Firmato digitalmente da

ANTONELLA ITALIA BOZZANO

CN = BOZZANO ANTONELLA ITALIA
C = IT

DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA' DELLA FORMAZIONE

Rev.	Data	Firma Redazione	Firma Verifica
0	16/12/2019	Antonella Bozzano (firmato digitalmente)	Silvana Guzzo (firmato digitalmente)

Descrizione delle modifiche/motivo della redazione	Presa in carico di un elemento di miglioramento da parte dell'Ente di Certificazione Presa in carico di modifiche organizzative

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE (rif. punto 1. della norma ISO 9001:2015) 4

1.1. Principali riferimenti normativi (rif. punto 2 della norma ISO 9001:2015) 4

1.2. Principali definizioni e abbreviazioni (rif. punto 3 della norma ISO 9001:2015) 5

2. ANALISI DI CONTESTO (rif. 4.1 . della norma ISO 9001:2015)6

3. PARTI INTERESSATE (rif. 4.2 della norma ISO 9001:2015)8

4. LEADERSHIP E POLITICA DELLA QUALITA' (rif. 5 della ISO 9001:2015)12

*4.1. Impegno della direzione e focalizzazione sul cliente (rif. 5.1. della ISO 9001:2015)*12

*4.2. Politica (rif. 5.2 della ISO 9001:2015)*13

*4.2.1 Stabilire la politica per la qualità (rif. 5.2.1 della ISO 9001:2015)*13

*4.2.2 La politica della qualità*13

5. L'ORGANIZZAZIONE E I PROCESSI (rif. 4.4 della ISO 9001:201514

*5.1. Organizzazione e organigramma*15

*5.2. Azioni per affrontare rischi e opportunità (rif. 6.1 della ISO 9001:2015)*15

*5.3. I processi (rif. 4.4 della ISO 9001:2015)*15

6. **RISORSE ……..18**

*6.1. Persone (rif. 7.1.2 della ISO 9001:2015)*18

6.1.2 Competenza (rif. 7.2 della ISO 9001:2015) ……18

19

6.1.3 Conoscenza organizzativa (rif. 7.1.6 della ISO 9001:2015) ……18

6.1.4 Consapevolezza (rif. 7.3 della ISO 9001:2015) ……19

6.1.5 Comunicazione interna (rif. 7.4 della ISO 9001:2015) ……20

*6.2. Infrastrutture (rif. 7.1.3 ISO 9001:2015)*21

*6.3. Ambiente per il funzionamento dei processi (rif. 7.1.4 ISO 9001:2015)*21

*6.4. Documentazione (rif. 7.5 ISO 9001:2015)*21

*6.5. Approvvigionamenti (rif. 8.4 ISO 9001:2015)*23

*6.6. Gestione amministrativa ed economico-finanziaria (rif. 5 ISO 9001:2015)*23

7. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI……23

*7.1. Soddisfazione del cliente (rif. 9.1.2 della ISO 9001:2015)*24

*7.2. Misurazione, analisi e valutazione (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015)*24

*7.3. Audit (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015)*24

*7.4. Riesame di direzione (rif. 9.3 della ISO 9001:2015)*24

8. MIGLIORAMENTO……

*8.1. Non conformità e azioni correttive (rif. 10.2 della norma ISO 9001:2015)***Errore. Il segnalibro non è definito.**

*8.2. Obiettivi annuali di miglioramento (rif. 6.2 della norma ISO 9001:2015)*26

*8.3. Miglioramento continuo (rif. 10.3 della norma ISO 9001:2015)*26

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE (rif. punto 1. della norma ISO 9001:2015)

Il Documento di Pianificazione del Sistema Qualità (DPSQ) dell'Ufficio di Staff Formazione (FOD), *omissis* - descrive la politica della qualità, l'organizzazione, le responsabilità e i processi della struttura in merito alla progettazione ed erogazione di servizi di informazione e formazione, specialistici e manageriali nelle aree della sanità e benessere animale e della sicurezza alimentare e gli obiettivi che si intendono perseguire.

Il DPSQ descrive il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) predisposto da FOD al fine di fornire servizi di informazione e formazione efficaci ed efficienti e ottenere la soddisfazione dei clienti e delle altre parti interessate secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.
La norma è applicata con l'unica esclusione del punto 7.1.5, Risorse per il monitoraggio e la misurazione, in quanto l'attività non prevede la misurazione tramite apparecchiature di misura.

Il Documento illustra l'analisi dei contesti interno ed esterno all'Ente, l'organizzazione della struttura FOD, i processi di lavoro e i rischi connessi, secondo l'approccio dell'analisi del rischio.
Il campo di applicazione riguarda tutte le attività relative alla formazione rivolta sia ai clienti interni all'Istituto sia esterni cosi specificati:
- interni: personale dell'Istituto Zooprofilattico.
- esterni: figure esterne verso le quali l'Istituto svolge attività di formazione (operatori del settore veterinario, agricolo - zootecnico, alimentare e biomedico, mondo della scuola e dell'università).

Omissis

1.1. Principali riferimenti normativi (rif. punto 2 della norma ISO 9001:2015)

- UNI EN ISO 9001:2015 '' Sistemi di Gestione per La Qualità'' – Requisiti;
- UNI EN ISO 9000:2015 "Sistemi di Gestione per La Qualità "– Fondamenti e Terminologia;
- UNI EN ISO 9004:2018 "Sistemi di gestione per la Qualità – Linee Guida per il Miglioramento delle prestazioni";
- UNI EN ISO 19011:2018 "Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione";
- UNI EN ISO 31000:2018 – "Risk Management – Principi e linee guida";
- UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2018 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura"

1.2. Principali definizioni (rif. punto 3 della norma ISO 9001:2015)

L'organizzazione fa proprie le definizioni riportate nelle norme sopra indicate a cui si aggiungono le seguenti:

Addestramento
formazione di tipo pratico-operativo, che consiste nell'affiancamento di un operatore esperto ad uno in addestramento, con successiva verifica, nella pratica, delle sue capacità operative.

Analisi dei fabbisogni formativi
Indagine finalizzata ad identificare le esigenze informative e formative del personale, attraverso colloqui, interviste, focus group o questionari

Cliente
Organizzazione o persona che riceve un prodotto.
Nota: Nel contesto al quale il presente documento si riferisce, si intenderà per cliente il destinatario dei servizi di formazione.

