



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Daniele Crespi"**

Revisione Nr. 00

**MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

**MANUALE DELLA QUALITA'**

*SGQ alle Norme Europee UNI EN ISO 9001/2015*



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA "DANIELE CRESPI"**

*Liceo Internazionale Classico e Linguistico VAPC02701R*

*Liceo delle Scienze Umane VAPM027011*

Via G. Carducci 4 – 21052 BUSTO ARSIZIO (VA)

Tel. 0331 633256 - Fax 0331 674770

[www.liceocrespi.edu.it](http://www.liceocrespi.edu.it) E-mail: [comunicazioni@liceocrespi.it](mailto:comunicazioni@liceocrespi.it)

C.F. 81009350125 – Cod.Min. VAIS02700D

COPIA N.....

CONTROLLATA

NON CONTROLLATA

REVISIONI

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE DELLE MODIFICHE

VERIFICA	APPROVAZIONE
----------	--------------



**MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

Firma	Firma DIR
-------	-----------

**INDICE**

**PREMESSA**

<b>0.</b>	<b>INTRODUZIONE</b>	
0.1.	Presentazione dell' Istituto	
0.1.1	Descrizione dell'Istituto	
0.2.	Compatibilità con altri sistemi di gestione	
<b>1.</b>	<b>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	
<b>2.</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	
	2.1 Normativa di sistema	
<b>3.</b>	<b>TERMINI E DEFINIZIONI</b>	
<b>4.</b>	<b>CONTESTO DELL' ISTITUTO</b>	
	4.1. <b>Comprendere l'Istituto ed il suo contesto</b>	
	4.2. <b>Comprendere le esigenze ed aspettative delle parti interessate</b>	
	4.3. <b>Determinare il campo di applicazione del SGQ</b>	
	4.4. <b>Sistema di gestione per la Qualità e relativi processi</b>	
<b>5.</b>	<b>LEADERSHIP</b>	
	5.1. <b>Leadership e impegno</b>	
	5.1.1. Generalità	
	5.1.2. Focalizzazione dello studente	
<b>6.</b>	<b>POLITICA</b>	
	6.1. <b>Ruoli, responsabilità e autorità nell'Istituto</b>	
<b>7.</b>	<b>PIANIFICAZIONE</b>	



**MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

	<b>7.1. Azioni per affrontare rischi ed opportunità</b>	
	<b>7.2. Obiettivi per la Qualità e pianificazione per il loro raggiungimento</b>	
	<b>7.3. Pianificazione delle modifiche</b>	
<b>8.</b>	<b>SUPPORTO</b>	
	<b>8.1. Risorse</b>	
	8.1.1 Generalità	
	8.1.2. Persone	
	8.1.3. Infrastruttura	
	8.1.4. Ambiente per il funzionamento dei processi	
	8.1.5. Risorse per il monitoraggio e la misurazione	
	8.1.6. Conoscenza organizzativa	
	<b>8.2. Competenza</b>	
	<b>8.3. Consapevolezza</b>	
	<b>8.4. Comunicazione</b>	
	<b>8.5. Informazioni documentate</b>	
	8.5.1. Generalità	
<b>9.</b>	<b>ATTIVITÀ OPERATIVE</b>	
	<b>9.1. Pianificazione e controllo operativi</b>	
	<b>9.2. Requisiti per i servizi</b>	
	9.2.2. Comunicazione con lo studente	
	9.2.3. Determinazione dei requisiti relativi ai servizi	
	9.2.4. Riesame dei requisiti relativi all'offerta formativa	
	9.2.5. Modifiche ai requisiti relativi all'offerta formativa	
	<b>9.3. Progettazione e sviluppo</b>	
	9.3.1 Pianificazione della progettazione e sviluppo	



**MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

	9.3.2 Controlli della progettazione e sviluppo	
	9.3.3 Output della progettazione e sviluppo	
	9.3.4 Modifiche della progettazione e sviluppo	
	<b>9.4. Controllo dei processi e dei servizi forniti dall'esterno</b>	
	9.4.1. Generalità	
	9.4.2. Tipo ed estensione del controllo	
	9.4.3. Informazioni ai fornitori esterni	
	<b>9.5. Produzione ed erogazione di servizi</b>	
	9.5.1. Controllo della produzione e della erogazione di servizi	
	9.5.2. Identificazione e rintracciabilità	
	9.5.3. Proprietà dello Studente o dei fornitori esterni	
	9.5.4. Preservazione	
	9.5.5. Attività post erogazione	
	9.5.6. Controllo delle modifiche	
	<b>9.6. Rilascio dell'offerta formativa</b>	
	<b>9.7. Controllo degli output non conformi</b>	
<b>10.</b>	<b>VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI</b>	
	<b>10.1. Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione</b>	
	10.1.1. Generalità	
	10.1.2. Soddisfazione dello studente	
	10.1.3. Analisi e valutazione	
	<b>10.2. Audit interno</b>	
	<b>10.3. Riesame da parte della Direzione</b>	
	10.3.1. Generalità	
	10.3.2. Input al riesame	



**MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

	10.3.3. Output del riesame	
<b>11.</b>	<b>MIGLIORAMENTO</b>	
	11.1. Generalità	
	11.2. Non conformità e azioni correttive	
	11.3. Miglioramento continuo	

**PREMESSA**

Il presente manuale della qualità è il documento fondamentale che descrive il sistema di gestione per la qualità dell'Istituto IIS Daniele Crespi

Altri elementi del sistema documentale sono le norme e le leggi di pertinenza.

È severamente vietata, a chiunque venga in possesso a qualunque titolo, ogni forma di riproduzione dei documenti del Sistema Qualità; ugualmente deve essere garantita la massima riservatezza sulle informazioni contenute. Tutti i diritti di proprietà sono riservati all'Istituto; la documentazione del Sistema Qualità può essere consegnata agli studenti, nonché alle autorità preposte a discrezione dell'Istituto e/o secondo quanto stabilito dai contratti e/o dalle vigenti disposizioni normative e legislative.



# ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Daniele Crespi"

Revisione Nr. 00

## MANUALE DELLA QUALITA'

Data

07/07/2021

### 1. INTRODUZIONE

#### 0.1 Presentazione dell'Istituto

Denominazione:	I.I.S. Daniele Crespi
Sede:	<b>Busto Arsizio</b>
Telefono:	<b>0331633256</b>
Fax:	<b>0331674770</b>
E-mail:	<b>vais02700d@istruzione.it</b>
Sito Web:	www.liceocrespi.edu.it
PEC:	vais02700d@pec.istruzione.it
Attività:	Progettazione ed erogazione di servizi di istruzione secondaria superiore e formazione finalizzati al conseguimento del diploma di Liceo Classico, Liceo Linguistico e Liceo delle Scienze Umane

#### 1.1.1. Descrizione dell'Istituto

<https://www.liceocrespi.edu.it/?p=112>



## MANUALE DELLA QUALITA'

Data

07/07/2021

### 0.2. Compatibilità con altri sistemi di gestione

La documentazione del sistema di gestione per la qualità è stata studiata tenendo conto della possibilità di allinearne e/o integrarne i contenuti, con quelli attinenti ad altri sistemi di gestione correlabili.

## 2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo manuale della qualità: descrive, documenta, coordina ed integra la struttura organizzativa, le responsabilità e tutte le attività che regolano l'istruzione, la gestione ed il funzionamento del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Istituto, predisposto allo scopo di:

- Garantire la fornitura sistematica di servizi conformi ai requisiti richiesti dagli studenti e alle norme cogenti applicabili;
- Mirare alla soddisfazione dell'utenza;
- Implementare attività di miglioramento continuativo.

