazione che fornisce servizi. Azioni realmente svolte dai membri dell'organizzazione per esplicitare le loro funzioni.

Prodotto: risultato di un processo.

Progettazione e sviluppo: insieme di processi che trasforma requisiti in caratteristiche specificate o nella specifica di un prodotto, di un processo o di un sistema.

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.

Protocollo: predefinito schema di comportamento che comporta la definizione di una sequenza di comportamenti.

Caratteristica: elemento distintivo.

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

Fidatezza: termine collettivo utilizzato per descrivere le prestazioni di disponibilità ed i fattori che le condizionano: affidabilità, conservazione e logistica della manutenzione.

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

Azione correttiva: azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata, o di altre situazioni indesiderabili rilevate.

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

Conformità: soddisfacimento di un requisito.

Correzione: azione per eliminare una non conformità rilevata.

Non conformità: mancato soddisfacimento di un requisito.

Non conformità di categoria 1 (o maggiori):

L'assenza o la non effettiva implementazione di uno o più di uno degli elementi richiesti dal sistema, o una situazione che genera dubbi significativi circa la capacità di soddisfare i requisiti del prodotto o servizio. Un gruppo di non conformità di categoria 2, che indicano un'inadeguata implementazione del sistema, di un elemento richiesto dalla norma di riferimento. Una non conformità di categoria 2 che persiste nel tempo (o non implementata come concordato dall'organizzazione)

Non conformità di categoria 2 (o minori): la mancanza di una regola o controllo osservata durante l'implementazione del sistema o una situazione che genera dubbi circa la capacità di soddisfare i requisiti del prodotto o servizio.

Osservazioni: sono rilievi basati sulle attività incluse nello scopo della certificazione e sono definite come anomalie che non hanno impatti sul sistema di gestione al momento, ma che con il tempo potrebbero degenerare in non conformità e che a giudizio del valutatore devono essere tenute sotto controllo. Queste includono;

- rilievi di una situazione che sono indicative di potenziale rischio e/o pericolo;
- chiarimenti e/o note per richiamare l'attenzione del cliente o auditor per le prossime valutazioni.

Riclassificazione: variazione della classe di un prodotto non conforme per renderlo conforme a requisiti diversi da quelli inizialmente specificati.

Reclamo: espressione di insoddisfazione rivolta ad un'organizzazione in relazione ai suoi prodotti o allo stesso processo di trattamento dei reclami, dove si attende in modo esplicito o implicito una risposta o una risoluzione.

Segnalazione: indicazione, raccomandazione posta all'interesse o all'attenzione di qualcuno.

Documento: informazioni con il loro mezzo di supporto.

Informazione: dati significativi.

Manuale della qualità: documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione.

Piano della qualità: documento che, per uno specifico progetto, prodotto, processo o contratto, specifica quali procedure, e le risorse associate, devono essere utilizzate e da chi e quando.

Registrazione: documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.

Specifiche: documento che stabilisce i requisiti.

Evidenza oggettiva: dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.

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

Processo di qualifica: processo per dimostrare la capacità di ottemperare a requisiti specificati.

Prova: determinazione di una o più caratteristiche mediante una procedura.

Riesame: attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia di qualcosa a conseguire gli obiettivi stabiliti.

Verifica: conferma, sostenuta da evidenze 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.

Audit: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze dell'audit e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono stati soddisfatti.

Criteri dell'audit: insieme di politiche, procedure, o requisiti utilizzati come riferimento.

Committente dell'audit: organizzazione o persona che richiede un audit.

Conclusione dell'audit: esito di un audit fornito dal gruppo di audit, dopo aver preso in esame gli obiettivi dell'audit e tutte le sue risultanze.

Esperto tecnico (audit): persona che fornisce conoscenze o competenze specifiche sull'oggetto dell'audit.

Evidenza dell'audit: registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili.

Gruppo dell'audit: uno o più valutatori che eseguono un audit.

Organizzazione verificata: organizzazione oggetto dell'audit.

Programma degli audit: gruppo di una o più audit pianificate per un arco di tempo definito ed orientate verso uno scopo specifico.

Risultanza dell'audit: risultati della valutazione delle evidenze dell'audit.

Valutatore: persona che ha la competenza per effettuare un audit.

Apprendimento: è un processo che comporta la modifica di un comportamento in relazione ad una determinata situazione.

Atteggiamento: indica una disposizione, per analogia, disposizione che si manifesta nel comportamento, verso le persone, gli avvenimenti, le opinioni o le teorie oppure modalità di leggere e correlare fenomeni secondo una specifica scala valoriale implicita nelle funzioni.

Attitudine: insieme di capacità innate o acquisite, conosciute o considerate indicatori della capacità propria di un individuo di apprendere in un determinato campo. Generalmente sono spontanee, cioè innate, precoci, durevoli. Tendono a stabilizzarsi nei primi 20 anni di vita e difficilmente sono modificabili significativamente per via formativa.

Attività formativa: ogni attività organizzata o prevista dalle università o dai centri di formazione al fine di assicurare la formazione culturale e professionale degli studenti.

Bisogno formativo: differenza tra le competenze possedute e quelle necessarie per svolgere bene il proprio ruolo professionale.

Capacità: insieme delle conoscenze, dei comportamenti, e degli atteggiamenti, acquisiti sia in processi d'apprendimento formali, sia nell'esperienza pratica.

Competenza: applicazione di conoscenze, abilità e comportamenti nelle prestazioni. Insieme delle capacità professionali richieste per svolgere un compito o funzione, risiede nella mobilitazione dei saperi che si sono saputi selezionare, integrare e combinare in un contesto e per un obiettivo specifico e non nelle risorse da mobilitare.

Comportamento: insieme delle reazioni accessibili all'osservazione esterna.

Conoscenza: dati e informazioni già strutturate e/o strutturabili secondo una logica di contenuti ovvero una finalizzazione ad obiettivi determinabili.

Credito formativo: la misura del volume di lavoro di apprendimento richiesto al singolo studente in possesso di adeguata preparazione iniziale per l'acquisizione di conoscenze ed abilità nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio.

Criterio: argomento, tema, aspetto da prendere in considerazione per la verifica/valutazione, rappresenta una variabile rilevabile in modo riproducibile che permette di esprimere un giudizio anche di qualità dell'assistenza.

Curriculum: l'insieme delle attività formative universitarie e extrauniversitarie specificare nel regolamento didattico del corso di studio al fine del conseguimento del relativo titolo.

Docente: è uno specialista di contenuti esperto nei processi formativi, che sa integrare adeguatamente le proprie competenze personali/professionali con le esigenze del percorso formativo affidatogli, per raggiungere gli obiettivi definiti. Presidia le modalità di progettazione, realizzazione e valutazione delle unità didattiche e le variabili d'aula relative alla dinamica di gruppo ed ai rapporti interpersonali. E' inoltre in grado di orientare l'attenzione e la motivazione dei partecipanti/destinatari, gestendo adeguatamente il clima d'aula e favorendo la partecipazione e l'interazione. Rielabora ed integra, quindi, i contenuti in

funzione dei destinatari con chiarezza e proprietà di linguaggio, utilizzando i supporti ed i sussidi d'aula tradizionali ed avanzati e rispettando la programmazione didattica nei tempi e nei contenuti.

E-Learning: qualsiasi forma d'apprendimento che utilizzi una rete per la trasmissione, l'interazione, o l'agevolazione della didattica. La rete può essere Internet, o una Intranet interna.

Figura professionale: la figura professionale è definita da un insieme di attività, eseguite o da eseguire, al fine di produrre un determinato bene e/o servizio. Oltre alle attività, a qualificare il contenuto di una figura concorrono le competenze, il livello di esercizio, le condizioni di esercizio e il contesto professionale di riferimento.

Formazione: processo che si occupa di sviluppare le competenze necessarie a soddisfare i requisiti.

Funzione: insieme di attività che una persona compie per svolgere il proprio ruolo sociale/professionale.

Indicatori: variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto indicativo di un fattore di qualità. La variabile quantitativa è di solito rappresentata da una media o una percentuale, da una proporzione o da un tasso. Gli indicatori di qualità possono essere; indicatori di processo, indicatori di struttura, indicatori di esito.

Job description: Spiegazione della posizione funzionale con doveri, responsabilità e le condizioni richieste per l'esercizio delle mansioni inerenti il profilo professionale e la posizione funzionale.

Linea guida: insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

Metodologie didattiche: comprendono la gestione dell'insieme di procedure e regole presenti nell'azione formativa sia che essa venga gestita direttamente dal soggetto in formazione, o che sia rivolta verso il soggetto in formazione o, infine che riguardi le relazioni tra soggetti che si formano reciprocamente.

Motivazione: azione di forze coscienti e inconsce che determinano il comportamento.

Obiettivo formativo: indica e descrive i risultati che i soggetti in formazione raggiungono in seguito ad un intervento formativo, rappresenta l'insieme di conoscenze e abilità che caratterizzano il profilo culturale e professionale.

Ordinamento didattico: rappresenta l'insieme delle norme che regolano i curricula del corso di studio.

P.B.L. (Problem Based Learning): apprendimento basato sui problemi. Processo attraverso cui lo studente impara ad analizzare e risolvere problemi di salute e non solo.

Performance: realizzazione di un atto da parte di una persona.

Potenziale: insieme delle capacità di un individuo non ancora utilizzate, in quanto non richieste dal ruolo che sta ricoprendo.

Profilo professionale: un profilo professionale può essere descritto in termini di attività da svolgere e/o di competenze da possedere. Il profilo presenta caratteristiche di elevata aderenza alla realtà e dunque di notevole variabilità locale.

Regolamento: definisce la modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa che devono essere sistematicamente ottemperate.

Ruolo: il ruolo riguarda l'insieme delle attività prevalenti calate in un determinato contesto lavorativo e può essere ricoperto in maniera trasversale da più profili.

Sede di tirocinio: è il luogo dove lo studente verifica il livello di preparazione raggiunto fino a quel momento. La sede di tirocinio è definita in base alle opportunità formative utili allo sviluppo delle componenti pratiche delle competenze (skill) relative allo specifico profilo.

Sede formativa: è il luogo dove avviene la formazione teorico-pratica residenziale che comprende la maggior parte del monte ore del percorso formativo.

Standard: definisce il valore di soglia minima o massima di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo servizio o di performance per un determinato intervento.

Valutazione: fornisce un giudizio di valore che permette di prendere decisioni pedagogiche, include un componente di misurazione e una componente di giudizio e decisione.

Valutazione formativa: procedura di valutazione del progresso, del profitto dello studente dal momento in cui comincia un programma fino a quello in cui lo conclude.

Da valutare se inserire termini relativi alle attività specifiche amministrative

3.0.2 ACRONIMI

Vengono riportate di seguito le sigle utilizzate e contenute nella documentazione del Sistema Qualità con lo scopo di evitare errate interpretazioni

Sigla	Corrispondenza
MQ	Manuale Qualità
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
PQ	Politica per la Qualità
AI	Audit Interno
NC	Non Conformità
AC	Azione Correttiva
AP	Azione Preventiva
AMM	Personale Amministrativo
RSQ	Responsabile Sistema Qualità
PRES - DIR	Presidente del collegio con funzione di DIREZIONE , in sigla DIR
RD	Rappresentante di Direzione
IPASVI	Organizzazione IPASVI
RF	Responsabile di funzione
GES	Procedura Gestionale
IO	Istruzione Operativa
TEC	Procedura Tecnica

3.0.3 BIBLIOGRAFIA DEL PARAGRAFO

- UNI EN ISO 9000:2005, Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologie.
- UNI ISO 10015:2001, *Gestione per la qualità: Linee guida per la formazione.*
- Federazione Collegi IPASVI, *Linee guida per un progetto di formazione di base per l'Infermiere*, ottobre 1999.

4.0 SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'

Scopo della presente sezione del manuale del collegio IPASVI è:

- definire e descrivere la struttura del Sistema Qualità dell'organizzazione IPASVI;
- delineare l'articolazione della documentazione necessaria ad assicurare all'organizzazione l'efficace funzionamento e controllo dei propri processi
- illustrare, descrivere e definire gli elementi e le procedure operative relative alle attività previste nel campo di applicazione di cui al punto1

4.1 REQUISITI GENERALI

La Direzione dell'organizzazione ha deciso di adottare (stabilire, documentare, attuare, mantenere aggiornato e migliorare con continuità) un Sistema Qualità rispondente ai requisiti della norma ISO 9001:2008 – "Sistemi di gestione per la Qualità – Requisiti".

La Direzione considera il SQ come uno dei mezzi per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti e per tenere sotto controllo l'esecuzione dei processi che influenzano direttamente o indirettamente la qualità dei servizi offerti. Per implementare il SQ l'Organizzazione ha dovuto e deve, per mantenerlo rispondente alle varie esigenze (organizzazione, clientela, normative volontarie, normative cogenti, ecc.):

- ❖ identificare i processi necessari per il SQ;
- ❖ stabilire la sequenza e le interazioni fra i processi del SQ;
- ❖ stabilire criteri e metodi per assicurarsi l'efficace operatività e il controllo dei processi (i criteri e i metodi sono dettagliati nel seguito del manuale);
- ❖ assicurarsi la disponibilità delle informazioni e dei dati necessari a supportare l'attuazione e il monitoraggio dei processi (questo punto è sviluppato all'interno della sezione 5, che illustra come la direzione si impegna ad implementare e sostenere il SQ, e nella sezione 8 che illustra le modalità di analisi e monitoraggio del SQ);
- ❖ misurare, monitorare, analizzare i processi e attuare le azioni necessarie per conseguire i risultati previsti ed il miglioramento continuo (questo aspetto è dettagliato nella sezione 8).

L'Organizzazione ha elencato i processi nella Tabella 1 e ne mostra le interazioni nella Tabella presente in allegato, per quanto riguarda i processi del proprio Sistema Gestione che possono essere affidati all'esterno (Es: Docenze e/o Consulenze), l'Organizzazione definisce con opportune Istruzioni Operative e contrattuali (richieste al Fornitore al momento dell'affidamento dei lavori o consegnando direttamente le proprie) specificando le metodologie, i criteri da applicare e le opportune evidenze dei controlli effettuati al servizio finito.

La *Tabella 1* evidenzia come l'organizzazione sia impostata per il miglioramento continuo nella propria gestione; a tal fine, i processi sono stati suddivisi in modo da definire una catena logica per la conduzione e lo sviluppo.

Più specificamente, i processi sono stati identificati e organizzati in una sequenza che pone in rilievo le seguenti fasi:

1. pianificazione degli obiettivi da perseguire e dei relativi indicatori da monitorare e misurare;
2. attuazione dei processi predisposti;
3. controllo della effettiva attuazione di quanto predisposto e della sua idoneità per il raggiungimento degli obiettivi;
4. conseguente verifica del raggiungimento degli obiettivi e pianificazione di nuovi obiettivi.

