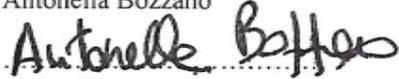
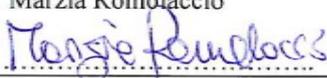
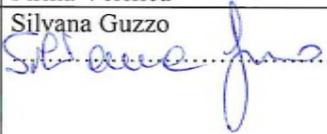




**DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA  
QUALITA' DELLA FORMAZIONE**

Rev.	Data	Firma Redazione	Firma Verifica
4	18/03/2022	Antonella Bozzano  Marzia Romolaccio 	Silvana Guzzo 
3	18/02/2021	Antonella Bozzano	Silvana Guzzo
2	27/11/2020	Antonella Bozzano	Silvana Guzzo
1	10/06/2020	Antonella Bozzano	Silvana Guzzo
0	16/12/2019	Antonella Bozzano	Silvana Guzzo

Descrizione delle modifiche/motivo della redazione	Recepimento della norma UNI ISO 21001:2019 Titolo - Sistemi di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione - Requisiti e raccomandazioni per la loro applicazione. Aggiornamento rispetto a situazioni modificate con necessità di riesame dell'analisi di contesto e delle parti interessate, di integrazione dei profili di competenza e di cambiamento della denominazione di alcuni documenti.
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **INDICE**

<b>1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE (rif. punto 1. della norma ISO 9001:2015 e 4.3 della ISO 21001:2019)</b> .....	5
<i>1.1. Principali riferimenti normativi (rif. punto 2 della norma ISO 9001:2015)</i> .....	5
<i>1.2. Principali definizioni (rif. punto 3 della norma ISO 9001:201 e della ISO 21001)</i> .....	6
L'organizzazione fa proprie le definizioni riportate nelle norme sopra indicate a cui si aggiungono le seguenti:.....	6
<b>2. ANALISI DI CONTESTO (rif. 4.1. della norma ISO 9001:2015 della ISO 21001)</b> .....	7
<b>3. PARTI INTERESSATE (rif. 4.2 della norma ISO 9001:2015 E DELLA ISO 21001:2019)</b>	10
Personale dell'Ufficio FOD.....	12
IZSLT – Direzione .....	13
Organismo indipendente di valutazione (OIV) .....	13
Ministero della Salute.....	13
Regione Lazio. Corsi che forniscano conoscenze e abilità su nuove norme, problematiche sanitarie, ecc.....	13
ASL del Lazio e della Toscana. ....	13
Allevatori comprese organizzazioni di categoria (mondo allevatorio nel suo complesso) .....	14
Apicoltori, comprese organizzazioni di categoria.....	14
Produttori/distributori/venditori di alimenti .....	14
Libero professionisti, soprattutto veterinari .....	14
Altri Istituti Zooprofilattici .....	14
Mondo della scuola .....	16
Studenti delle scuole .....	16
Cittadini/consumatori .....	16
COGEAPS .....	17
Ente accreditore: Accredia .....	17
Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Universitaria di Pisa Sant'Anna (progetti formativi o di valutazione delle prestazioni).....	17
Musei e mostre di natura scientifica per collaborazioni a fini divulgativi.....	17
<b>4. LEADERSHIP E POLITICA DELLA QUALITA' (rif. 5 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)</b> .....	17