Il manuale della qualità è voluto dal Dirigente scolastico quale strumento che consenta a tutto il personale a tutti i livelli di **comprendere, attuare e sostenere** i principi, gli impegni e gli obiettivi stabiliti nella politica per la qualità.

Il manuale della qualità è stato redatti in linea con la norma UNI EN ISO 9001:2015 e costituisce il riferimento permanente per l'applicazione e l'implementazione del sistema di gestione per la qualità, con lo scopo di rispettare la norma di riferimento e di gestire il sistema di gestione per la qualità in modo efficace ed efficiente.

Il manuale della qualità rappresenta il sistema di gestione per la qualità dell'Istituto ed è vincolante per tutte le persone che concorrono alla realizzazione delle attività dello stesso. Questo manuale deve essere letto ed utilizzato integrando il contenuto di ogni sezione con le procedure in esso richiamate.

Lo scopo della Certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità, è il seguente:

Nel definire il campo di applicazione del proprio Sistema di Gestione, l'Istituto ha tenuto in considerazione i fattori interni ed esterni (Par. 4.1), i requisiti delle Parti interessate rilevanti (Par. 4.2), gli obblighi di conformità (Par. 4.2), le unità organizzative/funzioni/confini fisici, le attività/servizi dell'Istituto, i rischi e le complessità delle operazioni, l'autorità/abilità dell'Istituto ad esercitare controllo e ad influenzare.

Il Sistema di Gestione per la Qualità istituito e descritto dal presente Manuale della Qualità copre tutti i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

### **2. RIFERIMENTI NORMATIVI**

#### **2.1. Normativa di sistema**

Il presente manuale della qualità è stato redatto tenendo in considerazione le seguenti norme:

- Normativa di base (vincolante):
- UNI EN ISO 9001 (Ed. Settembre 2015) “Sistemi di gestione della qualità – Requisiti”.
- UNI EN ISO 9000 (Ed. Dicembre 2015) “Sistemi di gestione della qualità – Fondamenti e terminologia”.
- UNI EN ISO 9004 (Ed.2005) “Sistemi di gestione della qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni”.

Tali norme sono archiviate da parte del **Responsabile Gestione Qualità e Accredimento**, che è responsabile della distribuzione delle relative copie controllate nell’Istituto. In aggiunta si riportano le principali leggi cogenti di riferimento per l’elaborazione della documentazione del sistema di gestione per la qualità, gestite come indicato nella **P07- Gestione documentazione**:

- Contratto collettivo di lavoro nazionale
- Nuovo regolamento contabile
- Regolamento interno
- Statuto dei diritti delle studentesse e degli studenti
- Costituzione della Repubblica italiana articoli 2 – 3 – 4 – 9 – 33 – 34
- Costituzione della Repubblica italiana Parte seconda – Titolo V
- L. 104 del 1992 Assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate
- D.Lgs 297 del 1994 Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di istruzione
- D.M. 60 del 1996, Regolamento per l’esecuzione dell’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi ai sensi dell’art. 24, comma 4, della L. 241 del 1990, e dell’art. 8 del D.P.R. 352 del 1992
- L. 440 del 1997 Istituzione del fondo per l’arricchimento e l’ampliamento dell’offerta formativa e per gli interventi perequativi
- D.P.R. 249 del 1998 Regolamento recante lo Statuto delle studentesse e degli studenti della scuola secondaria
- D.P.R. 275 del 1999 Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell’art. 21 della L. 59 del 1997





## **MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

- D.P.R. 352 del 2001 Regolamento recante modifiche ed integrazioni al D.P.R. 275 del 1999, in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche
- D.I. 44 del 2001 Regolamento concernente le "Istruzioni generali sulla gestione amministrativo contabile delle istituzioni scolastiche"
- D. lgs 196 del 2003 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali"
- L.15 del 2005 Modifiche e integrazioni alla L. 241 del 1990 concernente Norme generali sull'azione amministrativa.
- D. lgs 81 del 2008 "Attuazione dell'art.1 della L.3 agosto 2007 in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"
- D.P.R. 15/03/2010 "Regolamenti concernenti il riordino del secondo ciclo di Istruzione"
- Legge 107/2015 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti."
- D. lgs. 61/2017 "Revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera d), della legge 13 luglio 2015, n. 107.
- D. lgs 62/2017 "Norme in materia di valutazione e certificazione delle competenze nel primo ciclo ed esami di Stato, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera i), della legge 13 luglio 2015, n.107.
- D. I. 129/2018 "Regolamento recante istruzioni generali sulla gestione amministrativo-contabile delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'articolo 1, comma 143, della legge 13 luglio 2015, n. 107.

### **3. TERMINI E DEFINIZIONI**

Nel presente Manuale della Qualità, i termini e le definizioni saranno quelle fornite dalla ISO 9001:2015 "Sistemi di Gestione per la Qualità – Fondamenti e Terminologia".

### **4. CONTESTO DELL'ISTITUTO**

#### **4.1. Comprendere l'Istituto ed il suo contesto**

L'Istituto ha determinato i fattori esterni e interni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici e che influenzano la sua capacità di conseguire il(i) risultato(i) atteso(i) per il proprio sistema di gestione per la qualità attraverso il R.A.V. e il PTOF nella sezione Analisi del Contesto. I Documenti



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

vengono monitorati e riesaminati annualmente in occasione dell'invio dei dati aggiornati dalla segreteria al ministero.

### **4.2. Comprendere le esigenze ed aspettative delle parti interessate**

L'Istituto ha determinato inoltre i requisiti rilevanti delle parti interessate rilevanti con le modalità di cui al paragrafo 4.1.

### **4.3. Determinare il campo di applicazione del SGQ**

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione implementato dall'Istituto è definito e documentato al Par. 1 del presente Manuale, ed è stato determinato tenendo in considerazione i fattori interni/ esterni, i requisiti delle Parti interessate rilevanti, attività/servizi dell'Istituto, rischi/ complessità delle attività.

Il campo di applicazione viene mantenuto come informazione documentata ed è disponibile alle Parti interessate.

Tutti i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 sono applicabili, ad eccezione del requisito 8.3 relativo alla progettazione.

### **4.4. Sistema di gestione per la qualità e relativi processi**

Per raggiungere gli esiti attesi, il Sistema di Gestione dell'Istituto è stato progettato, viene mantenuto attivo, sistematicamente aggiornato e migliorato (inclusi i processi necessari e le loro interazioni), coerentemente con i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 e i requisiti cogenti applicabili.

Nel progettare e mantenere attivo il proprio Sistema di Gestione, l'Istituto prende in considerazione la conoscenza che deriva dalla comprensione del contesto e delle esigenze/ aspettative delle Parti interessate.

Sono stati determinati i processi del Sistema di Gestione e la loro applicazione nell'ambito di tutto l'Istituto, e in particolare:

- input necessari e output attesi;
- sequenza e interazione;
- criteri e metodi necessari ad assicurare l'efficace funzionamento e la tenuta sotto controllo dei processi;
- disponibilità delle risorse necessarie;
- responsabilità e autorità;



**MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

- rischi e opportunità in conformità ai requisiti di cui al punto 6.1 del presente Manuale;
- modalità per valutare i processi e attuare ogni modifica necessaria per assicurare il conseguimento dei risultati attesi;
- azioni volte a migliorare i processi e il Sistema di Gestione.

Vengono mantenute informazioni documentate per supportare il funzionamento dei processi, conservate al fine di dimostrare la conduzione degli stessi secondo quanto pianificato.