- Tabella 1 -

"Identificazione e Sequenza dei Processi necessari per gestire il Sistema Qualità"

INPUT	PROCESSO	DESCRIZIONE	OUTPUT	POSSIBILI INDICATORI
<p>Necessità di Risorse Politica e obiettivi Necessità di individuazione requisiti e processi Analisi/ del mercato Struttura organizzativa Dati e relazioni</p>	<p>Coordinamento e Responsabilità della Direzione MdQ (Sez. 5)</p>	<p>Definizione delle strategie organizzative e del servizio. Reperimento delle risorse nei limiti di legge. Monitoraggio e miglioramento del servizio. Coordinamento delle risorse. Approvvigionamento. Gestione dell'utenza</p>	<p>Risorse individuate Politica e obiettivi definiti Requisiti individuati Processi individuati Gestione dell'Organizzazione Contratti di approvvigionamento e con Clienti.</p>	<p>Pianificazione di tutte le attività Raggiungimento degli obiettivi prefissati</p>
<p>Leggi e norme Regolamenti Progetti formativi e relativi contratti</p>	<p>Amministrativo</p>	<p>Gestione della contabilità Controllo economico Rendicontazione</p>	<p>Rendiconti e contabilità</p>	<p>Spese in entrata / spese in uscita Importato rendicontato / importo approvato</p>
<p>Necessità organizzazione (stabilire gli indicatori da misurare e monitorare) Necessità di misurare e monitorare i processi Risultati della soddisfazione di utenti/operatori/destinatari finali Indicatori di efficacia dei processi</p>	<p>Misurazione e monitoraggio MdQ (Sez. 8)</p>	<p>Monitoraggio dei percorsi formativi erogati. Monitoraggio delle azioni e dei programmi di orientamento Monitoraggio dei processi operativi e del sistema anche tramite Verifiche ispettive Monitoraggio delle prestazioni delle Risorse coinvolte e degli strumenti. Valutazione dei risultati</p>	<p>Raccolta dati numerici Calcolo degli indicatori ed Analisi dei dati Piani di miglioramento</p>	<p>Tutti gli indicatori</p>
<p>Necessità organizzazione (personale competente, formato, consapevole) Necessità del personale Esigenze dei corsi Normative tecniche specifiche e norme sulla sicurezza Esigenze di materiali e attrezzature</p>	<p>Addestramento del personale e gestione delle risorse MdQ (Sez. 6.2)</p>	<p>Definizione delle competenze necessarie per i vari ruoli (profili). Selezione e qualifica del personale. Pianificazione degli interventi formativi dedicati al personale. Gestione e coordinamento del personale e relazioni interne. Gestione amministrativa del personale. Gestione, manutenzione e tenuta sotto controllo delle attrezzature e degli ambienti</p>	<p>Formazione pianificata e gestita Personale formato, consapevole, competente Selezione del personale Controllo delle prestazioni Piani di Formazione Rispetto requisiti cogenti</p>	<p>Valutazione docenti Acquisizione nuove competenze Statistiche infortuni</p>
<p>Necessità organizzazione (politica e obiettivi, standardizzare i processi, possedere evidenze oggettive, ecc.) Requisiti norma</p>	<p>Gestione della documentazione (GES102)</p>	<p>Gestire ed aggiornare la documentazione inerente il sistema qualità in modo controllato</p>	<p>Documenti del SQ e registrazioni relative a tutti i processi tenuti sotto controllo</p>	<p>----</p>

INPUT	PROCESSO	DESCRIZIONE	OUTPUT	POSSIBILI INDICATORI
Richieste dell'utenza Richieste interne Obiettivi organizzazione	Gestione e riesame dei contratti MdQ Sez. 7.2 IO	Gestione dei rapporti con "clienti" ed allievi per la definizione degli accordi e delle iscrizioni	Acquisizione di commesse Pianificazione ed esecuzione dei servizi	N° proposte accettate dalla committenza / N° proposte emesse
Tipologie di prodotto Fornitori potenziali Obiettivi organizzazione	Qualifica dei Fornitori MdQ (Sez. 7.4)	Monitorare e qualificare i fornitori dell'organizzazione	Fornitori qualificati Sorveglianza e monitoraggio Fornitori	N° fornitori valutati positivamente / N° tot. Fornitori valutati
Necessità di risorse Necessità di controllare in ingresso i prodotti ed i servizi approvvigionati	Gestione degli acquisti MdQ (Sez. 7.4)	Acquistare prodotti ed attrezzature e servizi e monitorarli	Ordini di acquisto Prodotti/servizi in entrata Prodotti/servizi controllati in ingresso secondo i parametri definiti	NC rilevate / N° tot. Ordini
Attrezzature e macchine da mantenere	Gestione attrezzature MdQ (Sez. 6.3)	Assicurare una corretta efficienza e gestione delle attrezzature	Attrezzature mantenute e tenute in buona efficienza	---
Prodotti da conservare	Conservazione dei prodotti MdQ (Sez. 7.5.5)	Idonea conservazione ed immagazzinamento delle attrezzature	Prodotti conservati e correttamente gestiti	---
Indagini socio – economiche mirate Relazioni con le istituzioni Relazioni con Ordini e Collegi professionali. Decisioni autonome direzionali sulla base delle strategie	Analisi fabbisogni formativi	Rilevazione del fabbisogno occupazionale locale. Analisi dei dati e delle informazioni in ingresso. Definizione della strategia formativa ritenuta più opportuna. Durante il processo sono applicate metodologie di controllo per verificare se i prodotti del processo stesso sono coerenti con i dati di ingresso.	Identificazione dei bisogni e delle relative caratteristiche che saranno utilizzate in ingresso alla progettazione Elaborazione di questionari, interviste	N°progetti ammessi /N° progetti presentati N°progetti finanziati/N° progetti ammessi Giudizio della commissione
Necessità di pianificare e tenere sotto controllo la progettazione e lo sviluppo del servizio Analisi fabbisogni formativi Esigenze dei bandi Elenco attrezzature/infrastrutture Banche dati su imprese e percorsi formativi	Progettazione e Sviluppo MdQ (Sez. 7.3)	Progettazione di massima dell'intervento formativo. Progettazione di dettaglio dell'intervento formativo. Pianificazione dei servizi orientativi Progettazione di interventi di orientamento individuali e di gruppo Verifiche, riesame e validazione del progetto.	Progettazione e sviluppo pianificate, controllate, riesaminate, verificate e validate Progetto del corso Aggiudicazione corsi Progetto di intervento/strumento di orientamento Esigenze di approvvigionamento di materiali e servizi	N° corsi non attuati per mancanza di allievi Indicatori Accreditamento Regione Toscana
Indagini di mercato Analisi dei veicoli promozionali	Promozione	Gestione delle relazioni locali e sul territorio. Studio, progetto e realizzazione degli strumenti promozionali. Promozione e commercializzazione dei servizi formativi. Ricerca di partner	Metodologie promozionali (pubblicità) Gestione attività di rilascio informazioni	Statistiche sui corsi portati a termine Statistiche sui progetti elaborati

INPUT	PROCESSO	DESCRIZIONE	OUTPUT	POSSIBILI INDICATORI
Indicazioni da Direzione e Progettazione Esigenze dei progetti e dei clienti Normative di riferimento	Erogazione corsi e controllo del processo MdQ (Sez. 7.5) GES 107	Programmazione attività di consulenza e del servizio Programma di consulenza con interventi c/o i clienti redazione e stesura documentazione e consegna finale con spiegazione	Pianificazione svolgimento servizi Erogazione del servizio e controllo Servizi ultimati e controllati Necessità varie (formazione, acquisti, fornitori, attrezzature, ecc.)	NC rilevate / tot. Commesse Rispetto dei tempi pianificati ecc...
Esigenze degli iscritti all'albo Necessità di fornire servizi qualificati e controllati Specifiche e requisiti	Erogazione dei servizi di GESTIONE ALBO MdQ (Sez. 7.5) I.O.	Programmazione attività Consulenza e gestione pratiche ALBO Formazione e consulenza orientativa	Erogazione del corso Servizi ultimati e controllati Necessità varie (formazione, acquisti, fornitori, attrezzature, ecc.)	Monitoraggio nuove pratiche e numero iscritti all'albo
Problemi riscontrati durante le attività, inclusi i reclami dei clienti Requisiti norma Risoluzione delle cause dei problemi riscontrati Necessità di continuo miglioramento	Gestione delle non conformità, reclami, Azioni correttive e preventive (GES106)	Gestire le NC in modalità controllata	Problemi gestiti con modalità controllata Problemi gestiti con modalità controllata Attuazione delle azioni di miglioramento con modalità controllata	---
Necessità di verificare che i processi siano attuati secondo quanto predisposto, siano efficaci ed adeguati al raggiungimento-obiettivi Requisiti norma	Gestione degli audit (GES105)	Verificare periodicamente la corretta applicazione del sistema qualità	Verifica dell'attuazione, efficacia e adeguatezza dei processi Eventuale necessità di azioni correttive	---
Necessità di verificare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti Efficacia del raggiungimento Analisi e monitoraggio del SQ Necessità di miglioramento continuo	Riesame del sistema qualità MdQ (Sez. 5.6)	Verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati e pianificazione dell'organizzazione	Indicazioni per il continuo miglioramento organizzazione Input per gli altri processi	---

Il Sistema Qualità dell'organizzazione si articola nei seguenti punti fondamentali:

- definizione della politica;
- identificazione dei processi dell'organizzazione e delle loro interazioni;
- identificazione delle risorse.

Più in particolare:

- la politica e i processi sono identificati e documentati nel presente MdQ e nelle relative procedure;
- al sistema sono assegnate adeguate risorse, che sono periodicamente riesaminate e valutate, ritenute sufficienti a conseguire gli obiettivi qualitativi prefissati. In particolare, vengono messi in atto programmi di addestramento e qualificazione del personale, nonché di verifica e intervento sui mezzi necessari per l'espletamento delle attività lavorative al fine di conseguire i massimi livelli di efficienza ed efficacia del sistema.

I vari processi necessari al SQ, la loro sequenza e interazione sono ripresi e descritti (sommariamente se vi è riferimento ad una procedura specifica) nelle sezioni successive del manuale.

I processi ritenuti fondamentali dall'organizzazione sono tenuti sotto controllo mediante la definizione di appositi indicatori (vedi sezione 8).

L'organizzazione talvolta può affidare all'esterno parte dei propri processi ed attività; in tutti i casi (sotto elencati) impone comunque alle organizzazioni ed ai fornitori ai quali si affida di uniformarsi alle direttive e di seguire le procedure di lavoro interne; pertanto i processi affidati all'esterno saranno controllati come se fossero gestiti direttamente dall'organizzazione.

OUTSOURCING (Processi affidati all'esterno)

Nel dettaglio il **COLLEGIO** può affidare all'esterno le seguenti attività:

- Attività di progettazione;
- Attività di docenza;
- Attività di coordinamento di progetto e/o didattico;
- Attività di servizi logistici e tecnici;

Ed inoltre di reperire all'esterno

- ✓ Aule e attrezzature.

Tali attività verranno tenute sotto controllo attraverso l'introduzione di:

- ✓ Rapporti contrattuali ed incarichi professionali;
- ✓ Valutazione della Risorsa Umana Esterna, in rapporto alla prestazione richiesta, mediante colloqui diretti iniziali e periodici, ed analisi del Curriculum Vitae;
- ✓ Analisi dei dati relativi alla soddisfazione del cliente/allievo;
- ✓ Reclami cliente.
- ✓ Istruzioni scritte;
- ✓ Moduli di registrazione della qualità;
- ✓ Monitoraggio della soddisfazione del cliente;
- ✓ Verifiche dirette sul campo.

4.2 Requisiti della documentazione

4.2.1 Generalità

Per ogni fase del processo si definiscono documenti di prescrizione che indicano gli obiettivi e le modalità di esecuzione delle varie attività.

Il SQ è stato così strutturato in questo modo:

- Definizione della politica della qualità e degli obiettivi (la prima documentata sul presente manuale e i secondi in documenti specifici come il verbale di riesame del sistema);
- Manuale del Sistema Qualità (che copre i requisiti della norma ISO 9001:2008);
- Procedure (elencate nel Mod. 102.3);
- Moduli e documenti operativi necessari all'organizzazione per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei suoi processi
- Le registrazioni richieste dalla norma ISO 9001:2008 (vedi sezione 4.2.4)

Esiste comunque uno specifico elenco dei documenti in vigore (vedi sezione 4.2.3) in cui è riportato il codice, il titolo di ciascun documento, e lo stato della revisione corrente,

La dichiarazione della **Politica per la Qualità** e gli obiettivi da essa conseguenti documentano gli impegni assunti dalla Direzione e definiscono gli obiettivi che la Direzione ha deciso di perseguire e raggiungere per mantenere l'organizzazione competitiva sul mercato e migliorare la gestione dei processi.

Il **MdQ** descrive il Sistema Qualità; esso contiene le procedure o le richiama a seconda del grado di dettaglio richiesto nella descrizione dell'argomento trattato; inoltre il MdQ definisce i principi, le linee guida e le modalità operative adottate dall'organizzazione per la conduzione del proprio SQ.

Le **procedure** sono documenti che descrivono, in modo dettagliato, le modalità gestionali ed operative di svolgimento dei processi (e le loro interazioni), che influenzano direttamente o indirettamente il rispetto dei requisiti specificati, precisando condizioni di lavoro e responsabilità delle funzioni coinvolte; le procedure documentate predisposte dalla nostra organizzazione fanno parte dell'insieme dei documenti ritenuti necessari ad assicurare l'efficace funzionamento e controllo dei propri processi; l'estensione e il grado di dettaglio delle procedure tengono conto della complessità e delle interazione fra i processi, dei metodi di esecuzione delle attività e della formazione e competenza del personale che svolge operativamente l'attività descritta nella procedura.

Il SQ predisposto ed attuato dall'organizzazione, in quanto conforme alla norma ISO 9001:2008, predispone, documenta, mette in atto e mantiene aggiornate le procedure espressamente richieste dalla norma suddetta.

Le procedure vengono divise in gestionali e tecniche e, con riferimento a determinate attività del Sistema Qualità, precisano:

- Scopo
- Riferimenti
- Campo di applicazione
- Responsabilità inerenti alle azioni descritte
- Descrizione delle azioni da intraprendere per il raggiungimento dello scopo
- Riferimento alla modulistica ed alla documentazione di registrazione dell'attività oggetto della procedura.

Le procedure gestionali vengono elaborate, emesse e distribuite dal Responsabile della Qualità, il quale può richiedere il supporto e la collaborazione dei responsabili di settore interessati, in modo da produrre documenti congruenti con la realtà; l'approvazione spetta alla Direzione.

Le procedure tecniche (eventualmente previste) possono essere elaborate ed emesse dai rispettivi responsabili di settore e devono essere approvate dal Responsabile della Qualità.

Le **istruzioni di lavoro** (eventualmente previste) sono documenti che forniscono, in modo conciso e sequenziale, disposizioni sulle modalità di esecuzione e di controllo di una specifica attività al fine non solo di operare in condizioni prestabilite e controllate, ma di poter prevenire situazioni pregiudizievoli per la qualità dell'attività/processo svolta/o.

La **modulistica di registrazione** (Modelli – Mod.) è la documentazione di supporto alle attività descritte nel manuale, nelle procedure e nelle istruzioni, la cui compilazione fornisce l'evidenza oggettiva delle modalità di svolgimento delle attività, dei controlli eseguiti, dei loro esiti e della gestione delle non conformità.

La documentazione, che comprende procedure, eventuali istruzioni di lavoro e moduli, è strettamente riservata e trasmissibile all'esterno esclusivamente su esplicito accordo fra il richiedente e la direzione.

4.2.2 Manuale della qualità

L'organizzazione ha preparato e predisposto il presente Manuale della Qualità che include:

1. lo scopo e il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità, con i dettagli sulle esclusioni ammesse e relative motivazioni;
2. le procedure documentate o i riferimenti alle stesse;
3. una descrizione dei processi coperti dal sistema di gestione per la qualità e le loro interazioni.

Le informazioni di cui al primo punto sono indicate nella sezione 1 del presente MdQ; quelle di cui al secondo punto sono riportate nel modello *Mod. 102.3* e nelle successive sezioni del manuale (5, 6, 7 e 8); quelle di cui al terzo punto sono indicate nelle successive sezioni del manuale (5, 6, 7 e 8) e come riepilogo nel paragrafo 4.1.

Il MdQ è parte integrante dei documenti di gestione del SQ, come accennato nel paragrafo 4.2.1. Il MdQ descrive il Sistema Qualità, definisce i principi, le linee guida e le modalità operative adottate dall'organizzazione per la conduzione del proprio SQ ed è il solo documento di gestione del sistema che può essere emesso sia in modo controllato (paragrafo 4.2.3) sia non controllato (come meglio descritto nella procedura GES 102).

A cura del Responsabile della Qualità ogni copia è numerata e registrata nell'apposito elenco, correlata al corrispondente destinatario e relativa funzione d'appartenenza ed è pertanto soggetta alla procedura di aggiornamento; la copia trasmessa all'Ente esterno di certificazione rientra nella distribuzione ufficiale e pertanto è controllata.

Le copie emesse in modo non controllato sono quelle per le quali non esiste interesse all'aggiornamento e sono distribuite al solo scopo informativo e divulgativo, infatti le copie trasmesse ai Clienti e/o Enti esterni a titolo informativo non vengono numerate né registrate e quindi non sono soggette alle procedure di aggiornamento.

Il MdQ è suddiviso in sezioni; la numerazione e la denominazione delle sezioni coincidono con i requisiti della norma ISO 9001:2008; ogni sezione è identificata da un indice di revisione (prima revisione 0, seconda 1, ecc.).

4.2.3 Tenuta sotto controllo dei documenti

In questo paragrafo sono descritte le attività di gestione (emissione, identificazione, verifica, approvazione, distribuzione, modifica ed archiviazione) della documentazione mirate a tenere sotto controllo i documenti del Sistema Qualità.

La documentazione in uso nell'organizzazione si distingue in:

- documentazione operativa ed attuativa del Sistema Qualità;
- registrazioni (trattate nel paragrafo 4.2.4);

- documenti di origine esterna pertinenti al Sistema Qualità.

La documentazione della qualità è costituita da tutti i documenti predisposti ed utilizzati per descrivere il Sistema Qualità dell'organizzazione e necessari per la sua gestione (manuale della qualità, procedure, istruzioni di lavoro, moduli e registrazioni, incluse quelle esterne).

Le registrazioni sono i documenti operativi che attestano l'avvenuta esecuzione delle attività e forniscono evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del sistema, testimoniando il grado di raggiungimento degli obiettivi (vedi 4.2.4).

In merito ai documenti di origine esterna che l'organizzazione ritiene necessari per la pianificazione e per il funzionamento del sistema di gestione per la qualità (predisposti da enti e organizzazioni esterne all'organizzazione), e rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi, si precisa che la loro gestione (modalità di redazione, verifica, approvazione e distribuzione esterna) non è responsabilità della Direzione della OMC, la quale comunque si assicura di utilizzarne sempre le ultime revisioni e in conformità alle modalità operative previste dall'emittente.

Al fine di tenere sotto controllo i documenti attinenti al SQ, compresi i documenti di origine esterna, l'organizzazione ha quindi predisposto la procedura *GES 102* che stabilisce le modalità di:

- approvazione dei documenti prima della loro emissione in modo da garantirne l'adeguatezza e l'idoneità;
- riesame e, quando necessario, aggiornamento e riapprovazione dei documenti;
- identificazione dello stato di revisione vigente dei documenti e delle modifiche subite;
- assicurazione che le pertinenti revisioni dei documenti applicabili siano disponibili sui luoghi di utilizzo;
- assicurazione che i documenti siano leggibili, facilmente identificabili e rintracciabili;
- assicurazione che i documenti di origine esterna siano identificati e la loro distribuzione controllata;
- prevenzione dell'uso involontario di documenti obsoleti;
- adeguata identificazione dei documenti da conservare.