Competenza
E' ciò che una persona dimostra di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione ad un determinato obbiettivo, compito o attività

ECM (Educazione Continua in Medicina)
Sistema nazionale istituito dal Ministero della Salute per la formazione continua degli operatori sanitari.

Formazione
Insieme degli interventi finalizzati all'apprendimento di nuove nozioni, concetti, procedure, prove, tarature, metodologie, teorie, approcci, etc., da parte dei soggetti coinvolti.

Abbreviazioni
AC Azione correttiva
CON Ufficio di Staff Controllo di gestione
DPSQ Documento di Pianificazione del Sistema Qualità
DO Documento Organizzativo
EP Elenco personale
FOD Ufficio di Staff Formazione *omissis*
IZSLT Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri
NC Non conformità
PG Procedura Gestionale
PRO Direzione Acquisizione beni e servizi
SA Schede di addestramento
SGQ Sistema di Gestione della Qualità
QUA Ufficio di staff Qualità

2. ANALISI DI CONTESTO (rif. 4.1. della norma ISO 9001:2015)

L'Ufficio Formazione *omissis* (FOD) è una UOC (Unità Operativa Complessa) che opera all'interno dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana (IZSLT). L'IZSLT è un ente di diritto pubblico del Servizio Sanitario Nazionale che svolge attività di diagnostica, controllo, ricerca e formazione nelle aree della sanità e benessere animale, della

sicurezza alimentare e dell'igiene delle produzioni zootecniche. L'Istituto si articola nella sede centrale di Roma, in Via Appia Nuova 1411, e in cinque Unità Operativa Territoriali (Lazio Sud, Lazio Nord, Toscana Sud, Toscana Centro, Toscana Nord) nell'ambito delle quali vi sono otto sedi (Viterbo, Rieti Latina, Pisa, Firenze, Siena, Arezzo e Grosseto). Ad esse si aggiungono, inoltre, il laboratorio di Biotecnologia applicata agli alimenti presso l'Università di Tor Vergata e un altro presso il Mercato delle carni di Roma.

I fattori che hanno impatto sui risultati dell'organizzazione sono interni e esterni:

CONTESTO INTERNO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Risorse umane (personale FOD)	▪ Motivazione ▪ Conoscenze e competenze consolidate ▪ Propensione al miglioramento ▪ Comunicazione	▪ *omissis* ▪ *omissis* ▪ sotto inquadramento di diverse persone
Risorse umane (personale FOD)		Sovraccarico lavorativo in alcuni periodi dell'anno, specie ultimo trimestre
Risorse tecnologiche		Forte obsolescenza degli apparati tecnologici
Spazi e luoghi di lavoro		Insufficienza degli spazi disponibili, soprattutto nell'ottica di una didattica interattiva
Budget	Autonomia nella gestione del budget	Scarsa tracciabilità flussi finanziari FOD con gli strumenti attualmente in uso
Normativa anticorruzione	*omissis*	Norme che a volte rendono difficili la selezione di fornitori, soprattutto docenti, adeguati alle necessità formative

CONTESTO ESTERNO	OPPORTUNITA'	MINACCE
Riorganizzazione dell'Istituto	Coinvolgimento nelle attività finalizzate all'attuazione del processo di riorganizzazione dell'IZSLT e valorizzazione del ruolo della formazione	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
omissis	*omissis*	*omissis*
Fornitori (docenti)	Presenza di figure altamente specializzate all'interno dell'IZS LT e negli enti e organismi sanitari di riferimento	Problematiche legate al reclutamento di fornitori efficaci, in relazione alla *omissis* e alla presenza di vincoli normativi
Utenti IZSLT ed esterni	Bacino d'utenza predefinito e ben conosciuto	Necessità di maggiore approfondimento dei bisogni formativi Invecchiamento dell'utenza di riferimento
omissis	*omissis*	*omissis*
Disponibilità economiche degli utenti esterni all'IZSLT		Scarsità di risorse per la formazione individuale
omissis	*omissis*	*omissis*
Innovazioni tecnologiche nel campo della formazione	Opportunità di superare i vincoli logistici e allargare la possibilità di erogare formazione a pagamento	Difficoltà a investire risorse economiche e umane nelle nuove tecnologie
omissis	*omissis*	*omissis*

Emergenze sanitarie o imprevisti nell'ambito delle aree di competenza dell'IZSLT		Impatto sulla pianificazione
Attività dei centri di referenza dell'IZSLT	Target ben definito e alta possibilità di programmazione	
Attivazione della FAD presso l'IZSLT	Acquisizione di nuove competenze per il personale FOD per erogare formazione FAD	Complessità della implementazione e gestione di un nuovo sistema di formazione
Aumento dell'offerta formativa in FAD sul mercato nazionale e internazionale	Strumento metodologico utilizzabile da ogni luogo e in ogni tempo, soprattutto nella realtà dell'IZSLT articolata in nove sedi	Si privilegia in maniera importante la FAD in quanto più rapida, economica e comoda ma a volte meno efficace della modalità residenziale

3. PARTI INTERESSATE (rif. 4.2 della norma ISO 9001:2015)

	PARTI INTERESSATE	**ASPETTATIVE**	**SITUAZIONE (POSITIVA/NEGATIVA)**
1	**IZSLT – Personale**	a) Proposte formative utili e di interesse b) Maturare i crediti ECM previsti	In corso indagine customer sactisfaction
2	**Personale dell'Ufficio FOD**	a) Flusso di informazioni all'interno della struttura tempestivo e completo; *b) omissis* c) Collaborazione tra i componenti; d) Documentazione elettronica e cartacea ordinata *e) omissis*	a) Da migliorare *b) omissis* c) Abbastanza soddisfacente ma con margini di miglioramento d) Insufficiente quella elettronica *e) omissis*