I processi gestiti dal Sistema di Gestione risultano:

- Processo di direzione (PRIMARIO)
- Processo approvvigionamento (PRIMARIO)
- Processo gestione risorse umane (DI SUPPORTO)
- Processo gestione informazioni documentate (DI SUPPORTO)
- Processo DI MIGLIORAMENTO
  - ◇ Sotto processo: Analisi del contesto e del rischio
  - ◇ Sotto processo: Gestione audit
  - ◇ Sotto processo: Gestione Non Conformità e Azioni Correttive
  - ◇ Sotto processo: Valutazione soddisfazione Studente

Schema dei processi e nella figura 1 di cui al paragrafo successivo.

Il processo di analisi del rischio dell'Istituto è schematizzato nella Fig. 2 – Processo di analisi del rischio.

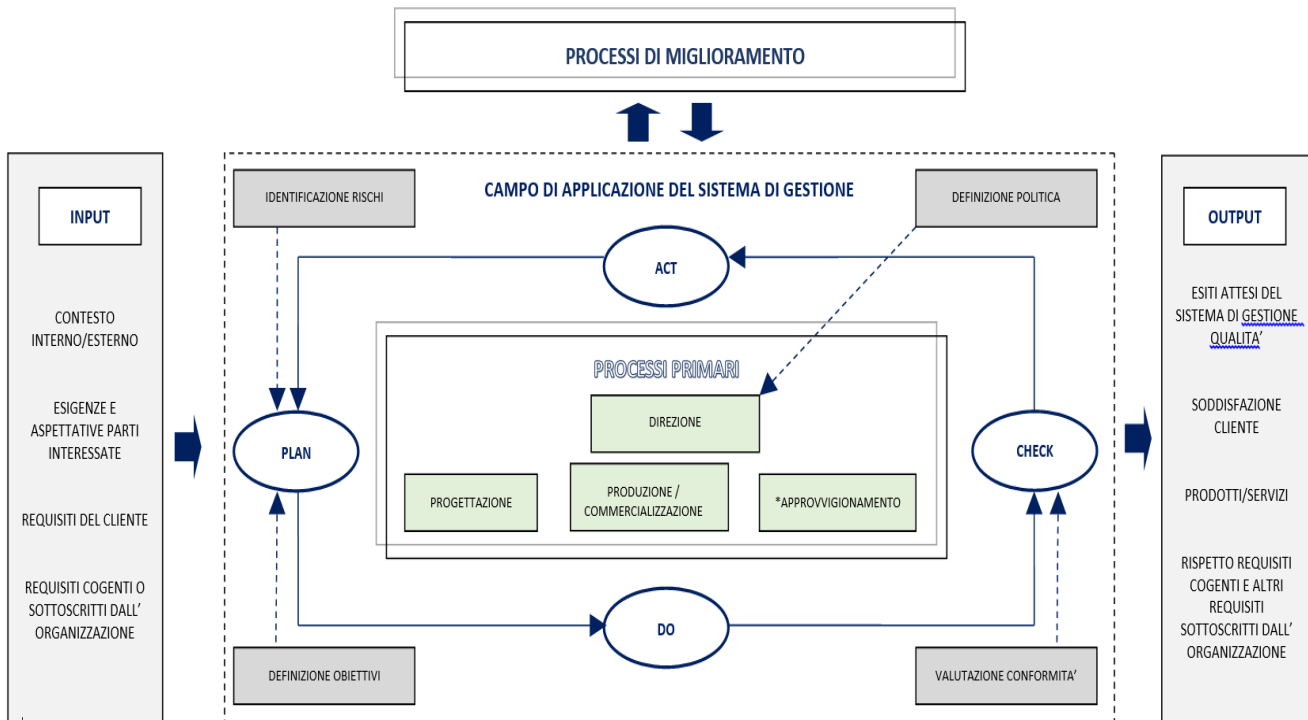


Figura 1 – Schema dei processi

## Risk Management (ISO 31000-Cap.5.1)



Figura 2 – Processo di analisi del rischio



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

### **5. LEADERSHIP**

#### **5.1. Leadership e impegno**

##### **5.1.1. Generalità**

L'Alta Direzione si assume la responsabilità di attuare/far attuare le direttive contenute nel presente Manuale e nella documentazione di sistema correlata, la responsabilità ultima in tema di qualità e dimostra leadership e impegno nei riguardi del Sistema di Gestione:

- assumendosi la responsabilità dell'efficacia del Sistema di gestione;
- assicurando che siano definiti la Politica Qualità e gli obiettivi relativi al Sistema di Gestione, e che essi siano compatibili con il contesto e gli indirizzi strategici dell'Istituto;
- assicurando l'integrazione dei requisiti del Sistema di Gestione nei processi di business dell'Istituto;
- promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del Risk-Based Thinking;
- assicurando la disponibilità delle risorse necessarie a stabilire/attuare/mantenere attivo/migliorare il Sistema di Gestione;
- comunicando l'importanza di una gestione per la qualità efficace e della conformità ai requisiti del Sistema di Gestione;
- assicurando che il Sistema di Gestione consegua gli esiti;
- guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del Sistema di Gestione;
- promuovendo il miglioramento continuo;
- fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership come essa si applica nelle rispettive aree di responsabilità.

##### **5.1.2. Focalizzazione sullo Studente**

L'Alta Direzione garantisce leadership e impegno riguardo alla focalizzazione sullo Studente:

- considerando prioritario l'interesse degli studenti, recependo e facendo propri i requisiti da essi definiti;
- rispettando norme/leggi cogenti applicabili e monitorando in continuo le segnalazioni delle Parti interessate;
- determinando e affrontando rischi/opportunità che possano influenzare la conformità dei servizi e la capacità di incrementare la soddisfazione dello Studente;



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- focalizzando l'attenzione sulla soddisfazione dello Studente.

### **6. POLITICA**

La Direzione ha stabilito, attua e mantiene attiva una Politica per la Qualità:

- appropriata alle finalità e al contesto dell'Istituto con supporto dei suoi indirizzi strategici;
- costituisce un quadro di riferimento per fissare e riesaminare gli obiettivi dell'Istituto;
- comprende un impegno a soddisfare i requisiti applicabili, i propri obblighi di conformità e gli altri requisiti sottoscritti dall'Istituto;
- comprende un impegno per il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per accrescerne le prestazioni.

La Politica per la Qualità è disponibile e mantenuta come informazione documentata, è comunicata, compresa e applicata all'interno dell'Istituto da tutti coloro che lavorano sotto il suo controllo, ed è resa disponibile alle Parti interessate con le seguenti modalità:

- esposta all'interno degli uffici per permetterne la visione anche ai visitatori esterni
- illustrata durante gli incontri ed addestramenti per garantire la completa comprensione nel corso del Riesame della Direzione
- la Direzione ne riesamina il contenuto e ne valuta idoneità e aderenza alle esigenze istituzionali con la collaborazione di RSQ.

#### **6.1. Ruoli, responsabilità e autorità nell'Istituto**

La Direzione ha definito e reso nota l'organizzazione dell'Istituto, nonché le relative responsabilità ed autorità, al fine di favorire una efficace gestione per la qualità.

### **7. PIANIFICAZIONE**

#### **7.1. Azioni per affrontare rischi ed opportunità**

Nel pianificare il Sistema di Gestione la Direzione, con il supporto dei vari Responsabili, ha considerato i fattori esterni/interni rilevanti per le sue finalità e indirizzi strategici, i requisiti delle Parti interessate rilevanti e il campo di applicazione del Sistema di Gestione, e ha determinato i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- assicurare che il Sistema di Gestione possa conseguire gli esiti attesi;
- accrescere gli effetti desiderati;
- prevenire/ridurre gli effetti indesiderati;
- conseguire il miglioramento continuo.