4.1. Impegno della direzione e focalizzazione sul cliente (rif. 5.1. della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019).....	18
4.2. Politica (rif. 5.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019) .....	18
4.2.1 Stabilire la politica per la qualità (rif. 5.2.1 della ISO 9001:2015e della ISO 21001:2019) .....	18
4.2.2 La politica della qualità .....	19
<b>5. L'ORGANIZZAZIONE E I PROCESSI (rif. 4.4 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019) .....</b>	<b>21</b>
5.1. Organizzazione e organigramma .....	21
5.2. Azioni per affrontare rischi e opportunità (rif. 6.1 della ISO 9001:2015).....	21
5.3. I processi (rif. 4.4 della ISO 9001:2015) .....	22
6.1. Persone (rif. 7.1.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019).....	25
6.1.2.1 Formazione e addestramento .....	26
6.2. Infrastrutture (rif. 7.1.3 ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019) .....	29
6.3. Ambiente per il funzionamento dei processi (rif. 7.1.4 ISO 9001:2015 e 7.1.5 della ISO 21001:2019) .....	30
6.5 Documentazione (rif. 7.5 ISO 9001:2015 e 7.5 della ISO 21001:2019) .....	31
6.6. Approvvigionamenti (rif. 8.4 ISO 9001:2015 ISO 21001:2019) .....	32
6.7. Gestione amministrativa ed economico-finanziaria (rif. 5 ISO 9001:2015).....	33
7.1 Soddisfazione del cliente (rif. 9.1.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019) .....	33
7.2 Misurazione, analisi e valutazione (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015) .....	34
7.2.1 Parti interessate dalla valutazione .....	35
Le parti interessate dalla valutazione sono i discenti, i docenti, il responsabile scientifico dell'evento, il tutor, lo staff e il responsabile di struttura, come di seguito: .....	35
- i discenti sono valutati dai docenti e/o dal responsabile scientifico dell'evento (PG FOD 006);	35
- i docenti ricevono una valutazione da parte dei discenti e del tutor;.....	35
- lo staff e il tutor sono valutati dai discenti; .....	35
- lo staff è valutato dal responsabile della struttura a cadenza periodica. ....	35
- Il responsabile di struttura viene valutato dallo staff tramite periodiche indagini e dalla direzione aziendale annualmente.....	35
7.3 Audit (rif. 9.1.3 della ISO 9001:2015) .....	35
7.4 Riesame di direzione (rif. 9.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019) .....	35
Le non conformità e le azioni correttive vengono gestite secondo la PG QUA 006 – Gestione NC, AC e AP. ....	36

8.2 *Obiettivi annuali di miglioramento (rif. 6.2 della norma ISO 9001:2015)* .....36

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”.....36

8.3 *Miglioramento continuo (rif. 10.3 della norma ISO 9001:2015)* .....36

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE (rif. punto 1. della norma ISO 9001:2015 e 4.3 della ISO 21001:2019)

Il Documento di Pianificazione del Sistema Qualità (DPSQ) dell'Ufficio di Staff Formazione (FOD) 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 illustra 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 le norme UNI EN ISO 9001:2015 e UNI ISO 21001:2019.

Le norme sono applicate con l'esclusione del requisito 7.1.5.2. in quanto riferito a modalità di misurazione non presenti.

Il Documento riporta l'analisi dei contesti interno ed esterno all'Ufficio e all'Ente, l'organizzazione della struttura FOD, i processi di lavoro e i rischi connessi, secondo l'approccio dell'analisi del rischio.

La mission della struttura è di realizzare interventi informativi e formativi per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze degli utenti interni all'Istituto e esterni, negli ambiti della sanità e benessere animale e della sicurezza alimentare.

Nello specifico, il campo di applicazione riguarda tutte le attività relative alla formazione rivolta sia agli utenti interni, sia esterni, così specificati:

- interni: personale di diversi profili professionali (veterinari, biologi, chimici, tecnici di laboratorio, agronomi, informatici, statistici, laureati di scienze naturali e in tecnologie alimentari, diplomati e laureati in materie amministrative, giuridiche ed economiche, operatori ausiliari) 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).

Tra questi profili rientrano anche persone che hanno bisogni speciali

Con i propri servizi (corsi, workshop, seminari, etc.) e prodotti (materiale didattico, dispense, opuscoli, bollettini, ecc.) l'organizzazione intende sviluppare e migliorare le conoscenze, le abilità e i comportamenti dei propri clienti sugli argomenti oggetto di formazione.

### 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 ISO 21001:2019: “Organizzazioni di istruzione e formazione - Sistemi di gestione per le organizzazioni di istruzione e formazione - Requisiti e raccomandazioni per la loro applicazione “
- 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 9001:201 e della ISO 21001)*

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 personale esperto ad un altro 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

**Bisogni speciali**

Un utente che ha bisogni speciali è una persona che ha bisogni formativi che non possono essere soddisfatti attraverso le normali attività di erogazione e verifica dell’apprendimento (es. deficit comportamentali, di comunicazione, intellettuali, fisici, mentali)

**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 obiettivo, 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.