Tutti i documenti e le raccolte di dati ricevuti e/o prodotti sono identificati in modo univoco al fine di garantirne l'individuazione. Essi sono inoltre archiviati e conservati in conformità alle procedure di riferimento del presente paragrafo. Le procedure citate individuano i documenti emessi e soggetti a verifica e approvazione prima della loro emissione e le funzioni predisposte a tali compiti. Su tali documenti è apposta la firma del RQ, che ha verificato la conformità del documento alla norma e, inoltre, è sempre presente la firma di approvazione della Direzione - Presidente, che ne ha autorizzato l'emissione.

Il sistema di controllo della documentazione dell'organizzazione prevede un elenco generale dei documenti che indica, tra le altre informazioni (oltre a codice ed il titolo di ciascun documento), lo stato di revisione dei documenti in vigore per evitare l'utilizzazione di quelli superati. Tale elenco dovrà essere conforme a quanto riportato nella procedura richiamata e sarà a disposizione di chiunque desideri verificare l'ultima edizione di un documento. Tale sistema di controllo assicura che i documenti siano distribuiti in modo controllato (inclusi quelli di origine esterna). Solo il manuale della qualità può essere emesso in maniera non controllata (come detto nel paragrafo 4.2.2).

Tutta la documentazione è stata preparata in basi ai dati e le informazioni richieste dalla norma di riferimento e compatibilmente con le dimensioni dell'organizzazione, la competenza del personale, la complessità e l'interazione fra i processi (vedi anche paragrafo 4.1). Alla fase della preparazione è seguita la verifica e l'approvazione. Quest'ultima autorizza l'emissione e la distribuzione dei documenti. La distribuzione e il ritiro di tutta la documentazione soggetta alla circolazione controllata spetta al RQ (vedi *Mod. 102.1*).

Tutte le modifiche o cambiamenti ai documenti del Sistema Qualità sono riesaminati e approvati dai responsabili che hanno emesso il documento soggetto a modifica e, compatibilmente con le diverse esigenze e possibilità, dalle medesime persone. Le modifiche e l'aggiornamento della documentazione vengono evidenziati sui singoli documenti (come descritto nella procedura), i quali devono essere verificati ed approvati come indicato nella procedura *GES 102*. Tutti i membri possono proporre miglioramenti e/o evidenziare necessità di aggiornamento/modifiche alla documentazione in uso. Il numero di revisione del documento indica il numero delle modifiche che lo stesso ha subito.

I documenti di origine esterna presenti sono:

- documenti e certificati dei prodotti acquistati provenienti dai Fornitori (come listini, cataloghi, ecc.)
- norme e leggi che riguardano il Sistema Qualità e lo svolgimento delle attività operative;
- manuali d'uso delle attrezzature acquistate;

L'organizzazione si assicura di utilizzare solo l'ultima revisione di questi documenti

I responsabili della gestione dei vari documenti sono indicati nelle procedure relative al documento stesso. Per i documenti di origine esterna relativi a norme e leggi, il RQ predispone un Elenco dei documenti esterni (*Mod. 102.2*) per i quali è necessario tenere sotto controllo gli aggiornamenti e le modifiche.

Ogni singolo servizio è responsabile della conservazione dei documenti emessi. Al fine di raccogliere ed ordinare la documentazione in modo adeguato e funzionale, ogni singola funzione dispone di un archivio realizzato attraverso "raccoltori dedicati".

All'interno di ogni singolo archivio la documentazione deve essere suddivisa secondo un ordine progressivo per documenti di carattere generale e secondo un ordine progressivo ed in fascicoli per commessa per documenti di carattere specifico, in modo da essere facilmente rintracciabile.

La documentazione viene archiviata e conservata in locali adeguati che ne impediscano il deterioramento e protetta contro i pericoli di smarrimento, furto o distruzione.

La descrizione dettagliata delle attività di gestione dei documenti (preparazione, verifica, approvazione ed emissione; modifiche e aggiornamento; distribuzione; archiviazione e conservazione; eliminazione dei documenti superati) è riportata nella procedura *GES 102 "Gestione della Documentazione"*.

4.2.4 Tenuta sotto controllo delle registrazioni

Il presente paragrafo illustra come l'organizzazione identifica, raccoglie, cataloga, rende reperibili, protegge, archivia, conserva ed elimina le registrazioni ovvero le registrazioni che documentano l'attività svolta e ne forniscono evidenza oggettiva.

Il Sistema Qualità dell'organizzazione prevede una procedura per la gestione delle registrazioni prodotte nel corso delle attività.

Nella procedura suddetta sono indicati i moduli che una volta compilati costituiscono le registrazioni. In dettaglio sono da considerarsi alla stregua di registrazione:

- *i riesami del sistema qualità da parte della Direzione;*
- *le registrazioni sul grado di istruzione, sull'addestramento, sull'abilità e sull'esperienza del personale;*
- *le registrazioni necessarie a fornire evidenza che i servizi realizzati soddisfano i requisiti (controlli eseguiti, ecc.)*
- *i documenti contrattuali;*
- *le registrazioni dei riesami contrattuali;*
- *le registrazioni della valutazione dei Fornitori e delle azioni conseguentemente attuate;*
- *le registrazioni degli acquisti;*
- *le registrazioni delle comunicazioni al Cliente / iscritti inerenti la proprietà dello stesso;*
- *le registrazioni dei risultati delle manutenzioni e delle verifiche;*
- *le registrazioni inerenti gli audit;*
- *le registrazioni che documentano l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione;*
- *le registrazioni delle non conformità riscontrate e delle attività susseguenti;*
- *le registrazioni delle azioni correttive e preventive;*
- *le registrazioni dei reclami da parte del Cliente;*
- *le registrazioni relative al monitoraggio e misurazione dei vari processi.*

Tutte le registrazioni sopra indicate sono archiviate per un periodo di tempo ben determinato, definito in conformità alle specifiche procedure d'attuazione del sistema qualità; il periodo di conservazione e il responsabile dell'archiviazione sono indicati nella procedura cui il modulo fa riferimento.

Le registrazioni sono raccolte in appositi raccoglitori e suddivise per tipologia di documento oppure sono archiviate in modalità informatica nelle cartelle apposite e protette da scrittura e/o tramite password di accesso. Per le registrazioni saranno predisposte anche delle copie "back-up", su supporto informatico, con cadenza periodica ed archiviati in appositi contenitori protetti.

Le registrazioni sono identificate da una sigla come descritto nel paragrafo precedente e nella relativa procedura GES 102. I documenti non emessi dalla nostra organizzazione non riportano l'identificazione indicata ma sono comunque identificabili ed archiviati.

I documenti prodotti che attestano l'attività svolta sono considerati documenti di registrazione e come tali, quando previsto contrattualmente, possono essere forniti al Cliente.

La descrizione in dettaglio delle attività relative alla gestione delle registrazioni è riportata nella procedura *GES 102 "Gestione della Documentazione"*.

5.0 RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE

Questa sezione del MQ:

A. descrive la Politica per la Qualità (PQ) e gli obiettivi che si intendono perseguire nell'allegato "Obiettivi per il miglioramento";

B. dà evidenza che tale politica venga diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione, sensibilizzando quanti operano nel Collegio affinché rispettino ed attuino quanto disposto dal SGQ;

C. descrive l'organizzazione con la quale Il Collegio:

- a) definisce le responsabilità, l'autorità e le interrelazioni tra il Personale che gestisce,
- b) esegue e verifica le attività che influenzano la qualità;
- c) nomina, mediante apposita delega, il RD (Rappresentazione della Direzione) e il RSQ (Responsabile Sistema Qualità) ai quali assegna autorità e responsabilità per la gestione del SGQ;
- d) individua le esigenze di audit interni, fornendo adeguati mezzi e Personale addestrato;
- e) individua le modalità di comunicazione tra le varie funzioni.

- stabilisce i criteri per il riesame del SGQ da parte del Consiglio e/o Presidente, individuando gli elementi in ingresso ed in uscita. La definizione della Politica Qualità (PQ) è a cura del Collegio e del Presidente e la diffusione è a cura della Alta Direzione.

5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE

L'Alta Direzione del Collegio esprime un impegno continuo in merito all'attuazione del SGQ ed al miglioramento continuo della sua efficacia, attraverso evidenze oggettive che vanno ricercate nelle comunicazioni al personale in merito alle necessità di soddisfare i requisiti del cliente ed i requisiti cogenti applicabili, alla Politica per la Qualità, alla definizione degli obiettivi per la Qualità, al riesame della Direzione, alla assicurazione della disponibilità delle risorse.

5.2 ORIENTAMENTO AL CLIENTE

L'Alta Direzione ha assunto impegni precisi e fornito chiare disposizioni al personale interno per tenere sotto controllo il soddisfacimento dei requisiti del cliente ed il miglioramento della sua soddisfazione tramite prassi adeguate basate su indicatori oggettivi.

I requisiti (le esigenze, le attese e le aspettative) dei clienti devono essere sempre al centro dell'attenzione della Dirigenza. Per "cliente" va' inteso non solo l'iscritti ma anche tutti coloro che si interfacciano con il Collegio (enti pubblici, utenti esterni).

Attraverso la formazione ed il coinvolgimento, la Dirigenza deve far comprendere a tutti i livelli che l'obiettivo fondamentale di ogni attività sono i clienti/utenti.

Per il soddisfacimento delle aspettative implicite ed esplicite, il collegio valorizza i servizi come :

- formazione qualificante ed a costi sostenibili,
- un front – office disponibile e attento,
- trasparenza nella gestione delle pratiche.

5.3 POLITICA PER LA QUALITA'

Il Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze è un ente pubblico non economico, istituito in base al D.Lv.C.P.S 13 settembre 1946 n.233 e in base al D.P.R 5 aprile 1950 n.221.

Il collegio è stato istituito e continua ad operare come organo di tutela:

- dei cittadini : garantendo i requisiti di professionalità dei propri iscritti attraverso la vigilanza sull'esercizio professionale e sul rispetto dei valori definiti nel codice deontologico
- degli infermieri, infermieri pediatrici ed assistenti sanitari : fornendo servizi per la continua crescita professionale e rappresentandoli nelle sede opportune

Per l'anno 2014 il collegio IPASVI si propone i seguenti obbiettivi:

- ridurre il numero degli iscritti morosi
- aumentare del 10% il numero dei partecipanti ai corsi di formazione e aggiornamento
- aumentare il numero delle edizioni dei corsi di formazione
- impegno per la digitalizzazione della documentazione e l'informatizzazione dei processi
- incentivare la ricerca infermieristica
- migliorare l'integrazione degli infermieri stranieri
- redigere la carta dei servizi del collegio
- perseguire la soddisfazione dell'utenza alle attività formative e degli iscritti

il presidente IPASVI

DANILO MASSAI

5.4 PIANIFICAZIONE

La pianificazione del Sistema di Gestione della Qualità è fatta dall'Alta Direzione e dal personale formato secondo quanto riportato nella PS.08.01 Gestione Audit Interni, secondo quanto richiesto dalla norma UNI EN ISO 9001: 2008 e da quanto indicato nella Politica della Qualità.

5.4.1 OBIETTIVI PER LA QUALITA'

Gli Obiettivi di miglioramento per la qualità del servizio erogato sono presenti nell'allegato MQ04 del presente MQ.

5.4.2 PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Il Collegio per rispettare i requisiti di servizio stabiliti prende come riferimento le attività che seguono:

- pianificazione della progettazione e del processo di erogazione del servizio;
- identificazione ed impostazione dei fabbisogni formativi e di servizio che possono essere resi necessari per conseguire la qualità richiesta;
- identificazione di adeguate verifiche in fasi appropriate della progettazione ed erogazione del servizio.

Il monitoraggio del sistema è attuato attraverso la pianificazione degli audit interni indicando quanto segue:

- responsabilità di attuazione;
- le specifiche o le istruzioni per il controllo di riferimento;
- gli indicatori per la misurazione ed il monitoraggio dei servizi erogati;
- la programmazione temporale dei controlli;
- le esigenze di registrazione.

Il RSQ ha la responsabilità di preparare il piano dei controlli qualità, con il supporto delle Funzioni coinvolte, per quanto di loro competenza, e di sottoporlo all'approvazione dell'Alta Direzione. Le revisioni del piano seguono lo stesso iter procedurale dei documenti in prima emissione.

5.5 RESPONSABILITA' AUTORITA' E COMUNICAZIONE

Per l'applicazione del sistema di gestione della Qualità i responsabili sono:

- **Il Presidente (PRES)** : coincide con l'alta direzione dell'organizzazione (DIR)
- **Il Collegio**
- **Rappresentante della Direzione (RD)**
- **Responsabile Sistema Qualità (RSQ)**
- **Docenti**
- **Responsabili di funzione ed addetti Amministrativi**

5.5.1 RESPONSABILITA' ED AUTORITA'

L'Alta Direzione indica RD e RSQ che sono i responsabili della diffusione e monitoraggio del sistema con diversi compiti come da allegato MQ05.

5.5.2 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE

Per diffondere la Politica della Qualità l'Alta Direzione nomina un Rappresentante della Direzione come indicato dalla norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2008 che deve:

- Assicurare che i processi necessari per il SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati;
- Riferire al DAF sulle prestazioni del SGQ e su ogni esigenza per il miglioramento;
- Assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del cliente nell'ambito dell'organizzazione dell'Ente.

Il RD è un membro della struttura direzionale dell'organizzazione, indipendente dalle altre Funzioni, che riferisce direttamente al presidente; può avere altre responsabilità indipendentemente da questa.

5.5.3 COMUNICAZIONE INTERNA

La comunicazione è supporto fondamentale per tutte le attività di gestione per la Qualità, pertanto il Collegio opera secondo i seguenti mezzi di comunicazione:

- forma cartacea, tramite lettera attraverso il sistema di posta interna;
- formato elettronico, tramite e-mail;
- comunicazione interpersonale verbale (riunioni, confronto orale negli uffici, ecc.).

5.6 RIESAME DI DIREZIONE

Il Riesame della Direzione è fatto una volta l'anno intorno alla fine di Gennaio dell'anno successivo a quello esaminato. Ha l'obiettivo di analizzare e valutare l'andamento del SGQ dell'organizzazione individuando spunti utili al miglioramento continuo. Per verbalizzare il riesame è utilizzato il format standard delle riunioni, con la specifica dei punti come segue.

5.6.1 GENERALITA'

Il Presidente ed il Consiglio del Collegio al fine di misurare l'adeguatezza e l'efficienza del SGQ effettuano il riesame con l'obiettivo di:

- monitorare soddisfare i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008;
- aggiornare il SGQ in funzione di mutate esigenze di conduzione inerenti a processi, prodotti e tecnologia.

Il Presidente ed il Consiglio devono adoperarsi perché quanto scritto sul riesame sia svolto, coadiuvati da RD e RSQ.

5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

Il Presidente ed il Consiglio del Collegio per valutare l'efficacia e l'efficienza del SGQ utilizza come elementi in entrata per il Riesame:

- i risultati delle Audit Interni;
- le informazioni di ritorno da parte del cliente;
- azioni correttive e preventive;
- le prestazioni dei processi e la conformità dei prodotti;
- le azioni a seguire dei precedenti riesami;
- le modifiche che potrebbero avere effetti sul SGQ;
- le raccomandazioni per il miglioramento.

5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

L'Alta Direzione riesamina il SGQ annualmente per assicurarne l'adeguatezza e l'efficacia. Il Riesame deve comprendere la verifica dell'esistenza di spazi di miglioramento e la necessità di modifiche al SGQ, inclusi la politica e gli obiettivi per la Qualità, pertanto elementi aggiuntivi per accrescere l'efficienza comprendono:

- miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità e dei suoi processi;
- miglioramento dei prodotti in relazione ai requisiti del cliente;
- bisogni di risorse.

Una selezione degli elementi in uscita viene comunicata al personale per dimostrargli come il processo di Riesame da parte della Direzione porti a nuovi obiettivi, di cui l'organizzazione beneficerà.

Tutti i riesami del Sistema Qualità sono documentati sul modulo "Verbale di Riesame Sistema Qualità" - Mod. MQ 02 e archiviati (vedi il paragrafo 4.2.4). Questo modulo contiene la data, i nomi dei partecipanti con le relative firme, i contenuti della discussione e indicazioni su quali azioni devono essere intraprese, chi deve intraprenderle ed entro quale limite di tempo. A tale modulo sono allegati le copie dei documenti utilizzati e dei documenti emessi durante tale attività.

La diffusione dei risultati dei riesami del SQ al personale interessato è responsabilità del RQ attraverso la distribuzione del rapporto di riesame, o riunioni col personale, o modalità stabilite in sede di riesame stesso.

6 GESTIONE DELLE RISORSE

Lo scopo di questa sezione del manuale è descrivere le risorse, le infrastrutture dell'organizzazione e le modalità ed i criteri per individuare le necessità di competenza, consapevolezza e addestramento del personale e per individuare e gestire i fattori umani e fisici dell'ambiente di lavoro dell'organizzazione **IPASVI**.