	Personale dell'Istituto	Buona fiducia e apprezzamento della struttura FOD	Richieste crescenti
3	IZSLT – Direzione	a) Eventi e corsi utili al miglioramento delle competenze del personale in funzione alle strategie e obiettivi dell'azienda b) Maturare i crediti ECM previsti da parte del personale	a) Sufficientemente soddisfatta *omissis*
3	Ministero della Salute	*omissis* attività formativa dei centri di referenza nazionali dell'Istituto	Sinora soddisfatta *omissis*
4	Regione Lazio	Eventi commissionati e spesso finanziati con fondi regionali	Sinora prevalentemente soddisfatta
5	Regione Toscana, anche tramite CERERE (Centro di Riferimento Regionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare)	Possibile richiesta di organizzazione eventi *omissis*	Abbastanza soddisfatta
6	ASL del Lazio e della Toscana	Possibile richiesta di organizzazione eventi (rara negli ultimi anni perché mediata da Regione Lazio)	Soddisfatta le poche volte che è stata richiesta

7	Altri Istituti Zooprofilattici	Collaborazione nella organizzazione di eventi	Sinora soddisfatta
8	Università di Pisa, Dipartimento di Scienze Veterinarie	Progettazione e organizzazione congiunta di eventi	Da migliorare
9	Altre Università e Facoltà (es. Tor Vergata, settore biomedico); Dipartimenti di veterinaria delle Università di Napoli, Pisa, Perugia, Teramo, Camerino	a) Organizzazione congiunta di eventi (non frequente); b) Richiesta tirocini per studenti o specializzandi	a) In genere soddisfatta b) In genere soddisfatta a con alcune criticità (burocratico-amministrative e di disponibilità dei laboratori all'ospitalità degli studenti
10	Altri Enti di ricerca: Istituto superiore di Sanità; INMI "L. Spallanzani"; CREA (Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria del Ministero delle Politiche agricole, alimentari, forestali e del turismo); ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale), altri	Organizzazione congiunta di eventi	In genere soddisfatta
11	Allevatori comprese organizzazioni di categoria (mondo allevatoriale nel suo complesso)	Iniziative formative, non frequenti	Si suppone che le esigenze inespresse e le opportunità siano superiori a quanto viene svolto
12	Apicoltori, comprese organizzazioni di categoria	Iniziative formative, frequenti	Buona soddisfazione
13	Produttori/distributori/venditori di alimenti	Iniziative formative, rare	Si suppone che le esigenze inespresse e le opportunità siano superiori a quanto viene svolto
14	Ordini, Collegi e Associazioni rappresentative delle professioni sanitarie	Iniziative formative, specie Ordine veterinari Provincia di Roma	In genere soddisfatta

15	Libero professionisti, soprattutto veterinari	Iniziative formative, rare	Si suppone che le esigenze inespresse e le opportunità siano superiori a quanto viene svolto
16	Mondo della scuola	Iniziative formative teorico-applicative, specie nell'ambito dell'alternanza scuola-lavoro	Discreta soddisfazione, ma la richiesta è superiore a quanto realizzato
17	Cittadini/consumatori	Iniziative informativo-formativo e di comunicazione	Margini di implementazione
18	Organi di comunicazione	Essere informati su argomenti sanitari di interesse per il pubblico	In misura limitata. Esigenze superiori
19	sistema ECM; Agenas	Assolvere le procedure come previsto	Soddisfatta
20	COGEAPS	Assolvere quanto previsto da parte dei professionisti dell'IZSLT	Parzialmente in quanto è uno strumento ancora lento
21	Ente certificatore	Rispetto requisiti norma ISO 9001	Cambiamento dell'Ente di certificazione: possibilità difficoltà relative al cambiamento
22	Ente accreditore, Accredia	Applicazione dei requisiti della norma ISO 17025 per quel che riguarda la formazione	Soddisfatto
23	Fornitori (docenti)	Compensi e rimborsi saldati in tempi brevi	Da migliorare
24	Fornitori di altri beni e servizi (piattaforma, applicativi, ecc.)	Saldo delle fatture in tempi brevi	Complessivamente insoddisfatti, ma in

			miglioramento rispetto agli scorsi anni

4. LEADERSHIP E POLITICA DELLA QUALITA' (rif. 5 della ISO 9001:2015)

4.1. Impegno della direzione e focalizzazione sul cliente (rif. 5.1. della ISO 9001:2015)

La direzione della struttura FOD si impegna nello sviluppo e nella messa in atto del sistema di gestione per la qualità e nel miglioramento continuo della sua efficacia tramite le seguenti azioni:

- assicura che la Politica e gli obiettivi per la qualità siano stabiliti prendendo in considerazione gli indirizzi strategici e il contesto dell'organizzazione, garantendo inoltre, che tale politica venga comunicata, compresa, condivisa, attuata e sostenuta a tutti i livelli dell'organizzazione della struttura FOD e dell'IZS Lazio e Toscana;
- effettua il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità;
- promuove l'approccio per processi e il *risk-based thinking;*
- si accerta che il sistema di gestione per la qualità consegua i risultati attesi monitorandone gli output;
- sostiene il miglioramento continuo assicurando che le informazioni e le raccomandazioni risultanti dagli audit, da altre valutazioni e dal riesame di direzione siano comunicate e utilizzate;
- monitora il carico e il piano di lavoro per assicurare che tutte le risorse necessarie siano adeguate;
- favorisce la motivazione, la consapevolezza e il miglioramento delle competenze delle persone tramite il lavoro in gruppi, le riunioni periodiche di confronto e condivisione, l'attività di formazione;
- pone al centro del sistema il cliente, monitorando le aspettative e i requisiti e attivando le necessarie modifiche ai processi nel rispetto dell'integrità e funzionalità del sistema di gestione della qualità;
- focalizza l'attenzione su tutte le altre parti interessate, analizzando periodicamente le aspettative e implementando interventi di miglioramento;
- assicura la coerenza del sistema di gestione della qualità della struttura FOD con il sistema qualità, sicurezza, biosicurezza di tutto l'IZS Lazio e Toscana all'interno del quale opera la struttura FOD

4.2. Politica (rif. 5.2 della ISO 9001:2015)

4.2.1 Stabilire la politica per la qualità (rif. 5.2.1 della ISO 9001:2015)

La direzione nella definizione della politica della qualità tiene conto:

- che sarà periodicamente riesaminata;
- che da essa deriveranno gli obiettivi della qualità.

ed inoltre si basa su

- le finalità e la missione della struttura FOD;
- le finalità e la mission dell'IZS Lazio e Toscana, all'interno della quale opera la struttura FOD;
- il contributo fornito dalle persone che operano in FOD.