**Responsabilità sociale**

Responsabilità dell'organizzazione per gli impatti delle decisioni e delle attività sulla società, l'economia, l'ambiente tramite comportamenti etici e trasparenti

**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
- 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 della ISO 21001)**

L'Ufficio Formazione (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) più un punto di accettazione campioni a Frosinone. 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
<b>Risorse umane</b> (personale FOD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivazione</li> <li>▪ Conoscenze e competenze consolidate</li> <li>▪ Propensione al miglioramento</li> <li>▪ Comunicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sotto inquadramento di diverse persone</li> </ul>

<b>Risorse umane</b> (personale FOD.		Sovraccarico lavorativo in alcuni periodi dell'anno, specie ultimo trimestre
<b>Risorse tecnologiche</b>	Propensione all'innovazione e alla sperimentazione di nuove tecnologie per la didattica a distanza	Capacità di utilizzo delle nuove tecnologie ancora incompleta <u>ma migliorata</u>
<b>Spazi e luoghi di lavoro</b>	Presso la sede di Roma disponibile un montascale a piattaforma per disabili e nella sala conferenze due spazi riservati a disabili	<u>Malgrado gli interventi svolti per migliorare l'accessibilità alla sala conferenze di Roma da parte delle persone disabili di Roma, persistono dei limiti, come la necessità di dover transitare lungo un percorso articolato per raggiungere la sala e l'impossibilità di raggiungere il podio dei relatori causa presenza di scalini.</u>  Insufficienza degli spazi disponibili, soprattutto nell'ottica di una didattica interattiva.
<b>Budget</b>	Autonomia nella gestione del budget	Scarsa tracciabilità flussi finanziari FOD con gli strumenti attualmente in uso
<b>CONTESTO ESTERNO</b>	<b>OPPORTUNITA'</b>	<b>MINACCE</b>
<b>Strategie ed obiettivi programmatici dell'Istituto all'interno del quale la struttura FOD opera</b>	Programmazione e obiettivi delle attività della struttura FOD in linea con gli obiettivi istituzionali	Possibile limitazione dei margini di autonomia di FOD
<b>Fornitori (docenti)</b>	Presenza di figure altamente specializzate all'interno dell'IZSLT e negli enti e organismi sanitari di riferimento	Problematiche legate al reclutamento di fornitori efficaci, in relazione alla e alla presenza di vincoli normativi
<b>Utenti IZSLT ed esterni</b>	Bacino d'utenza predefinito e ben conosciuto.	Necessità di maggiore approfondimento dei bisogni formativi attraverso indagini

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 9 di 36

		strutturate (con questionari, interviste, applicativi) <u>attualmente in corso</u>  Invecchiamento dell'utenza di riferimento, ora in fase di risoluzione (si è avviato il turnover)
<b>Disponibilità economiche degli utenti esterni all'IZSLT</b>		<u>Scarsa propensione degli utenti esterni dipendenti pubblici a investire in prima persona per la propria formazione</u>
<b>Innovazioni tecnologiche nel campo della formazione</b>	Opportunità di superare i vincoli logistici e allargare la possibilità di erogare formazione in modalità a distanza	<u>Gli investimenti economici e formativi realizzati hanno cominciato a fornire risultati, ma è necessaria una programmazione più stringente</u>
<b>Attivazione della FAD presso l'IZSLT</b>	Acquisizione di nuove competenze per il personale FOD per erogare formazione FAD	Complessità della implementazione e gestione di un nuovo sistema di formazione, comunque avviato con dei risultati. E' necessaria una programmazione più stringente
<b>Emergenze sanitarie o imprevisti nell'ambito delle aree di competenza dell'IZSLT</b>	Opportunità di mettere in campo nuove capacità organizzative per superare l'emergenza, sperimentando nuove metodologie didattiche	Impatto sulla pianificazione. <u>Nel corso del 2022: emergenza peste suina africana</u>
<b>Attività dei centri di referenza dell'IZSLT</b>	Target ben definito e buona possibilità di programmazione	
<b>Committenze istituzionali per l'attività di formazione: Ministero della Salute, Regioni Lazio e Toscana, Università</b>	Poter contribuire allo sviluppo tecnico-scientifico e culturale del personale del SSN e del mondo dell'università	In alcuni casi la collaborazione con alte strutture, sebbene fruttuosa, può rallentare i processi organizzativi.  <u>L'attuale carenza di referenti istituzionali presso la Regione Lazio costituisce un'incertezza circa il proseguimento della formazione del personale ASL, con possibilità che l'Istituto, con l'ufficio FOD, se ne possa far maggiormente carico.</u>
<b>Altre committenze: ordini professionali, aziende ASL,</b>	Ampliare il bacino di utenza	