Vengono mantenute informazioni documentate in merito a:

- rischi e opportunità che è necessario affrontare;
- attività di pianificazione dei processi, nella misura necessaria ad avere fiducia che siano effettuati come pianificato.

L'Istituto provvede a pianificare:

- le azioni per affrontare rischi e opportunità (che devono essere proporzionate all'impatto potenziale sulla conformità dei servizi);
- le modalità per integrare/attuare le azioni nei processi del Sistema di Gestione e per valutarne l'efficacia.

Nel pianificare queste azioni, l'Istituto considera le proprie opzioni tecnologiche e i requisiti finanziari, operativi e dell'Istituto.

### **7.2. Obiettivi per la Qualità e pianificazione per il loro raggiungimento**

L'Istituto stabilisce, attua e mantiene attivi obiettivi per qualità relativi a funzioni/livelli/processi del Sistema di Gestione considerando rischi e opportunità. Vengono inoltre considerate opzioni tecnologiche, esigenze finanziarie/operative/imprenditoriali, nonché il punto di vista delle pertinenti Parti Interessate.

Tali obiettivi sono definiti in modo tale da:

- risultare coerenti con la Politica per la Qualità;
- essere misurabili;
- tenere in considerazione i requisiti applicabili;
- includere l'impegno alla conformità ai requisiti di legge applicabili e ai requisiti di altro tipo che l'Istituto sottoscrive, e al miglioramento continuo;
- essere pertinenti alla conformità dei servizi, all'incremento della soddisfazione dello Studente;
- essere monitorati, comunicati e aggiornati per quanto appropriato.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

Per ogni obiettivo o traguardo stabilito, sono individuati uno o più indicatori di prestazione misurabili.

Vengono mantenute informazioni documentate in merito agli obiettivi.

L'Istituto ha stabilito, attua e mantiene attivo un programma per il raggiungimento degli obiettivi detto Piano di Miglioramento, che prevede la definizione di:

- azioni da effettuare;
- risorse richieste;
- responsabilità e autorità per le pertinenti funzioni e livelli dell'Istituto;
- tempistiche;
- modalità di valutazione dei risultati, inclusi gli indicatori per il monitoraggio del progresso verso il conseguimento degli obiettivi.

Il programma viene essere rivisto ad intervalli regolari e programmati, e corretto se necessario, per assicurare che gli obiettivi siano raggiunti.

### **7.3. Pianificazione delle modifiche**

Ogni modifica apportata al Sistema di Gestione deve essere pianificata/analizzata in funzione delle potenziali conseguenze che questa può provocare. In ogni caso la Direzione garantisce l'integrità del Sistema di Gestione anche attraverso la continua disponibilità delle risorse e la corretta definizione delle responsabilità e autorità.

In particolare prima di avviare eventuali modifiche, identifica pericoli/rischi associati al Sistema di Gestione o alle attività svolte.

## **8. SUPPORTO**

### **8.1. Risorse**

#### **8.1.1. Generalità**

L'Istituto ha individuato e garantisce le risorse umane e infrastrutturali necessarie per l'istituzione, l'attuazione, il mantenimento e il miglioramento continuo del Sistema di Gestione. In particolare si prendono in considerazione:

- le capacità delle risorse esistenti all'interno dell'Istituto e i vincoli che gravano su di esse;





## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- che cosa ottenere dai Fornitori esterni.

### **8.1.2. Persone**

L'istituto ha individuato e garantisce la disponibilità del personale necessario per l'efficace attuazione del proprio Sistema di Gestione e per il funzionamento e il controllo dei processi Istituzionali.

Per tutto il personale collaborante è mantenuta adeguata documentazione relativa a grado di istruzione, addestramento effettuato, capacità ed esperienza professionale; le registrazioni riguardanti i dati "sensibili" vengono adeguatamente conservate ed archiviate per garantire, in conformità alle normative vigenti, il rispetto della privacy nel trattamento e nella gestione dei dati (vedi gestione GDPR).

### **8.1.3. Infrastruttura**

L'Istituto ha individuato e garantisce la disponibilità e la manutenzione delle infrastrutture necessarie per il funzionamento dei processi Istituzionali e il conseguimento della conformità dei / servizi. Tali infrastrutture includono uffici, apparecchiature (compresi hardware e software), e tecnologie di informazione e comunicazione.

L'Istituto provvede a pianificare il fabbisogno di infrastrutture sulla base delle attività previste per la realizzazione dei progetti e l'erogazione dei servizi.

Le infrastrutture di cui dispone l'Istituto comprendono: uffici, hardware, software, attrezzature varie (Telefoni, Fotocopiatrici, Server, macchine e strumentazioni di prova).

### **8.1.4. Ambiente per il funzionamento dei processi**

L'Istituto ha individuato e garantisce la disponibilità e la manutenzione dell'ambiente necessario per il funzionamento dei processi Istituzionali e il conseguimento della conformità dei servizi.

Le strutture dell'Istituto sono oggetto di manutenzione periodica (pulizia, manutenzione, ecc.).

Si verifica costantemente il mantenimento a livelli eccellenti dei requisiti dell'ambiente di lavoro in ambito sociale (assenza di condizioni discriminatorie/conflictuali), psicologico (livello di stress, prevenzione del burnout) e fisico (livelli di temperatura, calore, illuminazione, umidità, rumore, igiene).

### **8.1.5. Risorse per il monitoraggio e la misurazione**



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

### **Generalità**

Quando il monitoraggio o la misurazione sono utilizzati per verificare la conformità dei servizi ai requisiti, l'Istituto deve determinare e mettere a disposizione le risorse necessarie per assicurare risultati validi e affidabili.

L'Istituto deve assicurare che le risorse messe a disposizione:

- a) siano adatte allo specifico tipo di attività di monitoraggio e misurazione da intraprendere;
- b) siano mantenute al fine di assicurare la loro continua idoneità allo scopo.

L'Istituto deve conservare appropriate informazioni documentate quale evidenza dell'idoneità allo scopo delle risorse per il monitoraggio e la misurazione.

### **8.1.6. Conoscenza organizzativa**

L'Istituto determina, mantiene attiva e mette a disposizione la conoscenza necessaria per il funzionamento dei propri processi e per conseguire la conformità dei servizi. Tale conoscenza organizzativa si basa sull'esperienza e sulla formazione continua, e viene mantenuta e messa a disposizione nella misura necessaria.

Nell'affrontare le esigenze e le tendenze di cambiamento, l'Istituto valuta la propria conoscenza attuale e determina come acquisire o accedere ad ogni necessaria conoscenza aggiuntiva e aggiornamenti richiesti.

In caso di avvicendamenti/cambi mansioni/nuovi assunti, sarà cura della Direzione garantire le informazioni e permettere gli affiancamenti necessari affinché venga mantenuta la conoscenza e l'esperienza nelle attività interessate.

Tale conoscenza, che ha lo scopo di patrimonializzare l'esperienza Istituzionale per rafforzare la conoscenza del personale, e consentire all'Istituto di rispondere con adeguata competenza ai cambiamenti del contesto in cui opera, e alle aspettative degli studenti, è pianificata sul Piano di formazione, e documentata dalle Schede personale.