4.2.2 La politica della qualità

La direzione si impegna a perseguire una politica che pone al centro delle attività il cliente sia interno (personale dell'Istituto), sia esterno (persone esterne all'IZS Lazio e Toscana) e le diverse parti interessate.
In particolare, la soddisfazione del cliente è monitorata attraverso momenti di verifica e di indagine sui servizi offerti.

La politica si ispira ai principi di gestione della qualità di cui al punto 0.2 della norma UNI EN ISO 9000:2015, contestualizzati alla organizzazione e seguiti per il miglioramento delle prestazioni.

Tali principi sono:

- **Focalizzazione sul cliente**: la struttura FOD produce servizi di formazione che devono essere utili allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze dei propri clienti, di cui deve comprendere e monitorare fabbisogni, esigenze e aspettative, allo scopo di soddisfarle e anticiparle;

- **Leadership:** la direzione stabilisce le strategie e gli obiettivi della struttura con il coinvolgimento e la condivisione delle persone e si assicura della loro realizzazione;

- **Partecipazione attiva delle persone:** le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro coinvolgimento attivo permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione;

- **Approccio per processi:** l'organizzazione gestisce le proprie attività e risorse come processi intercorrelati per favorire l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione nel conseguire i propri obiettivi e ne effettua il monitoraggio periodico;

- **Miglioramento continuo:** il miglioramento continuo delle prestazioni è un obiettivo permanente dell'organizzazione, che viene presidiato con:
  - applicazione costante della analisi del rischio, sia a scopo preventivo che per cogliere nuove opportunità;
  - formazione continua delle persone e miglioramento delle loro competenze;
  - utilizzo di tutti i dati prestazionali (monitoraggio dei processi, grado di raggiungimento degli obiettivi, risultati delle indagini di customer satisfaction, reclami, audit e altri) per avviare azioni di miglioramento;
  - spinta all'innovazione dei prodotti e dei processi;
  - apprezzamento del miglioramento;

- **Processo decisionale basato sull'evidenza:** le decisioni efficaci si basano sull'analisi di dati e informazioni. I dati e le informazioni provengono dalla misurazione e monitoraggio dei processi e dei servizi tramite indicatori e livelli di riferimento, sono quindi controllati nella loro affidabilità, analizzati da persone competenti e sono posti alla base di decisioni relative ai processi, servizi, piani di miglioramento, azioni correttive, progetti innovativi, e cambiamenti, tenendo anche conto dell'esperienza e dell'intuizione delle persone;

- **Gestione delle relazioni:** l'organizzazione tende ad instaurare rapporti di reciproco beneficio con i fornitori, soprattutto i docenti, al fine di progettare e realizzare servizi più efficaci e rispondenti alle necessità dei clienti.

La politica della qualità viene riesaminata annualmente e da essa scaturiscono gli obiettivi annuali di miglioramento.

4.2.3 Comunicare la politica della qualità (rif. 5.2.2 della ISO 9001:2015)

La politica della qualità, in forma documentata, viene comunicata alle persone FOD, che la comprendono, condividono e la applicano nella gestione ed effettuazione dei processi e delle attività.
omissis

5. L'ORGANIZZAZIONE E I PROCESSI (rif. 4.4 della ISO 9001:2015

5.1.Organizzazione e organigramma

L'Ufficio Formazione *omissis* (FOD) è una UOC (Unità Operativa Complessa) che opera all'interno dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana, M. Aleandri. Fanno parte della documentazione del sistema di gestione della qualità l'organigramma, l'elenco del personale (EP), l'attestazione di conoscenza e responsabilità, la scheda anagrafica dei luoghi, la planimetria e il documento di valutazione dei rischi (VDR) *omissis*