La presente sezione si applica alla gestione delle risorse (umane e fisiche) dell'organizzazione che influenzano la qualità delle attività eseguite e dei servizi effettuati.

6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

La DIR, in collaborazione con gli altri RF, deve individuare e quindi mettere a disposizione le risorse (umane e fisiche) necessarie per:

- ✓ attuare, mantenere aggiornato e migliorare il sistema di gestione per la qualità;
- ✓ accrescere la soddisfazione dei Clienti.

La valutazione delle risorse necessarie all'organizzazione a è condotta periodicamente durante il riesame del SQ da parte della Direzione e sempre prima di intraprendere la realizzazione di nuove attività o prima di accettare commesse particolari (quando si esula dai servizi standard dell'organizzazione); comunque chiunque nell'organizzazione rilevi delle carenze nelle infrastrutture, nelle attrezzature, nel personale, nell'addestramento, ecc. è responsabile di renderlo noto a DIR (vedi il paragrafo 7.5.3 - Comunicazione interna). La DIR, nei limiti delle possibilità dell'organizzazione, deve decidere in merito attuando azioni opportune.

6.2 RISORSE UMANE

Le risorse umane sono fondamentali per il buon andamento/funzionamento dei processi dell'organizzazione, per il raggiungimento degli obiettivi e la soddisfazione del Cliente.

Per questo motivo PRES ed il COLLEGIO hanno deciso di definire le responsabilità e i compiti del personale rendendoli noti all'interno dell'intera struttura per una migliore gestione delle comunicazioni interne all'organizzazione (vedi 7.5.3) e di mantenere aggiornato il personale in modo da avere a disposizione sempre risorse umane altamente professionali, competenti e consapevoli della loro importanza all'interno dell'organizzazione.

Documentazione richiamata
4. Mod. 110.2: Scheda Personale
5. Mod. 110.2: Piano di formazione / addestramento

6.2.1 Generalità

Gli incarichi, intesi come compiti/mansioni, responsabilità e autorità, sono affidati dalla Direzione (con l'ausilio degli altri RF) sulla base della competenza (grado di istruzione, esperienze professionali, addestramento ricevuto, abilità/capacità personali) del personale.

All'interno dell'organizzazione il personale che esegue attività che influenzano "direttamente" la conformità ai requisiti del "prodotto" risulta essere competente sulla base di istruzione, formazione, addestramento continuo, abilità ed esperienza appropriati al tipo di mansione svolta.

PRES, in collaborazione con RQ, stabilisce i **requisiti minimi** richiesti per il personale nelle varie responsabilità e mansioni e li formalizza nella procedura *GES 110 Addestramento del personale* in una tabella riepilogativa dei requisiti e delle caratteristiche richieste per mansione e responsabilità.

DIR, in collaborazione con RQ, valuta e qualifica le persone sulla base della presenza di tali requisiti minimi, della loro esperienza professionale e sulle capacità personali.

Gli incarichi al personale sono indicati sulla scheda del personale relativa (*Mod. 110.1*) e firmati per accettazione del dipendente/collaboratore. Per correttezza e nel rispetto della legge vigente in materia di privacy, l'organizzazione non divulga le notizie e le informazioni in essa contenute.

PRES al fine di attuare, mantenere aggiornato e migliorare il sistema di gestione per la qualità, ha inoltre il compito di individuare, reperire e rendere disponibili le risorse ed i mezzi necessari per le attività di audit interno (vedi sez. 7.2.2 e GES 105 "Gestione degli audit"), ponendo particolare attenzione ai seguenti punti:

- le verifiche devono essere condotte da personale culturalmente preparato ed indipendente da quello avente diretta responsabilità nell'esecuzione dell'attività sottoposta a verifica;

- il personale ispettivo deve essere opportunamente istruito o addestrato circa gli aspetti da sottoporre a verifica e le modalità di relazionare i risultati (verbale di verifica);
- il personale di verifica deve essere dotato degli strumenti e dei mezzi necessari per eseguire il proprio compito con profitto.

6.2.2 Competenza, consapevolezza e addestramento

L'addestramento è volto ad istruire e sensibilizzare il personale sulla qualità e sulle normative cogenti, e ad ottenere una corretta esecuzione delle attività.

Per raggiungere e migliorare le conoscenze necessarie al corretto svolgimento delle attività e per mantenere un'alta professionalità l'organizzazione ha deciso di:

- individuare le esigenze di competenza del personale che svolge attività che impattano sulla qualità;
- fornire l'addestramento necessario e rispondente alle esigenze;
- verificare e valutare l'efficacia dell'addestramento;
- formare e sensibilizzare il personale in modo che si renda conto delle rilevanza e importanza delle proprie attività e del proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi.

Durante il Riesame periodico del Sistema Qualità, la DIR / PRES (che ha la responsabilità di individuare le necessità di addestramento del personale) in collaborazione con RQ ed i vari responsabili di funzione, farà un'analisi delle necessità di addestramento/aggiornamento cui indirizzare il personale;

Tali necessità di addestramento possono essere identificate nei seguenti modi:

- ❖ segnalazione dei Responsabili di Funzione per i settori di competenza;
- ❖ adeguamento del personale a livelli o standard di mercato;
- ❖ emanazione di normative tecniche o legali che prevedono figure professionali oppure competenze specifiche.

In seguito a tale analisi definizione di un Piano di Formazione / Addestramento che prenda in considerazione l'acquisizione di nuovo personale, i cambiamenti di mansioni, le variazioni delle modalità di lavoro e/o l'introduzione di nuove normative, ecc.; per ogni programmazione saranno individuate le figure professionali da indirizzare all'addestramento; per ogni evento, corso o aggiornamento DIR dovrà prevedere la modalità da adottare per la verifica dell'efficacia; tale programma previsionale di queste attività sarà su base annuale e sarà aggiornato quando necessario; il Piano di formazione / addestramento pertanto rappresenta il formato da utilizzare per la pianificazione annuale delle attività di formazione.

Dovranno essere prese in considerazione azioni di formazione sulla base di:

- periodi di prova
- periodi di affiancamento a livelli superiori
- corsi informativi di aggiornamento
- istruzioni ed informazione ai dipendenti in occasione di evoluzione delle normative di riferimento
- partecipazione a corsi esterni

L'addestramento può essere realizzato a seconda dei casi all'interno dell'organizzazione o presso sedi esterne e i docenti possono essere dipendenti qualificati o figure esterne.

L'addestramento può avvenire attraverso la frequenza ad opportuni corsi esterni, oppure può essere effettuato internamente da RQ, oppure da un consulente esterno qualificato / accreditato, il quale può supportare l'attività di addestramento con l'emanazione di documenti e direttive congruenti sia con il Sistema Qualità interno che con gli obiettivi della Qualità.

Il personale addetto a compiti specifici è qualificato sulla base di appropriate conoscenze, formazione o esperienze lavorative appositamente registrate nelle relative schede.

DIR definisce inoltre il tipo di formazione che dovrà essere obbligatoriamente fatta per i nuovi assunti e fatta agli altri dipendenti in caso di modifiche sostanziali delle attività lavorative.

Tutto il personale dovrà essere sempre, e comunque aggiornato su:

- Evoluzione delle normative di riferimento
- Evoluzione del sistema di qualità interno

La formalizzazione dell'addestramento o aggiornamento del personale avviene con la registrazione delle attività di formazione su documenti di attestazione della partecipazione/frequenza a cura di RQ che curerà:

- il mantenimento di schede del personale riportanti il curriculum vitae, le qualifiche e le mansioni affidate ad ogni persona interna all'organizzazione;

- la registrazione di ogni attività di addestramento ricevuto dal personale dell'organizzazione e conservare la documentazione rilasciata; per ogni figura professionale designata verrà costituita, archiviata e conservata una raccolta dei documenti attestanti le partecipazioni e le frequenze seguite, nonché un riepilogo delle caratteristiche individuali a cura di RQ;
- la registrazione dell'efficacia dell'addestramento; il Responsabile della Qualità avrà inoltre cura di valutare nel periodo successivo al corso svolto e frequentato, l'efficacia dell'intervento formativo ed aggiornamento svolto da ogni persona e registrerà l'esito della valutazione dell'efficacia nella scheda personale corrispondente.

6.3 INFRASTRUTTURE

Documentazione richiamata

- *Mod. 109.1*: Elenco Attrezzature
- *Mod. 109.2*: Scheda Attrezzatura

La Direzione – Presidente, coadiuvata degli altri RF, è responsabile di individuare, fornire e mantenere le infrastrutture necessarie per assicurare la conformità dei prodotti, la soddisfazione del Cliente e il raggiungimento degli obiettivi. Nella valutazione delle infrastrutture la DIR deve comprendere i seguenti aspetti:

- spazi di lavoro idonei e adeguatamente attrezzati;
- attrezzature e mezzi (elencate e descritte nelle rispettive schede);
- servizi ausiliari di supporto
- aule

La sede è costituita da uffici segreteria e Presidenza, sala riunioni, aula, servizi, archivi ed eventuali sedi esterne convenzionate

Attrezzature

Il Responsabile Qualità ed i responsabili di Funzione RF devono tenere sotto controllo e pianificare gli interventi di manutenzione alle attrezzature utilizzati nella sede o nei luoghi di lavoro al fine di mantenerne l'efficienza, di garantire le condizioni di sicurezza del personale operativo e conseguire gli standard di qualità prestabilita sugli interventi realizzati.

E' compito dei RF curare la manutenzione delle attrezzature secondo le modalità previste dai rispettivi "manuali d'uso e manutenzione" avvalendosi eventualmente del servizio di assistenza fornito dal venditore.

RQ tiene sotto controllo le date di scadenza delle manutenzioni per le attrezzature in uso presso l'organizzazione trascrivendole nel Registro Attrezzature.

La manutenzione viene eseguita secondo le scadenze e le modalità consigliate dalla casa produttrice o fornitore ed indicate nei manuali d'uso degli strumenti.

Nel caso in cui sia necessario un intervento esterno per effettuare la manutenzione, il Responsabile può avvalersi di un servizio di assistenza esterno (fornito ad esempio dal venditore o dalla casa produttrice).

Una volta effettuata la manutenzione si provvede alla registrazione dell'intervento nella Scheda Attrezzatura specifica e personale dell'attrezzatura (curandosi di allegare l'eventuale certificato di idoneità funzionale rilasciato dall'eventuale ente esterno o fornitore che ha effettuato l'operazione) e trascrive nel Registro Attrezzature la nuova scadenza.

Per svolgere la propria attività il Collegio necessita di infrastrutture di vario genere, ma che non necessitano di particolare manutenzione.

Le infrastrutture e le attrezzature utilizzate dall'organizzazione per la propria attività sono:

- software e macchinari adeguati al lavoro da svolgere per il soddisfacimento del cliente
- Tutti i beni mobili, immobili e immateriali (software) sono inventariati ed etichettati con un numero progressivo.
- I beni del Collegio sono comunque elencati nel libro inventario dove si evidenzia costo storico e ammortamento.

6.4 AMBIENTE DI LAVORO

La DIR (PRESIDENTE DEL COLLEGIO) ha individuato i fattori umani e fisici dell'ambiente di lavoro necessari per garantire un idoneo svolgimento delle attività, la soddisfazione del Cliente e il raggiungimento degli obiettivi. Questi sono gestiti dalla DIR come segue:

- approntando nei propri luoghi di lavoro un adeguato ambiente di lavoro per il personale (che comprendono fattori fisici, ambientali e altri fattori (quali rumore, temperatura, umidità, illuminazione o condizioni atmosferiche, stress, ecc...)) in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di igiene e sicurezza del lavoro (D. Lgs. 81/2008 e successivi aggiornamenti);
- ottemperando alle disposizioni legislative inerenti l'impatto ed effetto ambientale dell'attività svolta;
- impostando una manutenzione adeguata e programmata delle attrezzature per assicurare un corretto ed idoneo svolgimento dei servizi;
- formando/addestrando, in relazione ai compiti assegnati, il personale impiegato nelle attività di produzione e controllo rilevanti ai fini della qualità (vedi paragrafo 6.2.2);
- rendendo partecipe ed informando il personale degli obiettivi e della soddisfazione del Cliente raggiunti;
- valutando periodicamente (in genere durante l'attività di riesame da parte della Direzione) i fattori umani e fisici che influiscono sull'ambiente di lavoro (dato lo svilupparsi di nuove tecnologie, nuovi servizi, competenze, ecc.).

7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

Lo scopo di questa sezione del manuale è descrivere i processi mediante i quali l'organizzazione IPASVI svolge le proprie attività operative e le modalità con cui le tiene sotto controllo assicurando e garantendo al Cliente che i servizi erogati siano conformi ai requisiti specificati e ai requisiti richiesti, nello specifico come il Collegio realizza il prodotto formativo in riferimento alle attività di :

- pianificazione della realizzazione dei processi formativi
 - processi relativi al cliente
 - progettazione e sviluppo dei processi formativi
 - approvvigionamenti
 - produzione ed erogazione dei processi formativi e dei servizi connessi alla gestione dell'albo
- La presente sezione si applica alle attività oggetto del campo di applicazione del SQ.

7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

Il Collegio deve predisporre la documentazione idonea ad identificare e pianificare i processi necessari per la realizzazione dei servizi.

La pianificazione dei processi di realizzazione dei servizi deve essere congruente con quella relativa agli altri processi del sistema di gestione per la qualità e deve determinare :

1. individuazione degli obiettivi per la qualità e dei requisiti relativi ai servizi da erogare;
2. i relativi processi, dei documenti e delle risorse connessi;
3. attività di verifica, validazione, monitoraggio, misurazione, ispezione e prove specifiche per i servizi ed i relativi criteri di accettazione;
4. le registrazioni necessarie a fornire evidenza che i processi di realizzazione e il servizio risultante soddisfino i requisiti.

La realizzazione di quanto sopra viene di solito effettuata mediante :

- Impegni di spesa sul bilancio di esercizio
- Sistema budget e contabilità analitica
- Analisi dei fabbisogni formativi
- Progettazione e sviluppo del prodotto attività formativa e dei servizi offerti agli associati
- Promozione dell'offerta formativa
- Selezione e qualificazione risorse (fornitori)
- Valutazione dell'efficacia della formazione

L'organizzazione ritiene che per la propria tipologia di attività svolta non sia necessaria la redazione di Piani della Qualità per soddisfare i requisiti contrattuali e la conformità alla normativa ISO 9001:2008.

7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

Lo scopo di questo paragrafo del manuale è descrivere le attività e le responsabilità per la gestione del processo commerciale dell'organizzazione (formulazione di offerte / prezziario del catalogo formativo, acquisizione di ordini e commesse, gestione delle modifiche e gestione delle comunicazioni con il Cliente) al fine di assicurare:

l'adeguata definizione e documentazione dei requisiti dei servizi da erogare;

l'eventuale rimozione di scostamenti tra quanto indicato dall'offerta e quanto riportato nell'ordine/contratto stipulato con il Cliente;

la valutazione delle capacità dell'organizzazione in termini di tecnologia, capacità , risorse ed assistenza, in modo da assicurare la soddisfazione dei requisiti contrattuali e quindi le richieste del Cliente e quelli delle normative di legge;

una corretta gestione nelle eventuali richieste di modifiche agli accordi contrattuali.

In questa fase, al fine di analizzare le variabili connesse al servizio da fornire l'organizzazione prevede una serie di azioni preventive nella fase di offerta nelle quali vengono definite le attività di erogazione (riesame del contratto)

Dal punto di vista operativo, il processo commerciale prevede 3 fasi differenziate:

- A. Fase di richiesta di offerta;
- B. Fase di definizione dell'offerta;
- C. Fase di definizione del contratto.

7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO

Il Collegio al fine di erogare servizi che soddisfino i requisiti dei clienti (Iscritti, cittadini o Istituzioni) deve identificare:

1. le richieste dirette e specifiche dei clienti (come, ad esempio, le indicazioni di proposte di attività formative, le istanze di vario genere, ...);
2. le richieste non precisate dai clienti, ma implicite nel servizio offerto (come, ad esempio, la necessità di aggiornamento ed approfondimento sulle novità tecniche e normative di ciascuna professione, l'esigenza di ricevere informative periodiche, ...);
3. i requisiti cogenti per disposizione di legge, regolamenti, norme... (ad esempio il rispetto dei tempi indicati dalla Legge 241/1990);

A) processo / ATTIVITA' : FORMAZIONE

rif. ISTRUZIONE OPERATIVA DI DETTAGLIO IO_02.02 " gestione catalogo formativo "

all. IO_02.02A_ Sch.Interventi formativi

all. IO_02.02B_ Schema Qualifica docenti

all. IO_02.02C_ el.docenti qualificati

all. IO_02.02D_ indicatori_budget

Come esplicitato nella istruzione, una volta definiti i requisiti del servizio, viene emesso il catalogo formativo di periodo.

La gestione del rapporto con il potenziale cliente è del GRUPPO FORMAZIONE che provvede ad annotare i dati di fattibilità e a prevedere una prima "bozza progettuale" nella quale vengono analizzati i bisogni e le richieste del Committente, il tipo di intervento da erogare, gli eventuali strumenti da utilizzare, le necessità di eventuali fornitori, tempi e costi di attivazione.