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 10 di 36

associazioni pubbliche o private, ecc.		
<b>IZSLT da aprile 2020 profondamente impegnato nelle attività di contenimento del Covid 19, tramite l'impegno in attività diagnostiche e logistiche</b>	Svolgere un importante ruolo a vantaggio della collettività	<u>Minor disponibilità</u> delle risorse umane per lo svolgimento delle attività formative
<b><u>Istituzione di un circuito per l'acquisizione di crediti formativi da parte dei veterinari parallelo all'ECM, denominato SPC (Sviluppo professionale continuo)</u></b>	<u>Adesione dell'Istituto (Ufficio FOD) al sistema SPC per erogare crediti formativi ai veterinari anche secondo questo sistema</u>	

Un'analisi più dettagliata del contesto è riportata nel file denominato "Documento dell'analisi dei rischi"

**3. PARTI INTERESSATE (rif. 4.2 della norma ISO 9001:2015 E DELLA ISO 21001:2019)**

	<b>PARTI INTERESSATE</b>	<b>ASPETTATIVE</b>	<b>SITUAZIONE (POSITIVA/NEGATIVA)</b>
1	<b>IZSLT – Personale</b>	a) Proposte formative utili e di interesse b) Maturare i crediti ECM previsti	1) Rispetto alla valutazione complessiva sulla formazione erogata, in una scala di valori da 1 a 5, emerge un grado di soddisfazione pari al 58% di utenti che hanno espresso il valore 5, il 25,22 % che ha indicato 4, una percentuale pari al 13,2% che ha contrassegnato il valore pari a 3, il 2,2 che segnato il valore pari a 2, nessun utente ha indicato il valore 1.  Il valore di elevata insoddisfazione 1 non è stato scelto.  Rispetto all'anno precedente si evidenzia un decremento nella valutazione complessiva con punteggi più bassi per i valori 5 e

		<p>4, inoltre sono presenti punteggi per i valori 3 e 2, evidenziando un trend in decremento.</p> <p>Da una prima analisi, la principale motivazione è ascrivibile al largo impiego della metodologia a distanza, meno coinvolgente e soprattutto influenzata da possibili problemi tecnici e di collegamento, verificatisi in più circostanze.</p> <p>Un'influenza importante su questo andamento è attribuibile al percorso formativo dal titolo "Metodo scientifico: dall'idea alla pratica", articolato in 3 corsi (Il metodo scientifico, Approccio alla progettazione, Corso base di statistica), che ha presentato diverse criticità relative alle modalità di reclutamento dei partecipanti e ad alcuni aspetti metodologici.</p> <p>Nello stesso tempo la valutazione nei confronti dei docenti è migliorata rispetto al 2020.</p> <p>Dall'analisi dei numerosi commenti e suggerimenti espressi dai partecipanti e dai tutor in corrispondenza delle domande aperte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si conferma l'apprezzamento dei docenti;</li> <li>- le esercitazioni vengono sempre gradite e se ne richiede un utilizzo più esteso;</li> <li>- i contenuti dei corsi sono risultati di interesse anche se in alcuni casi si</li> </ul>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>suggeriva un'altra modalità di trattazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il ricorso alla formazione a distanza sincrona è risultato comodo per molti partecipanti, ma nello stesso tempo in alcuni casi sono state rilevate delle difficoltà di collegamento.</li> </ul> <p>I partecipanti infine auspicano di poter disporre del materiale didattico completo prima dell'evento, situazione difficilmente ottenibile a causa delle difficoltà temporali dei docenti</p> <p><u>2) I dati relativi ai crediti ECM maturati dal personale sono in corso di misurazione e verifica</u></p>
2	<b>Personale dell'Ufficio FOD</b>	<p>a) Flusso di informazioni all'interno della struttura tempestivo e completo;</p> <p>b) Collaborazione tra i componenti;</p> <p>c) Documentazione elettronica e cartacea ordinata</p> <p>d) Equità nei carichi di lavoro</p> <p>e) Progressioni di carriera</p> <p>f) <u>Condivisione degli obiettivi e delle strategie tra i componenti della struttura formazione</u></p>	<p>a) Migliorato</p> <p>b) soddisfacente</p> <p>c) Miglioramento a seguito di iniziative condivise della modalità di archiviazione ma non tutti e non sempre le seguono</p> <p>d) Il personale lamenta una mancanza equità, <u>malgrado nell'ultimo anno la situazione sia andata migliorando con un monitoraggio più puntuale da parte della dirigenza dei carichi di lavoro di ciascuno</u></p> <p>e) <u>Una persona ha intrapreso un percorso universitario in studi economici-giuridici al fine di poter partecipare a future progressioni;</u></p> <p>f) <u>Gli obiettivi e le strategie dell'Ufficio in termini di qualità delle prestazioni non sono sempre condivise tra i componenti della struttura, con possibili</u></p>