5.2. Azioni per affrontare rischi e opportunità (rif. 6.1 della ISO 9001:2015)

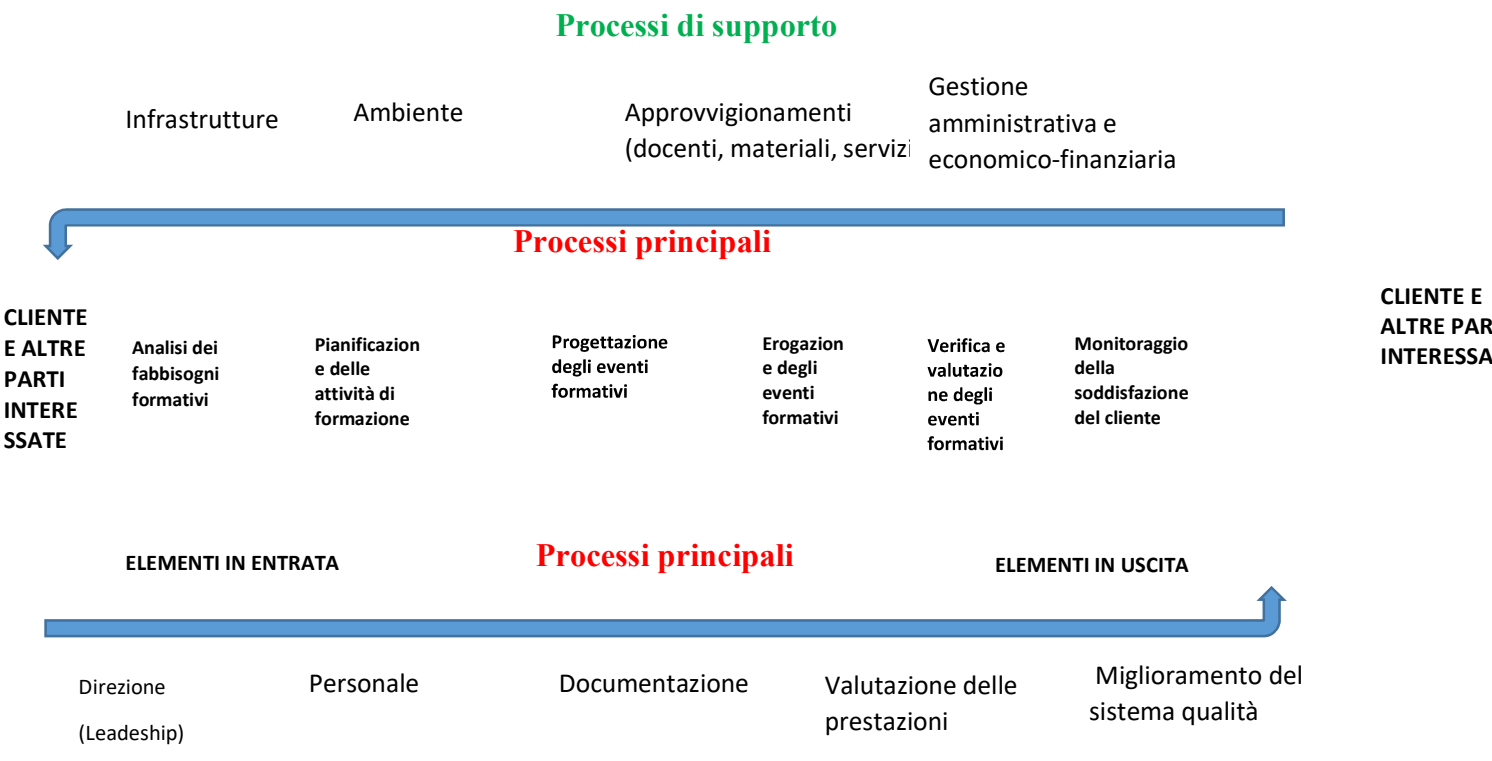
L'Ufficio Formazione nel pianificare il sistema di gestione per la qualità considera i fattori relativi al contesto esterno e interno (punto 2 del presente documento), alle parti interessate (punto 3) e ai processi (punto 5.2) secondo l'approccio dell'analisi del rischio, come riportato nella "Legenda del rischio" e nel "Documento dell'analisi dei rischi".
Nel documento "Legenda dei rischio" viene riportata la classificazione del rischio in termini di probabilità e impatto, che sarà utilizzata Documento dell'analisi dei rischi.
Il "Documento dell'analisi dei rischi" è articolato nelle seguenti sezioni:
- contesto interno: per ogni elemento si riporta il riferimento alla norma ISO 9001:2015, i punti di debolezza, il rischio, la probabilità, l' impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate, le opportunità;
- contesto esterno: per ogni elemento si riporta il riferimento alla norma ISO 9001:2015, le minacce, il rischio, la probabilità, l' impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate, le opportunità;
- parti interessate: per ogni parte interessata riportata al punto 3 di questo documento si riportano le aspettative, il grado di soddisfazione, le modalità di soddisfazione, gli indicatori, i livelli di riferimento;
- processi: per le attività in cui si articolano i processi si riporta il rischio, la probabilità e l'impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate e le opportunità
- azioni non conformi: si specifica il processo, l'attività, il rischio, la probabilità, l'impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate e le opportunità;
-conoscenza organizzativa: si dettaglia il processo, l'attività, la conoscenza necessaria, il grado della conoscenza, eventuali azioni da adottare, monitoraggio delle azioni.

5.3. I processi (rif. 4.4 della ISO 9001:2015)

FOD gestisce le proprie attività come un insieme di processi correlati, secondo una visione sistemica dell'organizzazione.

I processi si distinguono in primari e di supporto:

- processi primari: creano direttamente un valore riconosciuto dal cliente e le loro prestazioni operative (costi, qualità e tempi) ne influenzano direttamente la soddisfazione;
- processi di supporto: necessari alla gestione dei processi primari, ma non creano direttamente un valore riconosciuto dal cliente esterno.



I processi principali e le loro interazioni sono descritti in Procedure Gestionali, integrate da Istruzioni di lavoro, secondo questa articolazione:

Processi principali	Capitoli ISO 9001:2015	Documentazione	Processi di supporto	Capitoli ISO 9001:2015	Documentazione

Analisi dei fabbisogni formativi	8.2 e 7.4	PG FOD 003 – Pianificazione della formazione	a) Persone b) Documentazione	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4 b) 7,5	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4
Pianificazione della formazione	8.3 e 8.5.1	PG FOD 003	c) Direzione a) Persone b) Documentazione i) Gestione amministrativa ed economico finanziaria d) Valutazione delle prestazioni e) Miglioramento	c) 4, 5, 6, 9.3 d) 9; i) 4; e) 10	c) DPSQ 4; d) DPSQ 7; i) DPSQ 4; e) DPSQ 8
Progettazione degli eventi formativi	8.3	PG FOD 004 – Progettazione e divulgazione degli eventi formativi; IL FOD 001 - Istruzioni di lavoro per l'elaborazione della proposta formativa	a) Persone b) Documentazione f) Infrastrutture g) Ambiente h) Approvvigionamenti	f) 7.1.3 g) 7.1.4 h) 8.4	f) DPSQ 6.2; g) DPSQ 6.3; h) DPSQ 6.5; PG FOD 006 - Acquisizione dei servizi di formazione, valutazione e qualificazione dei fornitori;
Erogazione degli eventi formativi	8.3 e 8.5.1	PG FOD 005 - Erogazione, verifica e valutazione degli eventi formativi; IL FOD 002 – Istruzioni di lavoro per il tutor d'aula IL FOD 003 – Istruzioni di lavoro per il docente IL FOD 004 - inserimento di eventi formativi nel portale della formazione	a) Persone b) Documentazione f) Infrastrutture g) Ambiente h) Approvvigionamenti	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4: b) 7,5 f) 7.1.3 g) 7.1.4 h) 8.4	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4: f) DPSQ 6.2; g) DPSQ 6.3; h) DPSQ 6.5
Verifica e valutazione degli eventi formativi	8.6	PG FOD 005, PG FOD 006	a) Persone b) Documentazione d) Valutazione delle prestazioni e) Miglioramento	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4; b) 7,5: d) 9; e) 10	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4; d) DPSQ 7; e) 8

Monitoraggio della soddisfazione del cliente	9	PG FOD 003, PG FOD 005	a) Persone b) Documentazione f) Valutazione delle prestazioni g) Miglioramento	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4; b) 7,5: d) 9; e) 10	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4; d) DPSQ 7; e) 8

Nel "Documento analisi dei rischi "tutti i processi vengono esaminati secondo l'analisi del rischio, per cui sono identificati gli specifici rischi delle attività, indicati i relativi valori di probabilità e impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo e le opportunità. La tenuta sotto controllo dei processi viene effettuata tramite un piano di monitoraggio riportato nel documento "Monitoraggio dei processi". In esso si riportano i punti critici di controllo dei processi principali, gli indicatori per la misurazione, i livelli di riferimento scelti e i tempi in cui effettuare i controlli.