L'aspetto contrattuale viene formalizzato attraverso un'offerta/progetto elaborato dal Resp. Del servizio di Formazione ed approvato dalla DI / PRES.

Gli aspetti da considerare nell'Offerta sono generalmente:

- le aspettative del Committente e gli obiettivi del Servizio offerto;
- i contenuti di base del Servizio e le aree tematiche trattate (programma);
- l'articolazione modulare dell'attività formativa (tempistica);
- le risorse Umane interne e/o esterne previste;
- le risorse messe a disposizione dal Committente;
- gli aspetti logistici;
- gli strumenti/attrezzature didattiche;
- gli aspetti economici preventivati;
- la gestione delle varianti sia didattiche che finanziarie;
- le modalità di controllo del Servizio;
- la corrispondenza dell'offerta a parametri finanziari di mercato.

In funzione dell'articolazione del corso il progetto riporta tutte o parte delle attività sopra descritte.

B) processo / ATTIVITA' : Servizi di gestione dell'Albo Professionale degli Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze (IP.AS.VI)

Ai sensi del DPR n.221 del 5.04.1950 e della Legge n.43 del 1.02.2006 i professionisti infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici, in possesso del titolo universitario abilitante, sono obbligati ad iscriversi al relativo all'albo per poter per poter esercitare la professione.

Non sussiste quindi un'attività commerciale in quanto gli iscritti in qualità di utenti usufruiscono dei

7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO

Qualora i requisiti di un servizio siano modificati, l'Ente assicura che siano emendati i relativi documenti e/o integrazioni e che sia adeguatamente e tempestivamente data informazione informato delle eventuali modifiche.

Nel caso in cui l'istanza sia incongruente, ossia indirizzata ad un altro Ordine, Collegio professionale o ente o non identificabile, verrà fatta una valutazione specifica per il singolo caso.

Tutti i documenti contrattuali (indicanti i requisiti relativi ai servizi da svolgere), prima della trasmissione alla Committenza o della loro accettazione, sono sempre sottoposti a riesame da parte del responsabile incaricato.

Il riesame dei documenti contrattuali e dei requisiti definiti è l'attività sistematica svolta dall'organizzazione per assicurare che i requisiti del servizio siano adeguatamente definiti, privi di ambiguità, documentati, e che l'azienda sia in grado di soddisfarli. La valutazione della capacità di soddisfare le esigenze del cliente / utente dei corsi riguarda in modo particolare la valutazione tecnica ed economica dei servizi da eseguire per assicurare al Cliente il completo rispetto dei requisiti contrattuali e delle norme di legge. Con il riesame dei documenti contrattuali si valuta:

- che i requisiti del servizio siano definiti;
- che le specifiche contenute nei documenti siano adeguatamente definite;
- la fattibilità tecnica ed economica del servizio al fine di garantire il rispetto dei requisiti specificati dal Committente;
- che le eventuali divergenze fra le specifiche riportate nel contratto e quelle dell'offerta siano risolte;
- che l'organizzazione abbia la capacità di soddisfare le specifiche in essi contenute;
- che a fronte dei documenti d'offerta al fine di verificare che non siano variati: prezzo, modalità di esecuzione del servizio, modalità di fatturazione, modalità di pagamento, norme applicabili e/o di riferimento.

Quindi una volta identificati i requisiti relativi al servizio questi devono essere analizzati e riesaminati prima dell'erogazione ai clienti, per assicurarne l'adeguatezza.

L'attività di riesame mira ad assicurare che:

1. siano acquisite, definite e comprese le esigenze dei clienti;
2. non sussistano difformità tra servizio e requisiti e che il servizio sia adeguato alle richieste;
3. l'Ente abbia le capacità di soddisfare, per ogni servizio erogato, le richieste.
4. siano individuate e risolte eventuali scostamenti tra progetti e obiettivi formativi
5. siano registrate le richieste e i risultati per predisporre la realizzazione del servizio.

Nel caso di richieste standardizzate, quali l'istanza di iscrizione, cancellazione e trasferimento all'albo, è predisposta idonea modulistica per raccogliere le informazioni necessarie alla rapida e positiva conclusione del procedimento.

Nel caso dell'attività di formazione l'attività inizia con il ricevimento della richiesta di offerta fino a concludersi con l'erogazione del servizio formativo. Il riesame dei requisiti consiste con la redazione, la verifica e l'approvazione formale dei seguenti documenti :

- Catalogo corsi formativi
- Carta dei Servizi
- Regolamento interno
- Locandine corsi formazione

7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

Le richieste che arrivano al Collegio via mail, fax o posta, vengono protocollate mediante sistema di protocollo informatico secondo un Titolario di classificazione dei documenti inviato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

La corrispondenza in entrata ed uscita è quindi archiviata all'interno di fascicoli in base alla classificazione assegnata al documento.

Le forme di comunicazione più utilizzate sono:

- le comunicazioni agli Iscritti, gli altri Ordini, Collegi al Consiglio Nazionale, alle autorità o enti preposti a mezzo posta elettronica (anche certificata), ordinaria o a mezzo fax;
- il sito web
- la rivista del Collegio (on-line e cartacea)
- l'addetto stampa.

I contenuti della comunicazione riguardano:

- a) i servizi erogati;
- b) le richieste da parte di Iscritti, cittadini ed Istituzioni e le loro eventuali modifiche;
- c) le informazioni di ritorno da parte dei clienti, inclusi i reclami

Le comunicazioni inerenti le informazioni di ritorno da parte del Cliente sono gestite come descritto nel paragrafo 8.2.1 del presente manuale. I reclami, come descritto nel paragrafo 8.3, possono essere considerati NC rilevate esternamente e vengono gestite secondo la procedura GES 106 "Gestione NC, AC, AP e reclami".

7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

La progettazione e lo sviluppo dei servizi riguarda le attività non standardizzabili, quindi solo il processo relativo alla formazione e non quello dei servizi di gestione dell'albo che risulta standard e con istruzioni di lavoro già definite.

Quindi i processi di iscrizione, cancellazione, trasferimento all'Albo seguono, generalmente, una successione predeterminata di attività e, pertanto, non costituiscono attività soggetta a progettazione ma, vengono tenute sotto controllo mediante istruzioni di lavoro scritte.

IO_02.03 *albo cittadini italiani*

IO_02.04 *cancellazione albo*

IO_02.05 *albo cittadini comunitari*

La progettazione, viene applicata, generalmente, all'attività di Formazione ed Aggiornamento, di organizzazione di convegni o congressi, di effettuazione di studi e ricerche, che presentano tutti gli aspetti propri della progettazione, dalla pianificazione al riesame, alla verifica e alla validazione.

7.3.1 PIANIFICAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Ogni nuovo progetto deve essere pianificato considerando:

- ❖ l'individuazione e formalizzazione degli elementi in ingresso della progettazione, in caratteristiche oggettive e misurabili sulle quali basare lo sviluppo del progetto formativo;
- ❖ la definizione delle Attività/Azioni che concorrono alla realizzazione del servizio;
- ❖ la definizione delle Responsabilità dell'esecuzione di ciascuna attività, identificando le interfacce organizzative, tecniche (corresponsabilità) e le modalità di comunicazione;
- ❖ la definizione delle risorse umane necessarie alla gestione del progetto;
- ❖ l'analisi e l'applicazione dei requisiti richiesti da regolamenti, norme, contratti e da qualunque altro vincolo possa condizionare lo sviluppo del progetto;
- ❖ la predisposizione di Mezzi e Strumenti per l'effettuazione di verifiche sul nuovo progetto;
- ❖ l'ottimizzazione del nuovo progetto, in base alle reali potenzialità, capacità e obiettivi dell'Organizzazione;
- ❖ la pianificazione di attività di Verifiche e Riesami interfunzionali, quando necessario ed applicabile, in diverse fasi del flusso di sviluppo, in modo da assicurare il rispetto degli elementi in ingresso e finalità del progetto stesso;
- ❖ la gestione dei Dati e della Documentazione (su supporto informatico o cartaceo) generati dalle varie attività progettuali o necessari per erogare successivamente il servizio.

La formalizzazione di queste attività, della rilevazione dei fabbisogni formativi e della pianificazione è garantita con la predisposizione scheda dell'evento (in cui vengono riportate tutte le informazioni relative all'evento); è stata attivata su **TOM**, il sistema gestionale informatico in uso, al quale si rimanda come documentazione operativa in merito al corretto utilizzo.

GRUPPO FORMAZIONE : la presidenza per la redazione del piano formativo annuale puo' deliberare la costituzione di un gruppo di personale infermieristico esperto, con l'intento di progettare il piano formativo con adeguate competenze.

7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo

Programmazione delle attività

DIR / PRES, o altra figura incaricata con apposita lettera di incarico o disposizione di servizio, definisce ed esegue una pianificazione preliminare in cui vengono descritte tutte le fasi principali per configurare lo sviluppo del nuovo progetto, in collaborazione con il GRUPPO FORMAZIONE.

Analisi del formulario (nel caso di eventuali bandi cui

DIR / PRES ed il gruppo FORMAZIONE, o la figura incaricata di cui sopra, analizzano in dettaglio il formulario e il bando di gara al fine di definire, i requisiti e le modalità di stesura del progetto.

Ricerca Partnership

DIR / PRES ed il gruppo FORMAZIONE individuano enti, associazioni ed imprese da coinvolgere come partner operativi, come soggetti sostenitori o come soggetti terzi.

Ricerca di materiali ed eventuali collaborazioni esterne

DIR / PRES ed il gruppo FORMAZIONE eseguono ricerche che consentano di recuperare notizie e materiali consono allo sviluppo del nuovo progetto rispettando le caratteristiche principali (commerciali e tecniche)

7.3.3 Elementi in uscita alla progettazione e sviluppo

Configurazione progetto di massima

DIR / PRES ed il gruppo FORMAZIONE (incluso i PROGETTISTI, se non coincide con lo stesso) redigono il progetto di massima all'interno del formulario secondo le modalità indicate dal COLLEGIO.

- Definizione preventivo

Il Piano finanziario dovrà conformarsi ai parametri di costo fissati dal COLLEGIO per ogni voce di spesa tenendo conto degli obiettivi progettuali.

- Progetto di dettaglio

DIR / PRES ed il gruppo FORMAZIONE (incluso i PROGETTISTI, se non coincide con lo stesso) redigono, se non predisposto in fase di gara, il progetto di dettaglio secondo le modalità indicate dal Committente, dal e secondo le linee interne del collegio.

7.3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo

Il riesame del progetto è svolto dalla DIR / PRES e dal gruppo FORMAZIONE e consiste in un'analisi critica, di quanto progettato, per verificare ed assicurare il soddisfacimento delle esigenze del Cliente. I Riesami della progettazione sono pianificati e sistematici. In caso lo si ritenga necessario il riesame è svolto a mezzo di riunioni alle quali partecipano le Risorse Umane coinvolte. Le varie fasi di un processo di progettazione sono intervallate da attività di verifica, opportunamente pianificate, al fine di assicurare che i risultati delle stesse siano coerenti con i requisiti di base. Ogni Risorsa Umana coinvolta esegue una verifica sulla fase di sua competenza, per accertare la rispondenza ai requisiti ed ai dati di base. Può, inoltre, effettuare dei confronti con progetti simili per ottimizzare la resa del processo di progettazione. Ogni Risorsa Umana dovrà firmare la parte progettuale di propria competenza a testimonianza delle avvenute procedure di verifica. La DIREZIONE effettua la verifica complessiva dell'intero progetto e procede a documentare tale attività tramite firma di approvazione sul progetto stesso.

Successivamente il progetto viene sottoposto al Committente / possibile utenza

In caso di pubblico Committente la valutazione può avere uno dei seguenti esiti:

- ❖ progetto non approvato;
- ❖ progetto non riconosciuto
- ❖ progetto approvato e non finanziato;
- ❖ progetto approvato, ma da apporre modifiche;
- ❖ progetto approvato e finanziato.
- ❖ progetto riconosciuto

Nel primo e secondo caso l'attività termina, negli altri casi si procede come normativa vigente e con la realizzazione del progetto, .

7.3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo

La verifica della progettazione è attuata sui documenti di progetto e può prendere in considerazione:

- Il confronto tra i requisiti di base della progettazione e le caratteristiche finali del progetto
- Il confronto con servizi similari
- Valutazioni, basate su esperienze precedenti, relative a non conformità, carenze e mancanze.

Per le attività di verifica sono registrati gli esiti e le eventuali azioni correttive intraprese.

7.3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo

La validazione del progetto si configura in alcuni momenti fondamentali:

- in rapporto ai risultati ottenuti e valutati dal Cliente/beneficiario:
 - Raggiungimento dei risultati in base agli obiettivi del Progetto
 - Feed Back delle risorse umane coinvolte
- in rapporto alle valutazioni ed ai controlli effettuati dal committente:
 - attendibilità dei costi indicati in progettazione
 - rispetto dei vincoli normativi
 - riconoscimento delle eventuali qualifiche professionali

Tutta la documentazione relativa alla progettazione viene archiviata dal Responsabile del Servizio di Formazione.

7.3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo

Una modifica alla progettazione (se ad esempio il cliente ha apportato o richiesto delle modifiche a quanto preventivato ed accettato) viene registrata e riesaminata, verificata e validata con le stesse modalità sopra descritte per la prima emissione.

7.4 APPROVVIGIONAMENTO

7.4.1 Processo di approvvigionamento

Gli acquisti dei prodotti e dei servizi necessari possono essere effettuati o presso Fornitori qualificati preventivamente o mediante richiesta di offerta a nuovi Fornitori.

La valutazione dei Fornitori viene effettuata dalla DIR / PRES , in collaborazione con RSQ e le altre funzioni indicate nell'organigramma, al fine di accertarne la capacità e l'affidabilità a fornire prodotti e/o servizi conformi ai requisiti contrattuali e di Qualità richiesti.

La DIR attiverà le Risorse Umane tenendo conto delle tipologie di prodotti forniti/servizi erogati che sono collegate alle seguenti forniture:

- ❖ attrezzature, locali,
- ❖ hardware, software e relativa assistenza;
- ❖ prestatori d'opera intellettuale (docenti e progettisti) da qui in poi definiti Fornitori,
- ❖ cancelleria, assistenza/manutenzione attrezzature;

La DIR ed RSQ individuano i criteri per la selezione, la valutazione e la rivalutazione dei Fornitori. Qualora la fornitura preveda la necessità di rivolgersi a Fornitori non qualificati, si dovrà procedere alla qualifica degli stessi.

Per tutti i Fornitori è valido un criterio di qualifica storico, mentre per i nuovi viene specificato, nella procedura GES 104, un apposito iter di qualifica.

Per la valutazione di un nuovo Fornitore di prodotti e servizi la DIR richiederà un preventivo di offerta, mentre se trattasi di prestatori d'opera intellettuale verrà richiesto un curriculum vitae a cui farà seguito un colloquio.

Nel caso di beni e servizi la valutazione avviene considerando i seguenti aspetti principali:

- ❖ certificazione del Sistema Qualità;
- ❖ assistenza;
- ❖ livello dei prezzi;
- ❖ condizioni commerciali e storico forniture.

Nel caso di prestatori d'opera la valutazione avviene considerando i seguenti aspetti principali:

- ❖ titolo di studio;
- ❖ esperienza pregressa;
- ❖ disponibilità personale;
- ❖ elementi di valutazione dettati dalla normativa vigente.

La valutazione per ogni Fornitore viene formalizzata su appositi elenchi. Nel caso di Fornitore storico, si applica la valutazione a consuntivo delle prestazioni.

In occasione del riesame del Sistema Qualità, spetta a DIR / PRES / RSQ aggiornare lo stato di qualifica di tutti i Fornitori che hanno effettuato forniture di prodotti/servizi nel periodo in esame.

L'attività delle Risorse esterne è monitorata dalla DIR attraverso questionari di valutazione compilati dagli utenti e attraverso le relazioni del DOCENTI e/o dei Tutor.

I Fornitori di materiali e servizi vengono sorvegliati sulla base delle loro prestazioni, relative alla qualità ed alla regolarità delle consegne e attraverso l'analisi dei rapporti di Non Conformità. Nel caso in cui l'aggiornamento dello stato di valutazione dia esito positivo può essere mantenuto il rapporto di fornitura; nel caso di esito negativo, la DIREZIONE ed RSQ decidono in merito.

7.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento

Ogni "Richiesta d'Acquisto" deve essere riferita alla Dir che valuta, con la collaborazione del Responsabile ACQUISTI ed il responsabile di funzione, le necessità degli approvvigionamenti richiesti. A seguito di autorizzazione della DIR il Responsabile Acquisti effettua l'acquisto.

Per l'attivazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi si rimanda a:

- **regolamento di contabilità** approvato dal consiglio direttivo in data 20 maggio 2014 e per i lavori, servizi e forniture in economia di importo superiore a 40.000 ed inferiore a 200.000 euro si rimanda alle fonti normative enunciate nell'art. 45 del presente Regolamento e all'art. 1 c. 450 della Legge n. 296/2006
- **IO 01.03 Istruzione operativa per l'acquisizione di beni e servizi**

Per prodotti, servizi, forniture di beni l'acquisto avviene tramite l'emissione di un ordine di acquisto o mediante accettazione di un preventivo emesso da un fornitore; su tali documenti devono essere indicati in modo inequivocabile la descrizione e le caratteristiche del prodotto/servizio, eventuali riferimenti a

specifiche norme, e le condizioni contrattuali generali di fornitura (forme di pagamento, consegna della merce, data di consegna).