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 13 di 36

			<u>disallineamenti nella qualità dei servizi e criticità relazionali</u>
3	<b>IZSLT – Direzione</b>	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	Sufficientemente soddisfatta
4	<b>Organismo indipendente di valutazione (OIV)</b>	Completezza dei documenti inviati dall'Ufficio FOD all'OIV con rispetto dei tempi previsti	L'Ufficio Formazione in genere rispetta i requisiti di completezza e di puntualità richiesti
5	<b>Ministero della Salute</b>	Attività formativa dei centri di referenza nazionali dell'Istituto	Sinora soddisfatta
6	<b>Regione Lazio.</b> Corsi che forniscano conoscenze e abilità su nuove norme, problematiche sanitarie, ecc.	Eventi commissionati e spesso finanziati con fondi regionali per operatori delle ASL.	<u>L'attuale carenza di referenti istituzionali presso la Regione Lazio costituisce un'incertezza circa il proseguimento della formazione del personale ASL, con possibilità che l'Istituto, con l'ufficio FOD, se ne possa far maggiormente carico.</u>
7	<b>Regione Toscana,</b> anche tramite CERERE (Centro di Riferimento Regionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare)	Richiesta di organizzazione eventi <u>o strumenti di comunicazione</u>	Abbastanza soddisfatta
8	<b>ASL del Lazio e della Toscana.</b>	Eventi formativi su argomenti che forniscano conoscenze e strumenti per	Soddisfatta le poche volte che è stata richiesta  <u>E' stata condotta tra fine dicembre 2020 e gennaio 2021 l'analisi dei fabbisogni rivolta agli operatori</u>

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 14 di 36

		affrontare le problematiche della professione	<u>sanitari delle ASL del Lazio, con la finalità di soddisfare in maniera più puntuale le loro richieste formative.</u>
9	<b>Allevatori e organizzazioni di categoria (mondo allevatorio nel suo complesso) comprese</b>	Iniziative formative e informative	Si suppone che le esigenze inesprese e le opportunità siano superiori a quanto viene svolto
10	<b>Apicoltori, comprese organizzazioni di categoria</b>	Iniziative formative, frequenti	Buona soddisfazione
11	<b>Produttori/distributori/venditori di alimenti</b>	Iniziative formative, rare	Si suppone che le esigenze inesprese e le opportunità siano superiori a quanto viene svolto
12	<b>Libero professionisti, soprattutto veterinari</b>	Iniziative formative non frequenti ma in crescita	Si suppone che le esigenze inesprese e le opportunità siano superiori a quanto realizzato
13	<b>Altri Istituti Zooprofilattici</b>	Collaborazione nella organizzazione di eventi	Sinora soddisfatta
14	<b>Università di Pisa, Dipartimento di Scienze Veterinarie</b>	Progettazione e organizzazione congiunta di eventi	<u>In corso di potenziamento</u>
15	<b>Altre Università e Facoltà (es. Tor Vergata, settore biomedico); Dipartimenti di veterinaria delle Università di Napoli, Pisa, Perugia, Teramo, Camerino</b>	a) Organizzazione congiunta di eventi (non frequente); b) Richiesta tirocini per studenti o specializzandi	a) In genere soddisfatta b) In genere soddisfatta, <u>ma nell'ultimo anno importanti limitazioni dovute all'emergenza sanitaria</u>
16	<b>Tirocinanti universitari (studenti e specializzandi); studenti Erasmus; borsisti "Torno Subito"</b>	a) tempistiche rapide per l'assolvimento delle procedure amministrative; b) tirocinii che consentano	<u>a) aumento significativo delle richieste, con difficoltà a soddisfarle a causa delle limitazioni da pandemia Covid e da limitate disponibilità dei laboratori;</u>