Il personale responsabile della realizzazione dei singoli processi e delle attività, nonché della relativa supervisione, è riportato nel documento "Elenco *omissis* del personale".

6. RISORSE (rif. 7.1 della ISO 9001:2015)

6.1. Persone (rif. 7.1.2 della ISO 9001:2015)

L'organizzazione stabilisce a cadenza annuale il fabbisogno in termini qualitativi e quantitativi di persone necessarie per l'attuazione e gestione del proprio sistema di gestione della qualità e per il funzionamento e controllo dei suoi processi.
Il personale di FOD e relative responsabilità sono riportate nell' Elenco del personale e nel "Documento analisi dei rischi" sono indicati i rischi relativi alle risorse umane della struttura.

6.1.2 Competenza (rif. 7.2 della ISO 9001:2015)

Il fabbisogno di risorse umane si riferisce ai seguenti profili professionali: progettista, tutor, componente della segreteria organizzativa e assistente tecnico, come descritti nel "Elenco dei profili di competenza". Per ciascuno di essi viene riportata la descrizione complessiva, le conoscenze, abilità e comportamenti necessari alla sua effettuazione e i livelli di complessità nell'ambito dei quali può essere esercitato il ruolo stesso.
In caso di differenza tra il fabbisogno individuato e le risorse presenti, il responsabile FOD, in condivisione con gli interessati, progetta un percorso formativo finalizzato a sviluppare le competenze necessarie a colmare il divario rilevato e lo riporta nella "Scheda proposte eventi formativi" (PG FOD 003/1).
La Direzione identifica le competenze realmente possedute da ciascun persona tramite il monitoraggio e la verifica delle attività svolte.
Inoltre ogni anno il responsabile FOD ha un colloquio di valutazione, con fase intermedia a metà anno, con ciascun membro della struttura, dove sarà discussa e valutata l'attività svolta

nell'anno precedente secondo uno schema e modalità previste per tutto il personale dell'IZS Lazio e Toscana.

6.1.2.1 Formazione e addestramento

In funzione delle esigenze di formazione rilevate, la Direzione di FOD elabora ogni due anni con la collaborazione del referente della formazione e la condivisione degli interessati, la "Scheda proposte eventi formativi" (PG FOD 003/1).
In esso vengono indicate le tematiche e gli argomenti oggetto di attività formative a cui le singole persone dovranno partecipare per acquisire le competenze necessarie a soddisfare specifiche esigenze di servizio e le necessità di gestione del sistema qualità.
La partecipazione agli eventi formativi è registrata dagli interessati nel CV europass, come riportato nella PG FOD 001.
La formazione maturata viene verificata anche nel corso del colloquio di valutazione annuale sopra riportato.
La formazione e l'addestramento in ingresso in FOD e la formazione e addestramento a nuove attività nella struttura FOD sono riportate nella scheda di addestramento (PG FOD 001/1).

6.1.3 Conoscenza organizzativa (rif. 7.1.6 della ISO 9001:2015)

La Direzione dell'Ufficio considera le persone di FOD una risorsa strategica per l'efficacia del sistema. Per questo presta particolare attenzione alla conoscenza e sviluppo di tutti i componenti, con una visione di formazione permanente di crescita professionale, motivazionale e culturale; inoltre promuove l'acquisizione delle conoscenze ed esperienze necessarie in base alle esigenze e tendenze di cambiamento e allo sviluppo della conoscenza organizzativa.
La conoscenza organizzativa è la conoscenza specifica di FOD maturata attraverso l'esperienza collettiva della struttura stessa o quella propria delle singole persone che vi lavorano, ed è necessaria per conseguire gli obiettivi per la qualità dell'organizzazione e i risultati attesi.

Essa deriva soprattutto da:

RISORSE INTERNE	RISORSE ESTERNE
Know-How derivato da tutte le attività relative alla progettazione e erogazione di servizi e prodotti	Normative, Regolamenti, buone prassi.
Persone – nuove competenze ed esperienze acquisite	Know-How raccolto da clienti, fornitori esterni e partner;
Realizzazione di nuovi progetti	Rete intranet, biblioteche, newsletter, ecc
Periodiche riunioni di struttura	Seminari, corsi, workshop, convegni

La conoscenza viene mantenuta e messa a disposizione tramite periodici incontri di struttura verbalizzati, corsi di aggiornamento interni, mail tra i componenti di FOD, cartella elettronica condivisa, report di progetti o di eventi formativi.

Nel "Documento analisi dei rischi" sono riportate le conoscenze necessarie per ogni processo principale.

6.1.4 Consapevolezza (rif. 7.3 della ISO 9001:2015)

L'Ufficio FOD si impegna affinché le persone siano consapevoli della politica della qualità adottata, dei relativi obiettivi, dell'articolazione del sistema di gestione della qualità, del contributo dei singoli ai fini dell'efficacia del sistema, delle implicazioni conseguenti al non essere conformi ai requisiti del sistema e dei benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni.

Il controllo dell'applicazione di quanto pianificato avviene attraverso le verifiche ispettive interne, il riesame del SGQ, la gestione delle non conformità e delle azioni correttive.

6.1.5 Comunicazione interna (rif. 7.4 della ISO 9001:2015)

La comunicazione interna favorisce lo sviluppo delle competenze, della conoscenza organizzativa e della consapevolezza e in quanto tale viene valorizzata dall'organizzazione.
Il processo di comunicazione prevede:

- riunioni periodiche verbalizzate sia di avanzamento delle attività o su specifici argomenti;
- cartella elettronica condivisa in cui ciascuno riporta le registrazioni delle proprie attività o i risultati di specifici progetti;
- flussi di informazioni *omissis* relativi ad attività comuni;
- gruppi di lavoro su specifiche attività/progetti, che riportano lo stato di avanzamento dei lavori agli altri componenti della struttura;
- mail per brevi comunicazioni.

Nelle diverse forme di comunicazione viene garantita la tracciabilità (verbali, mail, cartella condivisa).