In caso di rapporto di collaborazione con professionista/docente viene redatto apposita lettera di incarico o contratto di collaborazione

Nella scelta tra più Fornitori qualificati dello stesso prodotto, la DIR adotterà i seguenti criteri di scelta:

- ❖ valutazione delle garanzie di qualità del prodotto e del servizio;
- ❖ prezzo;
- ❖ tempi di consegna previsti, puntualità, disponibilità.

L'ordine di acquisto viene allegato alla fattura o altro documento amministrativo per un controllo di congruità tra i due documenti.

Al ricevimento dei prodotti acquistati, il personale incaricato dalla DIR, effettua i seguenti controlli:

- ❖ valutazione della corrispondenza fra ordine e prodotto/servizio fornito;
- ❖ valutazione della puntualità della consegna.

La spunta delle singole voci presenti sul DDT o documento equivalente attesta l'effettuazione del controllo.

Se viene rilevato il mancato rispetto di un requisito del prodotto/servizio (Non Conformità), si opera come segue, in accordo alla GES 106 cioè con la compilazione del Rapporto di non conformità e consegna dello stesso a RSQ che valutata la Non Conformità procede a contattare il Fornitore interessato per ottenere chiarimenti in merito.

Periodicamente la DIR, RSQ o il personale da essa incaricato analizza i dati relativi alla gestione delle Non Conformità riscontrate negli acquisti; da tale analisi possono scaturire Azioni Correttive o Preventive.

Tutta la documentazione contabile relativa agli Ordini d'acquisto (fatture di acquisto) viene trattata e conservata a norma di legge.

all. IO_01.03A_richiesta preventivo	Mod. Registrazione
all. IO_01.03B_ordine acquisto	Mod. Registrazione

7.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati

Quando contrattualmente specificato, il Fornitore deve consentire ad **IPASVI**, di effettuare verifiche sulla conformità del prodotto medesimo ai requisiti specificati, presso le strutture dello stesso Fornitore.

Solo in determinati casi (a suo insindacabile giudizio), il Responsabile Acquisti può autorizzare l'utilizzo di prodotti/materiali nelle attività senza aver prima eseguito i dovuti controlli in accettazione. In questo caso i prodotti non controllati sono opportunamente identificati mediante l'apposizione di una etichetta o di un cartello in modo tale da rendere evidente il loro stato.

Per quanto riguarda i controlli sui servizi si veda quanto descritto sopra al 7.4.2 ed al punto 7.5.1. e nella istruzione operativa **IO_01.03 Istruzione operativa per l'acquisizione di beni e servizi**

7.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO

7.5.1 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Documenti di riferimento per lo svolgimento ed il controllo operativo

A) processo / ATTIVITA' : FORMAZIONE

IO_02 01	gestione corsi	ISTRUZIONI OP. (IO)
	all IO_02 01A_catalogo formativo	Mod. Registrazione
	all IO_02 01B_scheda accreditamento	Mod. Registrazione
	all IO_02 01C_lettera incarico_IVA	Mod. Registrazione
	all IO_02 01D_incarico occasionale	Mod. Registrazione
	all IO_02 01E_conflitto interesse	Mod. Registrazione
	all IO_02 01F_test ECM format	Mod. Registrazione
	all IO_02 01G_test gradimento corso	Mod. Registrazione
	all IO_02 01H_modulo raccolta dati	Mod. Registrazione
	all IO_02 01I_attestato partecipazione	Mod. Registrazione
IO_02.02	gestione catalogo formativo	ISTRUZIONI OP. (IO)
	all. IO_02.02A_Sch.Interventi formativi	Mod. Registrazione
	all. IO_02.02B_Schema Qualifica docenti	Mod. Registrazione
	all. IO_02.02C_el.docenti qualificati	Mod. Registrazione
	all. IO_02.02D_indicatori_budget	Mod. Registrazione

La DIR / PRES ed RSQ, devono in collaborazione con i responsabili di funzione:

- ❖ verificare le competenze didattiche necessarie per la gestione dei moduli;
- ❖ verificare se il personale interno è in possesso di tali competenze e nel caso predisporre disposizione di servizio;
- ❖ individuare, qualora tali competenze non fossero presenti nell'organizzazione, le Risorse Umane da destinare alle varie attività previste dal progetto tra i Fornitori qualificati, in questo caso predisporre la lettera di incarico
- ❖ incaricare il personale interno e/o esterno per la gestione delle attività amministrative e di segreteria, predisponendo gli atti conseguenti sopracitati;
- ❖ incaricare il personale interno e/o esterno per la gestione delle attività tecnico professionali, predisponendo gli atti conseguenti sopracitati;
- ❖ predisporre i moduli previsti;

L'erogazione ed il controllo dell'attività formativa è garantito dalle seguenti attività:

formalizzazione dell'attività didattica mediante:

- ❖ compilazione del Registro del corso (vedi TOM)
- ❖ consegna del materiale didattico per attività teoriche e pratiche e indumenti protettivi (se necessario)
La consegna del materiale didattico avviene in via telematica sulla piattaforma TOM, solo con l'autorizzazione del docente; solo gli utenti che hanno partecipato hanno il permesso di visualizzazione per un tempo massimo di un mese.
- ❖ trasferimento dei saperi: Il DO procede all'attività didattica illustrando i contenuti, e trasferisce le conoscenze e competenze previste dal programma.
- ❖ analisi dati del registro Il Responsabile del Settore Formazione procede alla verifica e registrazione delle ore effettuate degli utenti e DOCENTE controllando le apposizioni delle firme di presenza sul registro del corso
- ❖ valutazioni periodiche Le valutazioni periodiche per verificare il livello di apprendimento degli utenti vengono effettuate dai DOCENTI mediante l'utilizzo di appositi test predisposti direttamente dai docenti. Ad ogni fine modulo (o UF) è prevista una verifica finale a cui tutti gli allievi sono sottoposti al fine di determinare l'idoneità al rilascio dell'attestato di

frequenza/specializzazione/aggiornamento/qualifica. Le modalità di verifica sono principalmente 2:
 1. questionari (che il docente strutturerà in base agli argomenti trattati) da compilare in forma scritta
 2. esercitazioni pratiche alle quali il docente attribuirà una valutazione tecnico/didattica
 Quando previsto dal progetto saranno utilizzate entrambi le modalità di verifica.

La verifica dell'avanzamento delle attività svolte, avviene in due momenti:

- Verifica periodica del Registro di classe da parte della DIR o del Responsabile del Settore di Formazione. La firma sul Registro da parte della Dir o del Responsabile del Settore di Formazione attesta l'avvenuto controllo.
- Verifica dell'avanzamento del progetto rispetto al "Calendario del Corso" Tale verifica viene effettuata periodicamente TUTOR attraverso l'analisi del Registro compilato dai DO e riferita alla Dir per individuare eventuali ritardi o scostamenti rispetto alla programmazione ed avviare, quindi, azioni correttive e/o migliorative.

Per la verifica dell'adeguatezza delle risorse impiegate nell'erogazione del servizio vengono raccolte le seguenti informazioni:

- Valutazione dell'attività corsuale tramite apposito Questionario di soddisfazione compilato dagli utenti / allievi

Tali documenti vengono inoltre utilizzati in sede di Riesame del Sistema Qualità.

B) processo / ATTIVITA' : Servizi di gestione dell'Albo Professionale degli Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Firenze (IP.AS.VI)

IO_02.03	albo cittadini italiani	ISTRUZIONI OP. (IO)
	All.IO_02.03A richiesta iscrizione	Mod. Registrazione
	All.IO_02.03B foto	Mod. Registrazione
	All.IO_02.03C comunicazione	Mod. Registrazione
	All.IO_02.03D convalida titolo	Mod. Registrazione
	All.IO_02.03E casellario	Mod. Registrazione
IO_02.04	cancellazione albo	ISTRUZIONI OP. (IO)
	All.IO_02.04A domanda di cancellazione	Mod. Registrazione
	All.IO_02.04B conferma pensionamento	Mod. Registrazione
	All.IO_02.04C comunicazione avvenuta cancellazione	Mod. Registrazione
IO_02.05	albo cittadini comunitari	ISTRUZIONI OP. (IO)
	All. A IO_02_05 Modulo iscrizione UE	Mod. Registrazione
	All. B IO_02.05 foto	Mod. Registrazione
	All. C IO_02_05 Lettera convocazione esami	Mod. Registrazione

L'organizzazione ha provveduto ad individuare e opportunamente programmare i processi inerenti le proprie attività di erogazione del servizio di gestione dell'albo.

La gestione ed il controllo delle attività hanno lo scopo primario di garantire la conformità dei servizi ai requisiti stabiliti contrattualmente ed ai documenti tecnici ed allo standard qualitativo stabilito dall'organizzazione.

Per ottenere ciò è necessario:

- stabilire precise responsabilità;
- definire metodologie operative e di controllo delle attività e servizi.

Il ricorso a tali fattori di controllo comporta l'attuazione continua e sistematica delle azioni e degli accorgimenti di seguito descritti:

- le attività gestionali che all'interno del processo risultano rilevanti per la qualità sono formalizzate mediante istruzioni che forniscono la descrizione delle modalità attuative e le relative assegnazioni di responsabilità (vedi tabella precedente per l'elenco della documentazione di riferimento).

- i procedimenti esecutivi ed il personale utilizzati durante il processo sono sottoposti ad appropriati controlli, al fine di verificarne la conformità ai requisiti da soddisfare.

Più in dettaglio, gli strumenti utilizzati dalla nostra organizzazione per garantire il rispetto dei requisiti contrattuali, legislativi e normativi sono:

- pianificazione delle attività, dei servizi, dei controlli da effettuare e del personale più idoneo da impiegare;
- registrazione delle attività svolte per monitorare lo stato di avanzamento dei servizi rispetto a quanto pianificato;
- modalità di verifica e controllo (controllo qualità);
- registrazione degli esiti dei controlli e delle verifiche effettuate per assicurare la conformità alle richieste del Cliente, alle normative di legge/tecniche, e alle procedure emesse al fine di monitorare appropriati parametri del processo;

Pianificazione dei lavori

Le attività ed i servizi seguono la pianificazione interna dell'organizzazione stabilita in relazione a:

- date previste di esecuzione e fine dei servizi
- della disponibilità di risorse per l'erogazione dei servizi;
- ordine di arrivo delle pratiche
- priorità di esecuzione

Controllo del processo - Controlli

Il controllo del processo produttivo viene svolto direttamente dall'impiegato / incaricato di gestire e seguire la pratica / servizio.

7.5.2 Validazione dei processi di produzione e di erogazione di servizi

Il processo di erogazione del servizio (FORMAZIONE) viene validato attraverso le seguenti modalità:

- approvazione del progetto da parte del Committente;
- scelta dei DOCENTI e Risorse Umane per attività didattiche ed azioni di sistema (se previste nel progetto);
- Feedback su soddisfazione degli utenti.

7.5.3 Identificazione e rintracciabilità

Ogni documento del Sistema Qualità è identificato in modo che sia possibile risalire alla documentazione (manuale, procedure, istruzioni) che ne regola l'utilizzo.

La documentazione relativa ai singoli progetti e corsi viene identificata:

- se progetto finanziato riportando il numero matricola assegnato;
- altrimenti viene identificato con il titolo del progetto e numero progetto assegnato dalla DIR / RSQ

Per tutti i documenti si garantisce la rintracciabilità. Essi sono archiviati in appositi raccoglitori e conservati come indicato dalla normativa di riferimento.

Tutti i documenti dell'organizzazione **IPASVI**, sia interni che esterni, e le relative registrazioni hanno lo stato di controllo "approvato" se mostrano almeno data e firma.

7.5.4 Proprietà dei Clienti (Committenti)

Questa attività è contemplata per ciò che attiene le strutture didattiche (es. aule, lavagne luminose, cantieri, ecc), il materiale hardware e software, e le proprietà intellettuali eventualmente forniti direttamente dal cliente / allievo / utente (es. documentazione, tecnica, progetti, ecc...) per la realizzazione/erogazione del servizio.

In tal caso e se previsto contrattualmente che **IPASVI** prenda in carico materiale di proprietà del Committente vengono stabiliti, tra l'uno e l'altro, controlli efficaci per la verifica, la movimentazione, la gestione, la consegna e la protezione degli stessi. **IPASVI** è responsabile del materiale e della documentazione e pertanto in caso di eventuali prodotti persi, danneggiati o inadatti all'utilizzo tale situazione viene notificata al Committente. Le Non Conformità vengono gestite in accordo alla GES 106.

7.5.5 Conservazione dei prodotti

L'organizzazione ha predisposto procedure atte ad assicurare che tutte le attrezzature didattiche collettive utilizzate per l'erogazione del servizio vengano conservate e immagazzinate in modo tale da evitare il danneggiamento.

Materiale didattico

I materiali didattici (libri, dispense, cd-rom, ecc.) utilizzati per l'erogazione del servizio sono scelti dal docente sulla base del contenuto del Corso, delle esigenze degli utenti e dell'evoluzione delle metodologie didattiche.

Il materiale didattico è archiviato a cura di Responsabile del Settore di Formazione

Tutti i testi sono raccolti in appositi raccoglitori unitamente all'attività corsuale di riferimento.

Ogni DOCENTE che, in relazione al proprio corso, intenda distribuire agli allievi copie del materiale didattico da lui utilizzato deve richiedere autorizzazione, ed in caso di consenso provvedere a fornirne copia sia per gli allievi sia per gli atti di Ufficio dell'agenzia formativa.

Gestione, movimentazione, immagazzinamento, imballaggio e conservazione apparecchiature

Le apparecchiature utilizzate vengono movimentate secondo modalità tali da impedire danni o deterioramenti. L'immagazzinamento in sede avviene in appositi armadi e locali adibiti, tali da evitare il danneggiamento ed il deterioramento.

I dischetti magnetici vengono custoditi lontano da fonti magnetiche per non alterarne la perfetta funzionalità oppure provocare la totale perdita dei dati in essi contenuti.

Gestione INVIO degli attestati ECM

L'organizzazione effettua l'invio degli attestati ECM agli utenti tramite il gestionale TOM in via telematica.

Il sistema prevede una registrazione dell'avvenuto invio e presa in carico dell'allievo.

Ogni attestato ha un codice univoco di riconoscimento che lo associa all'evento.

7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE DI MONITORAGGIO E DI MISURAZIONE

In questo paragrafo si descrive come sono identificate, controllate, tarate e conservate le apparecchiature e gli strumenti impiegati nell'esecuzione di prove e controlli svolti da **IPASVI** e come si documentano queste attività.

L'affidabilità di uno strumento può essere assicurata soltanto mediante operazioni di verifica del controllo/taratura dello strumento, secondo metodologie che garantiscano che l'accuratezza richiesta sia quella voluta e che sia ripetibile nel tempo.

L'organizzazione ha predisposto una procedura, la GES 109 "Gestione Attrezzature e strumenti" per tenere sotto controllo, tarare e mantenere gli strumenti di misura utilizzati per dimostrare la conformità delle attività svolte ai requisiti specificati.

Le modalità di gestione degli strumenti applicate dall'Azienda assicurano che l'utilizzo sia realizzato in condizioni tecnicamente corrette attraverso prescrizioni su:

- addestramento del personale;
- corretta gestione e manipolazione delle apparecchiature;
- istruzioni di controllo/taratura e corretta gestione dei documenti di registrazione.

Allo stato attuale IPASVI non utilizza strumenti di misura.

Il controllo degli strumenti utilizzati per la rilevazione e la valutazione del servizio erogato prevede però il monitoraggio dell'adeguatezza dei documenti di controllo (**questionari**) riguardanti la soddisfazione degli utenti, per provarne la validità e l'affidabilità e garantirne l'adeguatezza e l'efficienza.

IPASVI ha definito come strumento di monitoraggio i questionari di soddisfazione degli utenti.

Prima di ogni corso il responsabile FORMAZIONE verifica se i questionari predisposti siano appropriati per la tipologia di corso; in caso di esito negativo preparerà questionari ad hoc. Tali questionari dovranno comunque riportare una valutazione confrontabile con quella utilizzata di solito.

Tutti i questionari sono comunque revisionati alla fine di ogni corso (o quando ne emerga l'esigenza durante lo stesso) per valutare l'efficacia dei risultati ottenuti tramite essi; in sede di Riesame da parte della DIR e durante gli audit vengono verificati i questionari per valutarne la loro continua attualità ed efficacia.

Eventuali carenze riscontrate presuppongono la registrazione e la verbalizzazione sul Riesame del Sistema e l'apertura di un'Azione Correttiva.

Nel caso in cui **software** di prova o riferimenti comparativi fossero utilizzati per l'attività di controllo, essi saranno verificati per assicurare l'idoneità a verificare l'accettabilità dell'attività svolta prima della loro utilizzazione nelle diverse fasi lavorative. Essi saranno ricontrollati a intervalli prefissati. Il RQ stabilirà l'estensione e la frequenza di tali controlli registrandoli su apposito modulo e archiviandoli secondo quanto previsto nei paragrafi 4.2.3 e 4.2.4 del presente Manuale della Qualità.