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 15 di 36

		esperienze utili e formative	
17	<b>Ospiti volontari</b>	a) essere ammessi ad effettuare uno stage presso l'Istituto;  b) stage che consentano esperienze utili e formative	a) mediamente soddisfatti;  b) giudizi in genere molto positivi;  c) <u>nell'ultimo anno importanti limitazioni dovute all'emergenza sanitaria da Covid-19</u>
18	<b>Persone con bisogni educativi speciali</b>	Iniziativa formative accessibili rispetto ai bisogni speciali	L'Istituto sta avviando degli interventi finalizzati a migliorare l'accessibilità alle attività formative delle persone con bisogni educativi speciali. <u>Il 29/11/2021 è stato organizzato un incontro con i responsabili delle strutture per illustrare una proposta formativa rivolta a tali destinatari e per raccogliere idee e suggerimenti da proporre per l'attività del 2022 in quest'ambito.</u>
19	<b>Altri Enti di ricerca:</b> 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
20	<b>Ordini, Collegi e Associazioni</b> rappresentative delle professioni sanitarie	Iniziativa formative, specie Ordine veterinari Provincia di Roma	In genere soddisfatta

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 16 di 36

21	<b>Mondo della scuola</b>	Iniziative formative teorico-applicative, specie nell'ambito (percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento ex alternanza scuola - lavoro)	Buona soddisfazione, ma la richiesta è superiore a quanto realizzato.  <u>Nell'ultimo anno sono stati rimodulati proponendoli su piattaforme informatiche, con una resa meno applicativa.</u>
22	<b>Studenti delle scuole</b>	a) Interventi formativi teorici con linguaggio semplice e comprensibile;  b) Esperienze in laboratorio con possibili risvolti lavorativi	a) Riscontro positivo per la maggior parte dei docenti;  b) Non sempre possibili causa spazi limitati nei laboratori. <u>Nel 2020 e 2021 sono state sospese per i problemi sanitari</u>
23	<b>Cittadini/consumatori</b>	Iniziative informativo-formativo e di comunicazione	Margini di implementazione
24	<b>Fornitori (docenti)</b>	Compensi e rimborsi saldati in tempi brevi	Da migliorare nei tempi.
25	<b>Fornitori di altri beni e servizi (piattaforma, applicativi, ecc.)</b>	Saldo delle fatture in tempi brevi	In miglioramento rispetto agli scorsi anni
26	<b>Organi di comunicazione</b>	Essere informati su argomenti sanitari di interesse per il pubblico	In misura limitata. Esigenze superiori
27	<b>Comitato scientifico ECM</b>	Disporre della documentazione da valutare (piani formativi e progetto dei corsi) in tempi utili	Nella maggior parte dei casi l'inoltro dei progetti si verifica almeno una settimana prima della richiesta del parere
28	<b>Sistema ECM; Agenas</b>	Assolvere le procedure come previsto	<u>Adempimenti svolti nei tempi e modalità previste</u>

<b>UOC FORMAZIONE</b>		
<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA' DELLA FORMAZIONE</b>		<b>pag. 17 di 36</b>

29	<b>COGEAPS</b>	Assolvere quanto previsto da parte dei professionisti dell'IZSLT	<u>Migliorato nell'efficienza e nei tempi</u>
30	<b>Ente certificatore</b>	Rispetto requisiti norma ISO 9001 e della ISO 21001	<u>Rapporto positivo di collaborazione e di stimolo al miglioramento</u>
31	<b>Ente accreditore: Accredia</b>	Applicazione dei requisiti della norma ISO 17025 per quel che riguarda la formazione	<u>Abbastanza soddisfatto, soprattutto del sistema di gestione delle competenze, che auspicerebbe fosse esteso al resto dell'Istituto.</u>
32	<b>Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Universitaria di Pisa Sant'Anna (progetti formativi o di valutazione delle prestazioni)</b>	Invio della documentazione e dei dati nei tempi richiesti	Buon grado di soddisfazione e di collaborazione
33	<b>Musei e mostre di natura scientifica per collaborazioni a fini divulgativi</b>	Arricchimento scientifico e di visibilità	<u>Le esperienze sinora maturate hanno portato a risultati più che soddisfacenti. Nel corso del 2021 infatti, il reparto ha dato un'importante contributo di natura scientifica, grafica e di allestimento di un'importante mostra del Comune di Roma sulle api; incremento della produzione in home di prodotti audiovisivi nell'ambito della comunicazione scientifica</u>

Un'analisi più dettagliata delle parti interessate è riportata nel file denominato "Documento dell'analisi dei rischi"

L'analisi di contesto e delle parti interessate viene revisionata in caso di variazioni, ma comunque almeno una volta l'anno.