Gli oggetti della comunicazione sono: sistema di gestione della qualità (stato di avanzamento degli obiettivi della qualità, non conformità, azioni correttive, miglioramenti delle prestazioni, audit), sviluppo del piano annuale delle attività, aggiornamenti legislativi, informazioni derivanti IZSLT in cui FOD opera, cambiamenti dei contesti interno o esterno, nuove committenze o incarichi alla struttura, report di eventi formativi frequentati.
Chi comunica: il responsabile della struttura è la prima persona impegnata nei processi di comunicazione riguardanti tutti gli ambiti di attività e le tematiche; il referente della qualità aggiorna le persone sullo stato del sistema in termini di scadenze, obiettivi raggiunti, NC e AC, costituendo un raccordo tra i diversi componenti; ciascuno informa gli altri su aspetti delle proprie attività di interesse comune.
I destinatari della comunicazione cambiano a seconda dell'oggetto della comunicazione, garantendo a tutti gli interessati la sufficiente e corretta informazione.

6.2. Infrastrutture (rif. 7.1.3 ISO 9001:2015)

I locali a disposizione della struttura sono riportati nella *omissis* planimetria *omissis.*
La pulizia è affidata a una ditta esterna, con supervisione della direzione di FOD. La pulizia dei locali destinati all'effettuazione di eventi formativi viene controllata preventivamente dalle persone della struttura FOD incaricate.

La gestione e manutenzione delle apparecchiature e degli strumenti viene effettuata secondo la PG QUA 001 – Gestione delle apparecchiature sanitarie/attrezzature critiche.
Il salvataggio dei dati informatici viene eseguito tramite sistematico backup come da PG QUA 005- Gestione dei documenti del sistema qualità.

Nel "Documento analisi dei rischi" sono trattati i rischi legati alle infrastrutture.

6.3. Ambiente per il funzionamento dei processi (rif. 7.1.4 ISO 9001:2015)

L'organizzazione si attiene alle vigenti normative riguardanti il rispetto della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro secondo quanto indicato nel Documento di Valutazione dei Rischi della Sicurezza (DVR).

FOD ha definito e gestisce, attraverso la *PG FOD 005 - Erogazione, verifica e valutazione degli eventi formativi* - le condizioni dell'ambiente di lavoro necessarie per assicurare la conformità ai requisiti del proprio servizio. Tali condizioni sono verificate prima di ogni corso e periodicamente attraverso le verifiche ispettive interne, l'analisi della soddisfazione del cliente e le eventuali non conformità.

Si tiene conto, per quanto le situazioni lo permettano, anche dei fattori ambientali di natura fisica, sociale e psicologica, alla base di un clima lavorativo sereno e produttivo, a vantaggio del sistema di gestione della qualità.
Periodicamente viene eseguita l'indagine di lavoro stress lavoro correlato, finalizzato a sondare questi aspetti e a attivare interventi di miglioramento. Allo stato attuale esistono definiti spazi di miglioramento.
I rischi e i punti critici relativi a questi ambiti sono riportati nel "Documento analisi dei rischi".

6.4. Documentazione (rif. 7.5 ISO 9001:2015)

La documentazione a supporto del sistema di gestione della qualità viene creata, controllata, revisionata e conservata secondo quanto riportato nella PG QUA 005 – Gestione dei documenti.

La documentazione del SGQ include:

- **Documento di pianificazione del sistema qualità (DPSQ).** Documento di base del SGQ che evidenzia la politica e gli obiettivi della qualità, la struttura del SGQ e l'organizzazione per processi. Viene riesaminato annualmente;
- **Documento di Self-Assessment**
- ***omissis***
- **Procedure gestionali (PG).** Descrivono le modalità operative e le responsabilità relative alle principali attività gestionali dell'organizzazione;
  - PG FOD 001 *Formazione ed addestramento del personale*
  - PG FOD 002 *Accesso alla formazione individuale esterna*
  - PG FOD 003 *Pianificazione della formazione*
  - PG FOD 004 *Progettazione e divulgazione degli eventi formativi*
  - PG FOD 005 *Erogazione, verifica e valutazione degli eventi formativi*
  - PG FOD 006 A*cquisizione dei servizi di formazione, valutazione e qualificazione dei fornitori*
- **Istruzioni di lavoro (IL).** Sono documenti che specificano o descrivono le modalità operative di esecuzione delle attività.
  - IL FOD 001 *Istruzioni di lavoro per l'elaborazione della proposta formativa*
  - IL FOD 002 *Istruzioni di lavoro per il tutor d'aula*
  - IL FOD 003 *Istruzioni di lavoro per il docente*
  - IL FOD 004 *Istruzioni di lavoro per l'inserimento di eventi formativi interni nel portale della formazione*
  - IL FOD 005 *Istruzioni di lavoro per la gestione dell'archivio FOD*

Documenti di registrazione: moduli/registri e ogni alta informazione documentata che possono essere compilati a mano o gestiti in formato elettronico:

- **Documento di analisi del rischio.** Descrive l'Analisi del rischio dettagliata del contesto, parti interessate, processi, azioni non conformi, conoscenza organizzativa;
- **Legenda del rischio**: classificazione del rischio, utilizzata nella compilazione del documento di analisi del rischio;
- **Monitoraggio dei processi.** Documento utilizzato per la tenuta sotto controllo dei processi;
- **Elenco dei profili di competenza;**
- Organigramma;
- Elenco del personale (EP); DOCUMENTO DOPPIO
- Attestazione di conoscenza e responsabilità;
- Scheda anagrafica dei luoghi;
- Planimetria;
- Documento di valutazione dei rischi (VDR)
- **Altri moduli allegati alle procedure gestionali.**

Documenti di origine esterna:

- Leggi, decreti e regolamenti applicabili;
- Norme tecniche e di sistema, tra cui i documenti relativi al sistema ECM.

Tale documentazione è tenuta sotto controllo tramite una verifica periodica delle diverse fonti normative.

6.5. Approvvigionamenti (rif. 8.4 ISO 9001:2015)

Le modalità per l'acquisizione, la valutazione e la qualificazione dei fornitori di corsi completi e di docenti sono riportate nella PG FOD 006 - Acquisizione dei servizi di formazione, valutazione e qualificazione e dei fornitori.

Le modalità per l'acquisizione di materiali di consumo sono descritte nella PG PRO 001 – Acquisto di materiali di consumo.

La procedura relativa all'acquisizione di servizi (catering, servizio interpretariato, trasporti, ecc.) è la PG PRO 003 – Acquisizione di servizi.

Nel "Documento analisi dei rischi "sono esaminati i rischi legati agli approvvigionamenti.