8 MISURAZIONE ANALISI E MIGLIORAMENTO

Questa sezione del manuale qualità descrive come il Collegio pianifica ed attua i processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento necessari a dimostrare la conformità dei servizi formativi, assicurare la conformità del SGQ e migliorare in modo continuo l'efficacia del SGQ

La presente sezione si applica al **processo di misurazione, analisi e miglioramento** dell'organizzazione che come tale permette un'efficace ed efficiente gestione dell'organizzazione e la possibilità di tenerne sotto controllo l'andamento (definizione degli obiettivi, loro raggiungimento, pianificazione delle risorse necessarie, valutazione delle esigenze delle parti interessate, ecc.).

Definizioni di processo: il processo qui descritto è pertanto relativo alla gestione del miglioramento continuativo dell'efficacia del Sistema di gestione per la Qualità; questo processo è molto articolato in quanto è costituito non soltanto dagli strumenti già contenuti in altre procedure quali rilevazioni di non conformità, azioni correttive, azioni preventive e gestione dei reclami dei clienti, ma soprattutto perché è la sintesi di ogni capacità dell'Organizzazione di produrre reali miglioramenti nella gestione, per mezzo di strumenti quali:

- Monitoraggio e misurazione dei processi;
- Monitoraggio e misurazione dei servizi erogati;
- Monitoraggio e misurazione della capacità dei fornitori;
- Monitoraggio e misurazione del grado di soddisfazione della Committenza;

In questo processo il significato di monitoraggio e misurazione è naturalmente diverso da quello attinente al controllo dei processi e dei prodotti, in relazione ad attività preordinate e caratteristiche predefinite.

Per questo motivo gli **"Input"** sono costituiti da:

- informazioni provenienti da pertinenti fonti circa la rispondenza di servizi e processi alle attese dell'organizzazione;
- informazioni provenienti da pertinenti fonti circa la capacità dei fornitori di rispondere alle esigenze della organizzazione;
- informazioni provenienti da pertinenti fonti circa il grado di soddisfazione dei Clienti della Organizzazione;

A fronte di questi input, gli **"Output"** sono costituiti da:

- elaborazione di un piano di monitoraggio di caratteristiche dei servizi, che prescriva le modalità, la frequenza e la numerosità delle rilevazioni da effettuare;
- rappresentazione grafica dell'andamento determinato in base alla rappresentazione degli indici rilevati;
- inserimento nel piano generale di miglioramento continuativo proposto dal Resp. Qualità alla Direzione, in sede di riesame di sistema;
- studio di indicatori e relativi indici per accertare la reale capacità dei processi di generare le caratteristiche attese del servizio di input di altri processi;
- elaborazione di un piano di monitoraggio di capacità dei fornitori a soddisfare le esigenze dell'organizzazione, che prescriva le modalità, la frequenza e la numerosità delle rilevazioni da effettuare;
- studio di indicatori e relativi indici per accertare il grado di soddisfazione del Cliente, possibilmente per tipologia di servizio fornito.

Responsabilità:

Responsabile di Funzione: è compito dei vari Responsabili di Funzione:

- svolgere le attività inerenti all'utilizzo, l'aggiornamento e la compilazione dei Fogli di Raccolta Dati,
- coordinare le attività di raccolta ed istruire e sensibilizzare il personale all'utilizzo di tale modulo
- trasmettere i dati raccolti nei Fogli di Raccolta Dati al RQ;
- collaborare con RQ se interpellati da DIR in sede di riesame del Sistema nella definizione dei parametri da controllare, della frequenza dei controlli e degli indicatori.

Responsabile della Qualità: è compito di RQ:

- definire in collaborazione con la DIR gli indicatori per la misurazione dei processi dell'organizzazione
- approvare le richieste dei vari Responsabili di Funzione per la raccolta dati, al fine di evitare la proliferazione di elaborazioni dati ripetitive
- analizzare i dati raccolti, avvalendosi della collaborazione dei Responsabili di Funzione
- informare la Direzione circa le attività sviluppate e le risultanze dei dati raccolti

- archiviare tutta la documentazione generata dalla applicazione della presente procedura
- elaborare i dati raccolti mediante tecniche statistiche (eventualmente visualizzando i risultati tramite tabelle, diagrammi, istogrammi a barre, grafici a torta, tec.) ed inviare i risultati alla Direzione per la valutazione in sede di riesame.
- collaborare con i Resp. di Funzione, ove richiesto, nella predisposizione delle Istruzioni Operative necessarie per assicurare il corretto svolgimento delle attività di raccolta dati;

Direzione - Presidente: è compito della Direzione:

- identificare i processi ed i parametri da monitorare, selezionare gli strumenti di controllo di tali parametri e la frequenza dei controlli stessi;
- definire in collaborazione con il RQ gli indicatori per la misurazione dei processi;
- in sede di riesame del Sistema Qualità, valutare i dati raccolti ed elaborati dal RQ;
- operare per il raggiungimento degli obiettivi programmati ed individuare risorse, mezzi, strumenti e tempi per la realizzazione dei programmi di miglioramento dei processi e dei fenomeni analizzati, nel rispetto della politica e degli obiettivi della qualità, ponendosi eventualmente come obiettivi il miglioramento percentuale di alcuni indici.

8.1 Generalità

La Direzione, come detto nel paragrafo 4.1, si impegna ad assicurare la conformità alla norma, alla legislazione e alle regole (definite nel presente manuale, procedure, ecc.) e a perseguire e ottenere il miglioramento del sistema di gestione dell'organizzazione.

Per perseguire tale impegno la Direzione ha deciso di definire, pianificare, raccogliere e valutare determinati indicatori il cui monitoraggio e misurazione consente alla Direzione di:

- poter verificare e stimare continuamente l'andamento dei processi e del sistema nel suo complesso
- valutare l'applicazione dei processi ed esaminare il trend, ivi compreso il livello di raggiungimento degli obiettivi definiti.

La definizione degli indicatori è fatta dalla Direzione con il supporto e la collaborazione degli altri RF in sede di riesame del Sistema Qualità; sul verbale di riesame del sistema Qualità sono formalizzati e verbalizzati questi appositi indicatori numerici, con la descrizione del processo da misurare, l'indicatore da stimare, i documenti da cui si raccolgono i dati e le informazioni e il responsabile incaricato della raccolta dati.

Questo documento, emesso ed approvato dalla Direzione / Presidente con il supporto del collegio e del RSQ, può essere modificato e aggiornato nei successivi riesami da parte della Direzione in seguito, variazione dei processi, variazione della politica e/o degli obiettivi, variazioni dei prodotti, ecc..

Poiché è evidente la complessità degli aspetti da esaminare e verificare, è opportuno che la Direzione coinvolga in prima persona RQ nella definizione degli indicatori specifici per ogni processo da monitorare, ma anche tutte le competenze tecniche ed organizzative dell'organizzazione.

La responsabilità nella gestione del coordinamento della raccolta dei dati e delle informazioni è affidata dalla DIR esclusivamente ad RQ il quale deve in prima persona, seguire l'applicazione, l'introduzione e la ricerca di tecniche statistiche per l'analisi dei dati raccolti (vedi sez. 8.4).

Ogni responsabile, coordinato e coadiuvato dal Responsabile della Qualità darà luogo alla raccolta dei dati in base a quanto ritenuto necessario in sede di pianificazione e programmazione d'attività di miglioramento. Tutti i documenti che contengono i risultati dei monitoraggi, degli indici e della loro grafica, incluse le analisi dei dati generate, saranno comunque assoggettati alle prescrizioni contenute nella procedura relativa alla documentazione ed alle registrazioni.

Tutta la documentazione generata nell'applicazione della presente procedura è archiviata dal Responsabile della Qualità; i vari Responsabili di Funzione interessati potranno trattenere copia della stessa.

Miglioramento Continuo

La qualità del servizio fornito, non è intesa dall'organizzazione come un traguardo che si raggiunge in maniera definitiva, ma un fine cui tendere.

Tutti i dati raccolti vengono registrati su appositi modelli a cura della Funzione interessata; le schede così compilate vengono successivamente trasmesse al RQ che, periodicamente, ha la responsabilità di estrapolare, elaborare e rappresentare i dati di interesse mediante tecniche statistiche e di inviare i risultati alla Direzione per la valutazione in sede di riesame.

Dalle valutazioni degli indici sopra esposti la Direzione periodicamente e comunque in sede di riesame del Sistema Qualità, individua risorse, mezzi, strumenti e tempi per la realizzazione dei programmi di miglioramento dei processi, nel rispetto della politica e degli obiettivi della qualità.

Il RQ e la DIR, dopo l'analisi e la valutazione di tali informazioni, decidono di intraprendere eventuali AC e/o AP, ponendosi eventualmente come obiettivi il miglioramento percentuale di alcuni indici.

8.2 Monitoraggi e misurazioni

Le misurazioni e i monitoraggi che l'organizzazione effettua sono la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi:

- alla soddisfazione del Cliente necessaria per valutare le prestazioni del SQ come percepite dal Cliente;
- agli audit interni necessari per valutare la conformità, l'attuazione e l'efficacia del SQ;
- ai processi necessari per valutare la capacità dei processi ad ottemperare le finalità;
- ai prodotti necessari per valutare il rispetto dei requisiti.

8.2.1 Soddisfazione del Cliente

L'organizzazione tiene sotto controllo le informazioni relative alla soddisfazione/insoddisfazione del Cliente dato che tali informazioni di ritorno sono una delle modalità di misura delle prestazioni del sistema di gestione.

La Direzione ha deciso di stimare la soddisfazione del Cliente in modo:

- ❖ diretto, vale a dire registrare ed analizzare la valutazione diretta dei Clienti - allievi - iscritti all'albo per i servizi connessi (organizzazione, qualità dei servizi, competenza del personale, ecc.) tramite:
 - l'ausilio di un modulo apposito o questionario da sottoporre al cliente nel quale si riportano le valutazioni date dal Cliente;
 - interviste dirette registrate;
 - la valutazione delle volte che un cliente - allievo torna a servirsi nel tempo della nostra organizzazione.
- indiretto, vale a dire controllare e stimare i reclami pervenuti, valutando l'analisi delle cause al fine di evitare il ripetersi; è utile valutare la qualità del servizio fornito attraverso l'analisi statistica dei reclami; dall'analisi dei reclami, la Direzione può capire come il Cliente percepisce gli aspetti negativi del servizio e procedere ad eventuali azioni preventive e di miglioramento; l'indice potrà anche essere valutato per tipologia di servizio, in modo da poter valutare da quali attività dipendono i risultati più insoddisfacenti.

8.2.2 Audit interni

Gli audit permettono un esame sistematico e indipendente la cui finalità è valutare se le attività dell'organizzazione descritte nel presente Manuale e relative procedure siano eseguite in accordo a quanto definito. Le verifiche devono accertare che le procedure e le regole definite siano idonee e adeguate al conseguimento degli obiettivi dichiarati nella politica per la Qualità.

Le verifiche ispettive risultano efficaci se sono pianificate ed a questo scopo è necessario:

- redigere un piano di verifiche che ne definisca la tempistica;
- evidenziare le differenze fra i risultati attesi e quelli effettivamente riscontrati;
- definire e applicare le azioni correttive;
- verificare il risultato delle azioni correttive.

A questo proposito l'organizzazione ha predisposto una procedura documentata (*GES 105 "Gestione degli audit"*) per la pianificazione e l'esecuzione delle verifiche ispettive interne della qualità.

Gli audit interni sono programmati (*Mod. 105/1 - Programma Audit*) in modo da garantire che tutti gli aspetti del Sistema Qualità siano verificati almeno una volta l'anno; la programmazione degli audit deve tenere conto dello stato e dell'importanza delle attività da verificare e dal fatto che siano precedentemente emersi aspetti non soddisfacenti; il piano viene trasmesso con sufficiente anticipo a tutte le funzioni interessate in modo da assicurare la disponibilità, alle date prefissate e per il tempo necessario, delle persone e delle informazioni richieste.

DIR ha il compito di approvare il piano annuale degli audit interni e il RQ di garantirne l'esecuzione e di informare la direzione delle eventuali inadeguatezze o non conformità riscontrate.

Gli audit interni possono essere condotte:

- ✓ da personale interno opportunamente qualificato (Certificate of Training - Internal Auditor Course) che userà la modulistica allegata alla GES 105.

- ✓ da verificatori esterni accreditati da organismi nazionali dopo il conseguimento di un corso riconosciuto con qualifica di auditor (Certificate of Training – Auditor/Lead Auditor Course); essi potranno utilizzare modulistica propria.

In ogni caso deve essere garantito il rispetto del requisito d'indipendenza fra funzione soggetta a verifica e personale che ne cura l'esecuzione.

Tutte le persone dell'organizzazione sono tenute a collaborare con colui che esegue le verifiche. I risultati delle verifiche sono documentati redigendo un Rapporto (*Mod. 105/3*) che rappresenta l'evidenza documentale di quanto rilevato; il rapporto di verifica evidenzia le non conformità e le relative AC da intraprendere specificando i tempi di attuazione e i responsabili; ogni AC intrapresa è seguita dal responsabile incaricato ed RQ ne documenta l'attuazione, la chiusura e l'efficacia sul modulo relativo.

I rapporti delle verifiche ispettive dovranno essere presentati alla direzione in fase di riesame del Sistema Qualità.

La procedura *GES 105 "Gestione degli audit"* riporta dettagliatamente le modalità per la pianificazione, preparazione ed esecuzione delle verifiche ispettive interne del SQ dell'organizzazione **LA**.

8.2.3 Monitoraggio e misurazioni dei processi

L'organizzazione ha adottato adeguati metodi per misurare e monitorare i processi necessari per rispondere ai requisiti del Cliente. Questo è attuato definendo opportuni indicatori che consentono di stimare, in quanto misurabili, la capacità dei singoli processi di ottemperare le relative finalità; la qualità del servizio fornito, non è intesa dall'organizzazione come un traguardo che si raggiunge in maniera definitiva, ma un fine cui tendere.

Questi indicatori sono formalizzati in sede di riesame del Sistema Qualità nel relativo verbale, sul quale si indica il processo, gli obiettivi da perseguire stabiliti durante i riesami del sistema qualità, l'indicatore da stimare, i documenti da cui si raccolgono i dati e le informazioni e il responsabile incaricato della raccolta dati; questo documento, approvato da DIR, può essere modificato e aggiornato in seguito ai riesami da parte della Direzione, variazione dei processi, variazione della politica e/o degli obiettivi, variazioni dei prodotti / servizi, ecc..

Tutti i dati raccolti vengono registrati su appositi modelli a cura della Funzione interessata (Fogli di raccolta Dati); le schede così compilate vengono successivamente trasmesse ad RQ che ha la responsabilità di estrapolare, elaborare e rappresentare i dati di interesse mediante tecniche statistiche (tabelle, istogrammi, grafici a torta, ecc.) e di inviare i risultati a DIR per la valutazione in sede di riesame. La responsabilità nella gestione del coordinamento della raccolta dei dati e delle informazioni è affidata esclusivamente a RQ il quale deve in prima persona, seguire l'applicazione, l'introduzione e la ricerca di tecniche statistiche per l'analisi dei dati raccolti.

Dalle valutazioni degli indicatori DIR periodicamente (e comunque sempre in sede di riesame del Sistema Qualità), individua risorse, mezzi, strumenti e tempi per la realizzazione dei programmi di miglioramento dei processi, nel rispetto della politica e degli obiettivi della qualità.

RQ e DIR, dopo l'analisi e la valutazione di tali informazioni, decidono di intraprendere eventuali AC e/o AP, ponendosi eventualmente come obiettivi il miglioramento percentuale di alcuni indici.

Ulteriori precisazioni per quanto riguarda l'analisi dei dati sono riportate nel paragrafo 8.4 del presente manuale.

Al fine di esemplificare, alcuni degli indicatori dei processi che la Direzione può decidere di monitorare sono:

- *l'andamento economico dell'organizzazione;*
- *la valutazione delle spese;*
- *l'analisi della soddisfazione del Cliente;*
- *il numero dei reclami pervenuti dai Clienti;*
- *Attività formative, di servizi, Audit interni, etc. e costi relativi;*
- *La Valutazione della Capacità del Processo di Erogazione dei corsi e dei servizi*
- *il numero di NC riscontrate durante gli audit interni / il numero totale di NC;*
- *il numero delle azioni correttive e preventive sul numero di NC riscontrate;*
- *numero totale di NC riscontrate (di processo, servizio, sistema, da fornitori, etc.)*
- *la valutazione dell'Efficacia dei Fornitori (come n° ordini NC / n° tot. ordini emessi)*

8.2.4 Monitoraggio e misurazioni dei prodotti

Nella ns. organizzazione è di notevole importanza la misurazione ed il monitoraggio dei servizi erogati al fine di assicurare il rispetto dei requisiti; per questo motivo, in appropriate fasi del processo sono stati definiti e attuati determinati controlli. La descrizione della tipologia di controlli, del personale incaricato, dei criteri di accettazione, della frequenza e delle modalità di registrazione è indicata nel paragrafo 7.5.1 del presente manuale e nelle procedure operative richiamate.