### **8.2. Competenza**

L'Istituto determina le competenze necessarie per il personale che svolga attività lavorative sotto il suo controllo che influenzino le prestazioni/l'efficacia del Sistema di Gestione e assicura che queste figure siano competenti sulla base di istruzione, formazione/addestramento o esperienza appropriate. A tal fine determina le esigenze di formazione associate al proprio Sistema di Gestione, per poi valutare l'efficacia delle azioni intraprese.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

Vengono conservate appropriate informazioni documentate quale evidenza delle competenze. Si rimanda, per i dettagli, alle procedure ed alle istruzioni delle attività di sistema.

### **8.3. Consapevolezza**

L'Istituto attua e mantiene attiva la Procedura relativa alle Risorse per assicurare che tutte le persone che svolgono attività lavorativa sotto il suo controllo siano consapevoli in merito a:

- politica dell'Istituto;
- pertinenti obiettivi per la qualità;
- ruoli e responsabilità affidate e importanza della conformità alla Politica Qualità e ai requisiti del Sistema di Gestione;
- contributo di ciascuno all'efficacia del Sistema di Gestione, compresi i benefici risultanti dal miglioramento delle prestazioni;
- implicazioni derivanti dalla non conformità ai requisiti del Sistema di Gestione,

Le necessità di aggiornamento in merito alla consapevolezza del personale sono analizzate in sede di Riesame della Direzione o secondo necessità, e riportate sul Piano di formazione.

### **8.4. Comunicazione**

L'Istituto ha definito il processo di comunicazione interna (tra i vari livelli/funzioni) ed esterna (es. con fornitori di servizi e altri visitatori del luogo di lavoro) pertinente al Sistema di Gestione, assicurando che siano precisati oggetto delle comunicazioni, tempistiche, destinatari, modalità di comunicazione e soggetti preposti ad effettuarle nelle diverse procedure del Sistema.

L'Istituto risponde alle comunicazioni pertinenti riguardanti il proprio Sistema di Gestione, e conserva informazioni documentate quale evidenza delle proprie comunicazioni.

L'Istituto prevede la possibilità di comunicare la propria Politica Qualità alle Parti interessate, inviando a chiunque ne faccia esplicita richiesta copia della stessa.

La comunicazione con l'esterno viene attuata con gli strumenti ritenuti di volta in volta idonei allo scopo.

### **8.5. Informazioni documentate**

#### **8.5.1. Generalità**



**MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

Tenendo conto della propria dimensione organizzativa, della complessità dei processi e delle loro interazioni, delle competenze del personale, l'Istituto è dotato di un apparato documentale strettamente legato al sistema di gestione per la qualità con il quale documenta, in termini di pianificazione e di registrazione, tutte le attività mirate a gestire la qualità al fine di conseguire gli obiettivi della politica per la qualità e del miglioramento continuo.

Tale apparato documentale comprende:

- Manuale della qualità;
- Procedure ed istruzioni operative attività SGQ
- Politica per la Qualità;
- Indicatori di efficacia ed efficienza;
- Procedure documentate richieste come informazioni documentate dalla UNI EN ISO 9001:2015;
- altre procedure e documenti necessari all' Istituto per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei suoi processi;
- registrazioni della qualità.

Le procedure dell'Istituto sono state sviluppate in documenti separati e gestiti in conformità a quanto previsto nel presente Manuale della Qualità. Le stesse procedure sono richiamate nel MQ.

Elenco procedure ed istruzioni:

In fase di creazione e aggiornamento delle informazioni documentate, vengono assicurati:

- identificazione e descrizione;
- definizione di formato e supporto;
- riesame e approvazione in merito a idoneità e adeguatezza.

Nella tabella seguente sono indicate, per ogni attività e tipologia di documento di origine interna, responsabilità e modalità di esecuzione delle attività.

<b>DOCUMENTI DI ORIGINE INTERNA</b>					
<b>Attività/Responsabilità</b>	<b>Politica</b>	<b>Manuale</b>	<b>Procedure</b>	<b>Istruzioni operative</b>	<b>Modulistica</b>
Stesura	<b>DIREZIONE</b>	RSQ			



## MANUALE DELLA QUALITA'

Data

07/07/2021

Codifica (a cura del Resp. stesura)	Data Ed. e Rev.	N° e data Ed. e Rev.	Titolo e data Ed. e Rev.	Titolo e data Rev.
Verifica e approvazione	<b>DIREZIONE</b>			
Emissione	RSQ			
Inserimento in Elenco documenti	RSQ			
Archiviazione originale	RSQ			
Conservazione originale	RSQ			

L'Istituto attua e mantiene attiva la Procedura relativa alla gestione della documentazione per garantire che le informazioni documentate richieste dal Sistema di Gestione e dalle Norme applicabili vengano tenute sotto controllo, siano disponibili e idonee all'utilizzo ove necessario e siano adeguatamente protette ad es. da perdita di riservatezza/integrità o utilizzo improprio. A tale scopo, le attività messe in atto comprendono:

- distribuzione, accesso, reperimento e utilizzo;
- archiviazione e preservazione (incluso il mantenimento della leggibilità);
- tenuta sotto controllo delle modifiche;
- conservazione ed eliminazione.

Le informazioni documentate di origine esterna ritenute necessarie dall'Istituto per la pianificazione e per il funzionamento del Sistema di Gestione, vengono identificate e tenute sotto controllo.

Tutti i documenti e le registrazioni sono gestiti in modo controllato.

## 9. ATTIVITA' OPERATIVE

### 9.1. Pianificazione e controllo operativi

L'Istituto pianifica, attua, tiene sotto controllo e mantiene nel tempo i processi necessari per soddisfare i requisiti del Sistema di Gestione, i requisiti per attuare le azioni previste per affrontare rischi e opportunità:

- determinando i requisiti per i servizi;
- stabilendo i criteri operativi per i processi laddove la loro assenza potrebbe portare a deviazioni dalla Politica Qualità e dagli obiettivi del Sistema di Gestione;
- stabilendo i controlli relativi ai fornitori di servizi e agli altri visitatori del luogo di lavoro;



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- stabilendo i controlli relativi ai beni, alle attrezzature e ai servizi acquisiti;
- determinando le risorse necessarie per conseguire la conformità ai requisiti previsti;
- stabilendo, attuando e mantenendo le misure di controllo operativo dei processi in conformità ai criteri stabiliti;
- determinando, mantenendo e conservando le informazioni documentate necessarie a fornire evidenza che i processi siano stati effettuati come pianificato e i servizi siano conformi ai relativi requisiti.

Le modifiche pianificate vengono tenute sotto controllo, e le conseguenze dei cambiamenti involontari vengono riesaminate intraprendendo azioni per mitigare ogni effetto negativo.

Analogamente, l'Istituto assicura che i processi affidati all'esterno siano tenuti sotto controllo. Il tipo e l'estensione del controllo vengono definiti al Par. 8.4 del presente Manuale.

### **9.2. Requisiti per i servizi**

#### **9.2.2. Comunicazione con lo studente**

La comunicazione con lo Studente comprende:

- informazioni relative ai servizi;
- gestione delle richieste;
- ottenimento dallo Studente di informazioni di ritorno relative ai servizi, compresi i reclami;
- gestione o tenuta sotto controllo della proprietà dello Studente;
- definizione di requisiti specifici per le azioni di emergenza, quando pertinente.

#### **9.2.3. Determinazione dei requisiti relativi ai servizi**

Al fine di assicurare che i requisiti e le aspettative dello Studente siano costantemente rispettati, l'Istituto ha definito e documentato le attività necessarie a individuare e recepire i seguenti requisiti di fornitura del servizio:

- Requisiti stabiliti dallo Studente, inclusi, ove richiesto, quelli inerenti alle attività di assistenza
- Requisiti non precisati dallo Studente, ma necessari se noti all'Istituto
- Requisiti cogenti relativi al servizio
- Eventuali requisiti aggiuntivi stabiliti dall'Istituto.