6.6. Gestione amministrativa ed economico-finanziaria (rif. 5 ISO 9001:2015)

La definizione, negoziazione e monitoraggio del budget annuale della struttura sono illustrati nella PG CON 001 - Formulazione delle proposte di budget e di obiettivi programmatici, negoziazione e sottoscrizione del documento di budget, rinegoziazione e reportistica periodica.

Secondo lo stesso documento vengono definiti, negoziati e monitorati gli obiettivi programmatici annuali.

Gli atti amministrativi della struttura (proposte di deliberazioni, determine, buoni d'ordine) vengono effettuati secondo le disposizioni normative e i regolamenti interni adottati dall'IZS Lazio e Toscana.

FOD applica la normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e il *Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza* dell'IZS Lazio e Toscana. Questo documento prevede l'effettuazione della mappatura dei processi anche di FOD sotto il profilo dei rischi di corruzione e i relativi interventi di misurazione e riduzione degli stessi.

7. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Al fine di monitorare, verificare e valutare la conformità dei servizi formativi erogati rispetto ai requisiti normativi, alle esigenze e ai fabbisogni formativi dei clienti, sono previste delle modalità e degli strumenti di misurazione impiegati per la produzione di dati e informazioni. Quest'ultimi sono successivamente analizzati e utilizzati per progettare azioni finalizzate al miglioramento, le quali vengono riportate nel riesame della direzione.

7.1. Soddisfazione del cliente (rif. 9.1.2 della ISO 9001:2015)

La soddisfazione del cliente viene misurata con i seguenti strumenti:

- Compilazione Scheda di qualità percepita al termine di ciascun evento formativo (PG FOD 004/2);
- Indagine annuale di Customer Satisfaction rivolta al personale dell'IZSLT;
- Reclami

7.2. Misurazione, analisi e valutazione (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015)

La tenuta sotto controllo dei processi viene effettuata tramite un piano di monitoraggio riportato nel documento "Monitoraggio dei processi". In esso si riportano i punti critici di controllo dei processi principali, gli indicatori per la misurazione, i livelli di riferimento scelti e i tempi in cui effettuare i controlli.

Ogni evento formativo viene sottoposto a validazione (PG FOD 004), che tiene in considerazione i seguenti fattori: andamento della prova di apprendimento effettuata dai partecipanti, qualità percepita dai partecipanti, osservazione del tutor d'aula tramite griglia, valutazione dei docenti da parte del tutor d'aula. Per ciascuno di essi sono previsti indicatori e livelli di riferimento.

Le prestazioni e l'efficacia del SGQ, l'efficacia della pianificazione e l'esigenza di miglioramenti del sistema vengono inoltre valutati tramite la misurazione del grado di conseguimento degli obiettivi annuali della qualità, delle NC rilevate, delle azioni preventive e dei risultati degli audit.

L'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono misurati e analizzati secondo quanto previsto dal "Documento di analisi dei rischi".

I docenti sono valutati secondo i parametri e le modalità riportate nella PG FOD 006.

7.3. Audit (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015)

Gli audit interni vengono pianificati ed effettuati secondo la PG QUA 007 – Verifiche ispettive interne.

7.4. Riesame di direzione (rif. 9.3 della ISO 9001:2015)

L'Ufficio FOD a cadenza almeno annuale, o più frequentemente quando le condizioni lo rendono opportuno, riesamina il SGQ dell'organizzazione per assicurarne l'adeguatezza e l'efficacia.

Gli input del riesame sono:

a) cambiamenti nei fattori interni ed esterni;

b) raggiungimento degli obiettivi;
c) idoneità delle politiche e delle procedure;
d) stato delle azioni derivanti da precedenti riesami della direzione;
e) esito degli audit interni recenti;
f) azioni correttive
g) esito degli audit esterni recenti
h) variazioni del volume e del tipo di lavoro;
i) informazioni di ritorno da parte di clienti e del personale;
j) reclami;
k) efficacia di ogni miglioramento attuato;
l) adeguatezza delle risorse;
m) risultati della identificazione dei rischi;
n) esiti delle attività di assicurazione della validità dei risultati
o) ogni altro fattore rilevante quali le attività di monitoraggio, formazione, fornitori esterni;

Dal riesame della direzione vengono forniti output e informazioni in merito:

a) efficacia del sistema di gestione dei suoi processi
b) miglioramento delle attività di laboratorio relative al soddisfacimento dei requisiti della norma;
c) messa a disposizione delle risorse necessarie;
d) ogni esigenza di modifica.

Gli output dei riesami di direzione comprendono decisioni e azioni relative a opportunità di miglioramento, modifiche da apportare al sistema di gestione per la qualità e risorse necessarie.

8. MIGLIORAMENTO (rif. punto 10 della norma ISO 9001:2015)

8.1 Non conformità e azioni correttive (rif. 10.2 della norma ISO 9001:2015)

Le non conformità e le azioni correttive vengono gestite secondo la PG QUA 006 – Gestione NC, AC e AP.

8.2 Obiettivi annuali di miglioramento (rif. 6.2 della norma ISO 9001:2015)

Gli obiettivi annuali di miglioramento sono coerenti con la politica della qualità di cui al punto 4.2.2 di questo documento e sono riportati nel documento "Obiettivi annuali di miglioramento".

8.3 Miglioramento continuo (rif. 10.3 della norma ISO 9001:2015)

L'organizzazione considera il miglioramento continuo come un valore fondamentale all'efficienza, appropriatezza ed efficacia del SGQ e alla soddisfazione del cliente e delle altre parti interessate

Tale miglioramento viene perseguito attraverso:

- la definizione, la diffusione e l'aggiornamento periodico della Politica e degli obiettivi per la qualità;
- l'attuazione delle attività di monitoraggio e misurazione dei processi e dei servizi;
- l'attuazione ed il riesame dei risultati degli Audit Interni;
- l'analisi dei dati in uscita e dei risultati dei diversi processi del SGQ;
- la definizione, l'attuazione di azioni correttive e la valutazione della relativa efficacia;
- la motivazione delle persone, la valorizzazione del loro contributo e la spinta ad approcci propostivi e proattivi;
- l'orientamento all'innovazione dei processi e dei servizi;
- l'ascolto costante delle parti interessate;
- il riesame programmatico dello stato del SGQ da parte della direzione