L'organizzazione predispone e conserva registrazioni che forniscono l'evidenza oggettiva dell'effettuazione dei controlli e del loro esito in conformità ai criteri di accettazione stabiliti dalle sopra citate procedure interne (vedi Istruzioni Operative IO). Le registrazioni identificano sempre il responsabile del controllo e l'esito del controllo. I criteri di accettazione sono invece specificati e dettagliati nelle procedure di controllo. Le modalità di conservazione e archiviazione delle registrazioni sono indicate nel paragrafo 4.2.4.

Nel caso in cui il responsabile del controllo riscontri NC, l'organizzazione ha predisposto per la loro gestione una specifica procedura (GES 106) ed il paragrafo 8.3 del presente Manuale.

8.3 Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi

Le attività di trattamento delle non conformità hanno due obiettivi principali:

- prendere sistematicamente decisioni in merito a situazioni non conformi così da ridurre le non conformità e iniziare un processo di continuo miglioramento;
- risolvere in via immediata la non conformità manifestatasi in modo tale da erogare al Cliente il servizio richiesto conforme ai requisiti specificati.

Per non conformità (NC) devono intendersi le deviazioni, i difetti o le carenze riscontrate nelle caratteristiche di una parte, un articolo o un servizio a fronte dei requisiti specificati nei relativi documenti (es. specifiche tecniche, ordini, ecc.)

In generale le non conformità possono riguardare i seguenti casi:

- documentazione mancante o dati in essa contenuti insufficienti o incompleti;
- non conformità dei prodotti acquistati;
- non applicazione delle procedure (per l'esecuzione dei servizi) ed istruzioni di lavoro e/o modulistica;
- non conformità di carattere gestionale durante l'esecuzione delle attività.

L'organizzazione per gestire il processo ed evitare che i prodotti non conformi siano utilizzati e/o consegnati involontariamente, ha predisposto la procedura documentata GES 106 per indicare le modalità di gestione e trattamento delle NC. Questa procedura assicura:

- l'identificazione di quanto risultato non conforme attraverso la registrazione della non conformità sul rapporto di non conformità e attraverso l'opportuna evidenza del prodotto (con la segregazione e/o l'apposizione di una etichetta colorata);
- la documentazione del materiale/prodotto/servizio non conforme mediante la registrazione sulla specifica modulistica;
- la valutazione della non conformità riscontrata mediante la registrazione della non conformità, della possibile risoluzione e dell'incaricato alla stessa;
- la verifica della chiusura della non conformità con valutazione dell'efficacia dell'azione intrapresa;
- la segregazione, quando possibile, del materiale/prodotto non conforme.

La descrizione in dettaglio delle attività relative alla rilevazione e alla gestione delle non conformità è riportata nella procedura GES106 "Gestione delle non conformità, AC, AP e reclami".

La rilevazione delle non conformità può essere effettuata da qualunque membro del personale dell'organizzazione. Ogni operatore che rileva una NC rispetto ai dati prefissati la segnala al RQ, il quale provvede ad aprire il verbale di non conformità (Mod. 106/1). Nel caso di NC riscontrate durante l'esecuzione di verifiche ispettive queste sono registrate sul "Rapporto di audit" (Mod. 105/3) secondo le modalità previste nel paragrafo 8.2.2 e nella GES 108.

Quanto rilevato non conforme viene sottoposto ad esame da parte del RQ in collaborazione con il RF, per determinare la causa. Il RQ, valutata la necessità di coinvolgere la DIR, in base alla NC rilevata e alle sue cause predispone la relativa soluzione. Generalmente le modalità di risoluzione delle non conformità riscontrate sui prodotti, possono prevedere:

- il rifiuto quando il materiale non è conforme ai requisiti specificati;
- declassamento del prodotto;
- accettazione in deroga (quando la NC riscontrata non influisce sulla qualità del prodotto) solo su accettazione del Cliente;

La verifica dell'efficacia della risoluzione della NC da parte del RQ è registrata sempre sul rapporto di non conformità.

La registrazione della NC rilevata viene poi archiviata dal RQ per le analisi successive. Le NC rilevate vengono conservate ai fini statistici per attuare azioni correttive volte al miglioramento continuo dei processi.

Le NC rilevate esternamente coincidono sostanzialmente con i reclami dei Clienti; tali reclami vengono gestiti in accordo alla procedura GES 106 dal Responsabile Commerciale, coinvolgendo, eventualmente, la DIR e/o le funzioni interessate. Per i dettagli si rimanda alla procedura sopra menzionata.

8.4 Analisi dei dati

La Direzione dell'organizzazione ha deciso di raccogliere ed analizzare i dati raccolti per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del proprio sistema di gestione per la qualità. Attraverso l'analisi sistematica e documentata dei dati DIR può individuare le AC e AP per mantenere la conformità alla norma ISO 9001:2008 e per attuare il miglioramento continuo dell'organizzazione. Gli indicatori della qualità sono lo strumento attraverso il quale può essere verificata l'adeguatezza e l'applicazione del SQ nonché il raggiungimento degli obiettivi indicati nella politica per la qualità della società e stabiliti nei riesami del SQ. A tale scopo essi sono oggetto d'analisi nei riesami da parte di DIR. I dati raccolti sono utilizzati in fase di riesame per avere sotto controllo le informazioni in merito:

- alla soddisfazione (e/o insoddisfazione) del Cliente, ivi compresa la valutazione della conformità ai requisiti del Cliente;
- ai fornitori;
- ai processi e ai servizi erogati dall'organizzazione.

Al punto 8.2 è indicata la necessità di definire e la modalità con la quale si definiscono appositi indicatori che DIR intende stimare continuamente per poter verificare l'andamento dei processi e del sistema nel suo complesso. Questi indicatori sono formalizzati in sede di riesame del Sistema Qualità nel relativo verbale, sul quale è indicato il processo, gli obiettivi da perseguire stabiliti durante i riesami del sistema qualità, l'indicatore da stimare, i documenti da cui si raccolgono i dati e le informazioni e il responsabile incaricato della raccolta dati. Questo documento, approvato dalla Direzione, può essere modificato e aggiornato in seguito ai riesami da parte della Direzione, variazione dei processi, variazione della politica e/o degli obiettivi, variazioni dei servizi, ecc..

La responsabilità nella gestione del coordinamento della raccolta dei dati e delle informazioni è affidata esclusivamente ad RQ il quale deve in prima persona, seguire l'applicazione, l'introduzione e la ricerca di tecniche statistiche per l'analisi dei dati raccolti.

Tutti i dati raccolti vengono registrati su appositi modelli a cura della Funzione interessata; le schede così compilate vengono successivamente trasmesse al RQ che, periodicamente, ha la responsabilità di estrapolare, elaborare e rappresentare i dati di interesse mediante tecniche statistiche (tabelle, istogrammi, grafici a torta, tec.) e di inviarli alla Direzione per la valutazione in sede di riesame.

Il RQ e la DIR, dopo l'analisi e la valutazione di tali informazioni, decidono di intraprendere eventuali AC e/o AP, ponendosi eventualmente come obiettivi il miglioramento percentuale di alcuni indici.

8.5 Miglioramento

8.5.1 Miglioramento continuo

L'organizzazione, in modo da essere sempre più competitiva sul mercato, deve gestire e pianificare il miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità utilizzando e analizzando:

- la politica della qualità e i conseguenti obiettivi;
- i risultati degli audit interni e degli enti di certificazione;
- l'analisi dei dati (informazioni di ritorno dai Clienti, valutazione dei Fornitori, dei processi e dei prodotti);
- le azioni correttive e preventive;
- i riesami da parte della Direzione.

Come detto in sez. 1 del presente manuale DIR ha inteso sequenziare, per dare maggiore enfasi al processo di miglioramento, i processi sulla logica della crescita continua considerando come processo di pianificazione, la definizione della politica della qualità e gli obiettivi che ne derivano, quindi la definizione degli indicatori che s'intende misurare e monitorare e la metodologia di raccolta dei dati; successivamente DIR attraverso i riesami del SQ (paragrafo 5.6) valuta i risultati raggiunti e fornisce e/o corregge gli input per la definizione di nuovi obiettivi e successiva pianificazione.

8.5.2 Azioni correttive

L'organizzazione ha predisposto la procedura documentata GES 106 al fine di stabilire le modalità di gestione delle azioni correttive e preventive (vedi paragrafo 8.5.3).

Per **azioni correttive** non s'intendono gli interventi effettuati nel corso del processo al rinvenimento di singole non conformità; le azioni relative a questi eventi sono da ritenersi come delle correzioni durante il processo, si considera invece un'azione correttiva tutto ciò che interviene a modificare un servizio, un processo, una parte del SQ per correggerlo e/o migliorarlo con l'obiettivo finale di eliminare le cause che

hanno determinato una NC sul prodotto venduto o sul servizio fornito, un reclamo pervenuto dal Cliente o una situazione non conforme rilevata nel corso di una verifica ispettiva interna o esterna o di un riesame da parte della Direzione.

Per **azione preventiva** si intende tutto ciò che la nostra organizzazione definisce ed attua per prevenire il verificarsi ed il ripetersi di NC sul servizio o di situazioni non conformi.

L'organizzazione, al fine di gestire ed avviare le azioni correttive e/o preventive tese ad eliminare e prevenire il ripetersi delle non conformità, ha predisposto una procedura documentata.

La procedura per le azioni correttive prevede:

- la ricerca delle cause delle situazioni non conformi;
- la definizione delle azioni correttive necessarie per eliminare le cause delle non conformità;
- l'esecuzione di verifiche per assicurarsi che le azioni correttive siano efficaci;
- la gestione dei reclami e delle situazioni non conformi.

Le azioni correttive possono scaturire a fronte di:

- risultati di verifiche ispettive interne/esterne;
- reclami del Cliente;
- verifiche eseguite da Clienti o potenziali Clienti / Utenti iscritti
- verifiche eseguite dall'ente di certificazione;
- a seguito di un riesame dei rapporti di non conformità sui prodotti, e più in generale sui processi del SQ;
- su segnalazione dei responsabili delle varie funzioni.

Quando vengono evidenziate situazioni di questo tipo, RQ, avvalendosi della collaborazione del Responsabile della funzione interessata, ha il compito di predisporre un'opportuna azione correttiva pianificandola sia nelle modalità che nei tempi di attuazione.

Quindi RQ deve compilare nell'apposita parte del modulo Mod. 106/1 "Verbale di NC" e con la collaborazione RF interessato attua le seguenti fasi:

- analisi delle cause delle situazioni non conformi;
- avviamento delle azioni correttive ritenute più opportune;
- verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive dopo un periodo concordemente stabilito;
- documentazione e registrazione dell'attuazione delle azioni correttive.

È compito dei RF attuare le necessarie AC utilizzando i sistemi e le tecniche più idonee al fine di risolvere le situazioni non conformi. È loro compito anche segnalare al RQ l'eventuale necessità di introdurre variazioni alle procedure in vigore.

Dopo il periodo concordato per l'attuazione dell'azione correttiva il RQ è responsabile di verificare l'effettiva concretizzazione di quanto stabilito e la valutazione dell'efficacia. L'esito dell'attività è registrato dal RQ nell'apposita parte del modulo Mod. 106/1. Le attività effettuate in occasione dell'azione correttiva sono documentate e registrate.

Nel caso in cui l'azione correttiva richieda una modifica di prescrizioni contenute nel Manuale della Qualità o delle procedure correlate, si attua l'iter di modifica documentale indicato nel paragrafo 4.2.3 del Manuale stesso. In ogni caso, qualsiasi modifica documentale richiede l'approvazione di DIR.

Le azioni correttive richieste a fronte di non conformità riscontrate dall'ente di certificazione rientrano nelle presenti prescrizioni. La descrizione dettagliata delle attività è riportata nella procedura GES 106.

Il Reclamo pervenuto deve essere registrato e verificato dal RQ sul modulo apposito (Mod. 106.1) e deve essere gestito conformemente a quanto descritto nella parte specifica della procedura GES 106 e nei paragrafi 8.3. Nel caso in cui il RQ ritenga necessario aprire una AC, lo registra nella parte relativa dello stesso Mod. 106.1.

8.5.3 Azioni preventive

L'azione preventiva (AP) è un'azione intrapresa per eliminare le cause di potenziali non conformità, difetti o altre situazioni indesiderate, al fine di prevenirne il verificarsi. Le AP possono essere proposte a seguito di:

- azioni definite dalla Direzione a seguito del riesame del sistema qualità;
- azioni proposte dai responsabili delle diverse funzioni;
- reclami del Cliente, non conformità di prodotto e di processo.

La procedura per le azioni preventive prevede:

- l'uso di fonti di informazione (ad esempio risultati degli audit, rapporti sui reclami, ecc.);
- l'individuazione dei passi necessari per affrontare i problemi;
- l'avviamento delle azioni preventive decise;
- l'esecuzione di controlli ed eventuali azioni successive per assicurarne l'efficacia;
- l'assicurazione che informazioni attinenti alle azioni preventive intraprese siano sottoposte al riesame della direzione (paragrafo 5.6).

Per la determinazione delle AP (Mod. 106/2) bisogna tenere conto d'idonee fonti d'informazione circa procedimenti e svolgimento delle attività che abbiano influenza sulla qualità del prodotto stesso, delle attività assegnate ai Fornitori, delle risultanze degli audit interni o esterni presso i Fornitori, dei Riesami da parte della Direzione e delle registrazioni della qualità.

La Direzione, pertanto, promuove ogni forma di ricezione di informazioni suscettibili di portare ad Azioni Preventive volte al miglioramento del servizio e del Sistema Qualità.

È compito dei RF segnalare al RQ ogni necessità di introdurre variazioni alle procedure al fine di eliminare possibili NC.

Il RQ provvede ad avviare il processo di gestione della AP articolato nei seguenti passi:

- individuare le funzioni interessate al problema;
- avviare le azioni preventive opportune ed individuare il responsabile per la sua attuazione riportandole sul modulo apposito;
- accertare l'attuazione e l'efficacia dell'azione preventiva attraverso una verifica mirata o una successiva verifica ispettiva aggiornando il programma delle verifiche ispettive interne.

Ogni AP viene controllata nel tempo per accelerarne l'efficacia e l'organizzazione sottopone a riesame le azioni intraprese. Queste, infatti, sono considerate uno strumento dinamico del Sistema Qualità per eliminare cause potenziali di Non Conformità. Tutte le Azioni Correttive e/o Preventive debbono essere sottoposte a Riesame da parte della Direzione.

INDICE

0.1 INTRODUZIONE.....	2
0.2 PROFILO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	2
0.2.1 GLI ORGANI DEL COLLEGIO.....	3
0.2.3 RINNOVO DEGLI ORGANI.....	4
0.2.4 ISCRIZIONI ALL'ALBO.....	6
0.2.5 DATI ANAGRAFICI DELL'ENTE.....	6
0.2.6 SETTORI D'ATTIVITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE.....	6
0.2.7 APPROVAZIONE MANUALE QUALITÀ'.....	7
0.2.8 ALLEGATI AL MANUALE.....	7
1.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	8
1.1 CAMPO DI APPLICAZIONE.....	8
1.2 DEFINIZIONE REQUISITI ESCLUSI.....	8
2.0 RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9
3.0 TERMINI E DEFINIZIONI.....	10
3.0.1 GLOSSARIO.....	10
3.0.2 ACRONIMI.....	15
3.0.3 BIBLIOGRAFIA DEL PARAGRAFO.....	15
4.0 SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ'.....	16
4.1 REQUISITI GENERALI.....	16
5.0 RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE.....	24
5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE.....	24
5.2 ORIENTAMENTO AL CLIENTE.....	24
5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ'.....	25
5.4 PIANIFICAZIONE.....	26
5.4.1 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ'.....	26
5.4.2 PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ'.....	26
5.5 RESPONSABILITÀ AUTORITÀ E COMUNICAZIONE.....	26
5.5.1 RESPONSABILITÀ ED AUTORITÀ.....	26
5.5.2 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE.....	26
5.5.3 COMUNICAZIONE INTERNA.....	27
5.6 RIESAME DI DIREZIONE.....	27
5.6.1 GENERALITÀ.....	27
5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME.....	27
5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME.....	27
6 GESTIONE DELLE RISORSE.....	28
6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.....	28
6.2 RISORSE UMANE.....	28
6.3 INFRASTRUTTURE.....	30
6.4 AMBIENTE DI LAVORO.....	31
7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO.....	32
7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO.....	32
7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE.....	32
7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO.....	33
7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO.....	34
7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE.....	34
7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO.....	35
7.3.1 PIANIFICAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO.....	35
7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo.....	36
7.3.3 Elementi in uscita alla progettazione e sviluppo.....	36
7.3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo.....	36
7.3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo.....	37
7.3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo.....	37
7.3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo.....	37
7.4 APPROVVIGIONAMENTO.....	38
7.4.1 Processo di approvvigionamento.....	38
7.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento.....	38
7.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati.....	39
7.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	40
7.5.1 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	40
7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE DI MONITORAGGIO E DI MISURAZIONE.....	44

8 MISURAZIONE ANALISI E MIGLIORAMENTO.....45

8.1 Generalità..... 46
8.2 Monitoraggi e misurazioni 47
8.3 Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi 49
8.4 Analisi dei dati..... 50
8.5 Miglioramento 50