#### **9.2.4. Riesame dei requisiti relativi all'offerta formativa**



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

I requisiti individuati vengono riesaminati dalla scuola, prima di assumersi l'impegno, allo scopo di assicurare che:

- la loro definizione sia sufficientemente chiara e dettagliata;
- l'Istituto abbia le capacità per rispettare i requisiti stabiliti.

I risultati dei riesami effettuati in merito ai requisiti, e delle conseguenti azioni, sono documentati e conservati.

### **9.2.5. Modifiche ai requisiti relativi all'offerta formativa**

È predisposto un sistema di gestione delle modifiche contrattuali, al fine di accertare la loro definizione e fattibilità, assicurare la modifica della documentazione contrattuale, informare le funzioni coinvolte in merito ai requisiti modificati.

### **9.3. Progettazione e sviluppo**

L'Istituto deve stabilire, attuare e mantenere un processo di progettazione e sviluppo appropriato ad assicurare la successiva offerta formativa ed erogazione di servizi.

#### **Pianificazione della progettazione e sviluppo**

Nel determinare le fasi e i controlli per la progettazione e sviluppo, l'Istituto deve considerare:

- a) la natura, la durata e la complessità delle attività di progettazione e sviluppo;
- b) le fasi necessarie del processo, compresi i riesami della progettazione e sviluppo applicabili;
- c) le necessarie attività di verifica e validazione della progettazione e sviluppo;
- d) le responsabilità e le autorità coinvolte nel processo di progettazione e sviluppo;
- e) le esigenze di risorse interne ed esterne per la progettazione e sviluppo di servizi;
- f) l'esigenza di tenere sotto controllo le interfacce fra le persone coinvolte nel processo di progettazione e sviluppo;
- g) l'esigenza di coinvolgere gli studenti nel processo di progettazione e sviluppo;
- h) i requisiti per la successiva erogazione di servizi;
- i) il livello di controllo del processo di progettazione e sviluppo atteso dagli studenti e dalle altre parti interessate rilevanti;



## MANUALE DELLA QUALITA'

Data

07/07/2021

j) le informazioni documentate necessarie per dimostrare che i requisiti relativi alla progettazione e sviluppo sono stati soddisfatti.

### **Input alla progettazione e sviluppo**

L'Istituto deve determinare i requisiti essenziali per gli specifici tipi di servizi da progettare e sviluppare. L' Istituto deve considerare:

- a) i requisiti funzionali e prestazionali;
- b) le informazioni derivanti da precedenti analoghe attività di progettazione e sviluppo;
- c) i requisiti cogenti;
- d) le norme o i codici di condotta che l'Istituto si è impegnato a mettere in atto;
- e) le potenziali conseguenze di carenze dovute alla natura dei servizi.

Gli input devono essere adeguati, in relazione alle finalità della progettazione e sviluppo, completi e univoci.

Eventuali conflitti fra gli input alla progettazione e sviluppo devono essere risolti.

L' Istituto deve conservare informazioni documentate sugli input alla progettazione e sviluppo.

### **Controlli della progettazione e sviluppo**

L' Istituto deve effettuare controlli sul processo di progettazione e sviluppo in modo da assicurare che:

- a) siano definiti i risultati da conseguire;
- b) siano condotti riesami allo scopo di valutare la capacità dei risultati della progettazione e sviluppo di soddisfare i requisiti;
- c) siano condotte attività di verifica per assicurare che gli output della progettazione e sviluppo soddisfino i requisiti di input;
- d) siano condotte attività di validazione per assicurare che l'offerta formativa risultante soddisfi i requisiti per l'applicazione specificata o per l'utilizzo previsto;
- e) sia intrapresa ogni azione necessaria su problemi determinati durante i riesami o le attività di verifica e validazione;
- f) siano conservate le informazioni documentate di tali attività.

Nota: i riesami, la verifica e la validazione della progettazione e sviluppo hanno finalità differenti. Essi possono essere condotti separatamente o in qualsiasi combinazione, nel modo adatto ai servizi dell'Istituto

### **Output della progettazione e sviluppo**





## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

L' Istituto deve assicurare che gli output della progettazione e sviluppo:

- a) soddisfino i requisiti di input;
- b) siano idonei per le successive offerte formative;
- c) comprendano o facciano riferimento ai requisiti di monitoraggio e misurazione, per quanto appropriato, e ai criteri di accettazione;
- d) specifichino le caratteristiche dell'offerta formativa che è essenziale per le relative finalità previste e per la sicura e appropriata fornitura/erogazione.

L' Istituto deve conservare informazioni documentate relative agli output della progettazione e sviluppo.

### **Modifiche della progettazione e sviluppo**

L' Istituto deve identificare, riesaminare e tenere sotto controllo le modifiche effettuate durante o successivamente all'offerta formativa, nella misura necessaria per assicurare che non vi siano impatti negativi sulla conformità ai requisiti.

L' Istituto deve conservare informazioni documentate relative:

- a) alle modifiche alla progettazione e sviluppo;
- b) ai risultati dei riesami;
- c) alle autorizzazioni delle modifiche;
- d) alle azioni intraprese per prevenire impatti negativi.

## **9.4. Controllo dei processi e dei servizi forniti dall'esterno**

### **9.4.1. Generalità**

L' Istituto ha definito metodi e responsabilità per tenere sotto controllo i suoi processi di approvvigionamento, al fine di assicurare che l'offerta formativa risulti conforme ai requisiti. Esiste un sistema di valutazione, qualificazione, al fine di assicurare la loro capacità a fornire servizi rispondenti ai requisiti indicati.

Il sistema di valutazione si basa su analisi di natura preventiva e valutazioni consuntive del loro comportamento. I risultati delle valutazioni e delle conseguenti azioni sono adeguatamente documentati.

### **9.4.2. Tipo ed estensione del controllo**



L' Istituto si assicura che le offerte formative fornite dall'esterno non influenzino negativamente la propria capacità di rilasciare con regolarità agli studenti servizi conformi.

A tale scopo:

- si assicura che le offerte formative fornite dall'esterno rimangano sotto il controllo del proprio Sistema di Gestione;
- ha definito i controlli da applicare agli esterni e agli output risultanti;
- tiene in considerazione l'impatto potenziale delle offerte formative fornite dall'esterno sulla propria capacità di soddisfare con regolarità i requisiti dello Studente e i requisiti cogenti applicabili, nonché l'efficacia dei controlli attuati da esterni;
- ha determinato verifiche o altre attività necessarie ad assicurare che le offerte formative fornite dall'esterno soddisfino i requisiti.

L'Elenco Fornitori qualificati va mantenuto aggiornato, provvedendo periodicamente alle valutazioni.

#### **9.4.3. Informazioni ai fornitori esterni**

I documenti di approvvigionamento contengono tutte le informazioni necessarie a descrivere secondo necessità:

- ◇ i requisiti per l'approvazione di servizi, procedure, processi, apparecchiature;
- ◇ i requisiti per la qualificazione del personale;
- ◇ i requisiti sul sistema di gestione per la qualità.

Prima del rilascio, i documenti di approvvigionamento vengono verificati al fine di assicurarne l'adeguatezza.

Tutti i servizi sono controllati al fine di verificare che soddisfino i requisiti specificati nei documenti di acquisto. Qualora l'Istituto o i suoi studenti intendano effettuare verifiche presso il fornitore, le modalità relative a tali verifiche, nonché quelle concernenti il rilascio dei servizi, vengono specificate sui documenti di approvvigionamento.

#### **9.5. Produzione e erogazione di servizi**

##### **9.5.1. Controllo della produzione e della erogazione di servizi**

L' Istituto ha definito opportune modalità per tenere sotto controllo le attività di produzione ed erogazione dell'offerta formativa attraverso:

- ◇ la disponibilità di informazioni che precisino le caratteristiche dell'offerta formativa;



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- ◇ la disponibilità, ove necessario, di istruzioni per la realizzazione delle attività;
- ◇ l'utilizzo di attrezzature/macchine idonee;
- ◇ l'attuazione di adeguate attività di monitoraggio;
- ◇ la validazione, e periodica rivalidazione, della capacità di conseguire i risultati pianificati per i processi di produzione e di erogazione dell'offerta formativa, quando gli output risultanti non possano essere verificati per mezzo di successivi monitoraggio o misurazione;
- ◇ l'attuazione di azioni atte a prevenire l'errore umano;
- ◇ l'attuazione di attività per rilascio dei servizi.

### **9.5.2. Identificazione e rintracciabilità**

L' Istituto ha definito opportune modalità, ove appropriato, per identificare i documenti ed i servizi con mezzi adeguati lungo tutte le fasi della loro realizzazione e per identificare il loro stato in relazione ai requisiti di misurazione e di monitoraggio.

### **9.5.3. Proprietà dello Studente o dei fornitori esterni**

Per la produzione dell'offerta formativa l'Istituto non utilizza solitamente proprietà dello studente o del fornitore esterno; nel caso si dovesse presentare tale situazione la società si occuperà di identificarle, verificarle, proteggerle e salvaguardarle.

L'eventuale perdita o danneggiamento, nonché la riscontrata inadeguatezza di tali proprietà saranno registrate e segnalate allo studente.

La gestione di tutti i dati sensibili è attuata in conformità alle disposizioni normative vigenti.

### **9.5.4. Preservazione**

L' Istituto ha cura di preservare gli output durante la produzione dell'offerta formativa, nella misura necessaria ad assicurare la conformità ai requisiti. La preservazione comprende attività di identificazione, movimentazione, imballaggio, stoccaggio, trasporto e protezione.

### **9.5.5. Attività post erogazione**

L'istituto soddisfa i requisiti relativi alle attività post erogazione associate ai servizi.

Nel determinare l'estensione delle attività post-consegna necessarie, l'Istituto prende in considerazione:



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

- requisiti cogenti;
- potenziali conseguenze indesiderate associate all'offerta formativa;
- natura, utilizzo e durata di vita attesa dell'offerta;
- requisiti dello Studente;
- informazioni di ritorno da parte dello Studente.

### **9.5.6. Controllo delle modifiche**

Le modifiche alla produzione dell'offerta formativa vengono riesaminate e tenute sotto controllo nella misura necessaria ad assicurare la continua conformità ai requisiti. Vengono conservate informazioni documentate che descrivano i risultati dei riesami delle modifiche, i preposti alle relative autorizzazioni, e ogni azione necessaria derivante dal riesame.

### **9.6. Rilascio dell'offerta formativa**

Il rilascio dell'offerta formativa allo Studente non viene effettuato prima di aver completato in modo soddisfacente quanto pianificato, salvo diversa approvazione da parte di Autorità competente e, ove applicabile, dello Studente.

Vengono conservate informazioni documentate circa il suo rilascio, che comprendono l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione, e la riferibilità alla/e persona/e autorizzata/e al rilascio.

### **9.7. Controllo degli output non conformi**

Gli output non conformi ai requisiti sono identificati e tenuti sotto controllo in modo da prevenirne l'utilizzo/la consegna involontari. Vengono intraprese azioni appropriate in base alla natura della non conformità. La stessa procedura viene adottata per offerte riscontrate non conformi dopo la, durante o dopo l'erogazione dei servizi. Gli output non conformi possono essere trattati mediante:

- correzione;
- segregazione, contenimento, restituzione o sospensione delle offerte formative, vizi;
- informazione allo Studente;
- ottenimento di autorizzazioni per l'accettazione in concessione.

Quando gli output non conformi vengono corretti, ne viene riverificata la conformità ai requisiti.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

Vengono conservate informazioni documentate per descrivere le non conformità, le azioni adottate, ogni concessione ottenuta e il riferimento all'autorità che decida le azioni in riferimento alle non conformità.

### **10. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

#### **10.1. Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione**

##### **10.1.1 Generalità**

L' Istituto attua e mantiene attive modalità per monitorare, misurare, analizzare e valutare le proprie prestazioni in materia di qualità. In particolare, l'istituto ha determinato:

- cosa è necessario sottoporre a monitoraggio e misurazione qualitativamente o quantitativamente;
- verifica del grado di conseguimento degli obiettivi dell'Istituto;
- metodi per il monitoraggio/misurazione/analisi/valutazione necessari per assicurare la validità dei risultati e verifica della loro efficacia;
- quando il monitoraggio e la misurazione debbano essere effettuati;
- quando i risultati del monitoraggio e della misurazione debbano essere analizzati e valutati.

Vengono conservate informazioni documentate quale evidenza dei risultati di monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione.

In particolare, tutti i processi sono monitorati con indicatori dedicati. I valori degli obiettivi sono fissati nel corso del Riesame della Direzione. In tutti i casi in cui risulta applicabile, sono utilizzate tecniche statistiche/di misurazione che permettono di esprimere dati e informazioni in modo il più possibile quantificato.

##### **10.1.2. Soddisfazione dello studente**

Le informazioni sulla Soddisfazione degli studenti rappresentano uno degli strumenti fondamentali di valutazione delle performance del Sistema di Gestione per la Qualità. Tali informazioni sono costantemente rilevate, analizzate e gestite per implementare le attività di miglioramento.

A tale scopo sono state definite e documentate le modalità operative e le responsabilità per la gestione delle informazioni e dei reclami trasmessi dallo Studente e per il monitoraggio della soddisfazione dello stesso, nonché per la gestione e l'utilizzo dei relativi dati.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

### **10.1.3. Analisi e valutazione**

L'Istituto analizza e valuta i dati e le informazioni che emergono dalle attività di monitoraggio e misurazione al fine di valutare:

- la conformità dell'offerta formativa;
- il grado di soddisfazione dello Studente;
- le prestazioni e l'efficacia del Sistema di Gestione;
- il livello di efficacia della pianificazione;
- l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi e opportunità;
- le prestazioni dei fornitori esterni;
- l'esigenza di miglioramenti del Sistema di Gestione.

### **10.2. Audit interno**

Nel seguito si descrivono le modalità adottate dal laboratorio per pianificare, condurre e documentare gli audit all'interno del proprio Istituto, allo scopo di confermare la corretta attuazione di quanto previsto dal Sistema di gestione per la Qualità dell'Istituto e verificarne l'efficacia.

RSQ pianifica annualmente e predispone l'esecuzione di audit interni al fine di:

- verificare se e con quale efficacia i processi Istituzionali sono eseguiti in conformità alle procedure e raggiungono gli obiettivi prefissati;
- evidenziare la necessità di intraprendere eventuali azioni correttive o di miglioramento;
- prevenire l'insorgere di condizioni che potrebbero pregiudicare la qualità del prodotto/servizio erogato;
- controllare l'operato delle singole funzioni Istituzionali identificando al loro interno i fattori critici, le necessità di formazione, le potenzialità di sviluppo.

La pianificazione deve prevedere almeno una verifica annuale per ogni processo/area Istituzionale: l'estensione e la frequenza degli audit deve essere valutata sulla base dell'importanza dei processi e degli esiti delle verifiche precedenti.

Nella pianificazione sono di volta in volta inserite opportune verifiche per la valutazione sull'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il personale che conduce gli audit è opportunamente addestrato ed è indipendente dal personale che ha diretta responsabilità nell'esecuzione delle attività oggetto di verifica; tutto il personale dell'Istituto collabora con il personale addetto alle verifiche.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

Data

07/07/2021

Gli audit possono essere eseguiti da personale esterno, purché in possesso dei requisiti necessari a svolgere tale attività.

In ogni caso il personale incaricato ad eseguire gli audit comunica preventivamente alle aree interessate l'effettuazione della verifica.

Le attività di audit comprendono la predisposizione dei piani di verifica temporale ed organizzativa, degli obiettivi attesi, l'esame critico dei risultati emersi, l'innesco delle eventuali azioni correttive e/o preventive.

I risultati degli audit effettuati sono adeguatamente verbalizzati e portati all'attenzione dell'Alta Direzione come elemento principale su cui basare i riesami periodici del Sistema di gestione per la Qualità, e di tutti coloro che sono stati interessati dalla verifica ispettiva.

### **10.3. Riesame da parte della Direzione**

#### **10.3.1. Generalità**

La Direzione, ad intervalli annuali (salvo casi particolari che richiedano la convocazione straordinaria) riesamina il sistema di gestione per la qualità per assicurarsi della sua continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Il riesame, condotto alla presenza di DIR e degli altri organi ritenuti interessati, valuta le esigenze di cambiamenti al sistema di gestione per la qualità, politica ed obiettivi per la qualità inclusi.

I verbali di riesame della Direzione sono registrati e conservati da RGQ.

#### **10.3.2. Input al riesame**

Nel corso dei riesami sono analizzate le seguenti informazioni, raccolte ed analizzate da RGQ in prima analisi:

- esiti degli audit interni e di terza parte;
- indagini sulla soddisfazione degli studenti;
- reclami ricevuti dagli studenti;
- rapporti di non conformità;
- stato delle azioni correttive;
- azioni seguenti i precedenti riesami con particolare riferimento ai precedenti piani di miglioramento;
- i cambiamenti nei fattori esterni e interni rilevanti per il Sistema di Gestione, nelle esigenze e aspettative delle Parti interessate;



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

- l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi e opportunità;
- modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione per la qualità;
- rapporti sui piani di formazione, la pianificazione della stessa e sul coinvolgimento delle risorse;
- raccomandazioni per il miglioramento.

### **10.3.3. Output del riesame**

All'analisi della documentazione segue l'esame comparato tra gli obiettivi stabiliti ed i risultati ottenuti.

Sulla base degli elementi in ingresso derivanti dal riesame del Sistema di gestione per la qualità, la Direzione:

- aggiorna, se del caso, la Politica della Qualità;
- approva gli indicatori da attivare per la misurazione dei processi (o conferma i precedenti);
- definisce un piano di miglioramento in cui stabilisce nuovi obiettivi e/o conferma i precedenti;
- approva il piano formativo per l'anno in corso;
- approva il piano degli audit interni per l'anno in corso.

## **11. MIGLIORAMENTO**

### **11.1. Generalità**

L'Istituto individua le opportunità di miglioramento e attua ogni azione necessaria per soddisfare i requisiti dello Studente, accrescerne la soddisfazione, e conseguire gli esiti attesi del proprio Sistema di Gestione. Queste azioni comprendono:

- il miglioramento dei e dei servizi, per soddisfare i requisiti e affrontare le esigenze e le aspettative future;
- la correzione, la prevenzione o la riduzione degli effetti indesiderati;
- il miglioramento delle prestazioni e dell'efficacia del Sistema di Gestione.

### **11.2. Non conformità e azioni correttive**

Le modalità di gestione delle eventuali non conformità rilevate durante tutte le attività, gestite da apposita procedura, sono qui brevemente descritte.





## **MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

Le non conformità possono essere rilevate durante le fasi del processo di produzione/erogazione servizio compresa consegna, in fase di accettazione arrivi, in seguito a reclami, durante le verifiche ispettive.

Il trattamento delle non conformità avviene attraverso modalità procedurali e si sviluppa in distinte fasi:

- l'individuazione (o segnalazione) delle non conformità con conseguente registrazione tramite apposita modulistica, a cura di tutto il personale;
- il trattamento delle stesse compete ai Responsabili di funzione per quanto attiene la loro area di competenza; a RGQ in caso audit interni.
- la verifica del trattamento della non conformità e la successiva chiusura spetta a RSQ.

La non conformità viene documentata utilizzando la modulistica predisposta allo scopo e viene analizzata al fine di procedere nelle attività mirate alla sua risoluzione e nelle attività che mirano al miglioramento continuo.

In tutti i casi, qualora fosse necessario attivare un'azione correttiva, RSQ provvede, in collaborazione con il Responsabile della funzione interessata, a compilare l'apposita documentazione specificando i tempi previsti entro i quali RGQ stesso verificherà l'efficacia del provvedimento intrapreso, come descritto nel § 8.5.2 del presente Manuale.

Le non conformità sono analizzate periodicamente da RSQ secondo quanto predisposto nel presente Manuale.

Il risultato dell'analisi viene portata a conoscenza di DIR durante il Riesame della Direzione.

Le non conformità imputabili ai fornitori sono utilizzate come strumento di valutazione degli stessi, e, quindi, esaminate periodicamente.

Per Azione Correttiva si intende un'attività pianificata e programmata per eliminare la causa all'origine e risolvere una situazione non conforme, non risolvibile con immediatezza in quanto bisognosa di approfondita analisi e di eventuale coinvolgimento di personale interno e/o esterno.

Le azioni correttive si sviluppano secondo le fasi di seguito descritte:

- analisi delle cause che hanno generato la non conformità,
- individuazione dell'attività pianificata per lo svolgimento dell'azione correttiva,
- assegnazione delle responsabilità e dei tempi per il raggiungimento dell'obiettivo,
- esecuzione dell'attività,
- verifica dell'efficacia,
- chiusura.



## **MANUALE DELLA QUALITA'**

**Data**

**07/07/2021**

La responsabilità della corretta gestione delle azioni correttive, in termini di pianificazione, coordinamento, controllo delle varie fasi operative, archiviazione, spetta a RGQ. Le azioni correttive sono gestite secondo le modalità di seguito descritte:

- definizione degli obiettivi da raggiungere e pianificazione temporale;
- assegnazione delle responsabilità e dei compiti di sviluppo;
- controllo dell'esecuzione e verifica dei risultati ottenuti;
- aggiornamento eventuale del sistema qualità;
- valutazione dell'efficacia mediante audit interno della qualità.

Informazioni circa i risultati emersi dalle azioni correttive sono trasmessi a DIR in sede di riesame della Direzione.

### **11.3. Miglioramento continuo**

DIR/RSQ pianifica e gestisce i processi necessari per il miglioramento continuo del Sistema di gestione per la qualità.

Per fare ciò analizza:

- la Politica della qualità,
- l'andamento degli indicatori,
- gli obiettivi,
- i risultati degli audit,
- le azioni correttive
- le non conformità e le informazioni sulla soddisfazione da parte dello Studente.

Dall'analisi degli elementi elencati, in occasione del riesame della Direzione, DIR/RSQ adegua gli indicatori identificati e definisce gli obiettivi riassunti in un piano di miglioramento.