#### **4. LEADERSHIP E POLITICA DELLA QUALITA' (rif. 5 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)**

#### 4.1. *Impegno della direzione e focalizzazione sul cliente (rif. 5.1. della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

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;
- garantisce l'accessibilità degli spazi e degli ambienti formativi attraverso ausili dedicati alle persone con deficit fisici e tramite la disponibilità di strumenti formativi a distanza (es. piattaforme informatiche per videoconferenze e e-learning);
- si avvale della consulenza di esperti nel caso di discenti con deficit comportamentali e/o cognitivi;
- 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;
- assicura il suo impegno nel perseguire attività a valenza sociale

#### 4.2. *Politica (rif. 5.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

##### 4.2.1 *Stabilire la politica per la qualità (rif. 5.2.1 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

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 come riportato nel campo di applicazione (1. Scopo e campo di applicazione);
- 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;
- assicurare che il sistema sia adeguato agli scopi e al contesto dell'organizzazione;
- a garantire la soddisfazione dei requisiti applicabili;
- considerare costantemente gli sviluppi e gli aggiornamenti negli ambiti della formazione e delle discipline tecniche e scientifiche dei campi di applicazione;
- garantire la tutela della proprietà intellettuale secondo quanto indicato al punto 6.1.4 *Risorse per l'apprendimento* e alla Procedura Gestionale PGFOD006 - Acquisizione dei servizi di formazione, valutazione e qualificazione dei fornitori;
- promuovere l'osservazione e l'applicazione del codice etico della struttura.

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 siano 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 e il loro coinvolgimento attivo permette di porre le rispettive capacità al servizio dell'organizzazione. Viene incentivata la partecipazione attiva, lo sviluppo delle proprie competenze, la proattività, la propositività, la creatività, l'innovazione;
- **Approccio per processi:** l'organizzazione gestisce le proprie attività e risorse come processi inter correlati 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 e delle altre parti interessate. Anche le relazioni con i clienti vengono curate secondo un rapporto di reciproco beneficio.

La politica della qualità si ispira inoltre ai seguenti principi e concetti:

- **Responsabilità sociale:** l'organizzazione svolge attività formativa sulla sicurezza degli alimenti, sulla salute e il benessere animale, con conseguenti impatti per la salute e il benessere delle persone e per il corretto rapporto uomo-animale. Inoltre, ospita gratuitamente sia studenti delle scuole superiori per favorire il contatto con il mondo del lavoro, sia studenti e specializzandi dell'Università per tirocini;
- **Accessibilità ed equità:** l'organizzazione si propone di rendere accessibili tutti i servizi formativi secondo principi di trasparenza e equità;

- **Etica:** l'onestà, la trasparenza, l'equità e la professionalità sono valori delle persone della struttura; l'organizzazione fa riferimento ai valori riportati e condivisi nel Codice Etico dell'organizzazione stessa;
- **Protezione e sicurezza dei dati:** i dati personali dei discenti e dei docenti e delle altre parti interessate sono custoditi con riservatezza in formato elettronico o cartaceo e sono accessibili unicamente allo staff dell'organizzazione, che li tratta secondo quanto previsto dalla normativa vigente.  
Lo stesso trattamento viene seguito per gli elaborati dei discenti e le prove di apprendimento compilate

Inoltre, l'organizzazione si impegna a salvaguardare il materiale documentale originale fornito dai docenti o altre parti interessate e a non divulgarlo a terzi senza specifica autorizzazione

- La Direzione promuove e favorisce **l'innovazione** nelle diverse aree del processo formativo: contenuti, tipologie e metodi didattici.

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 ed inoltre è resa disponibile alle parti interessate nel sito istituzionale.

## **5. L'ORGANIZZAZIONE E I PROCESSI (rif. 4.4 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)**

### *5.1. Organizzazione e organigramma*

L'Ufficio Formazione (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, il documento di valutazione dei rischi (VDR) e i profili di competenza della struttura FOD

### *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 viene utilizzata nel "Documento dell'analisi dei rischi".

Il "Documento dell'analisi dei rischi" è articolato nelle seguenti sezioni:

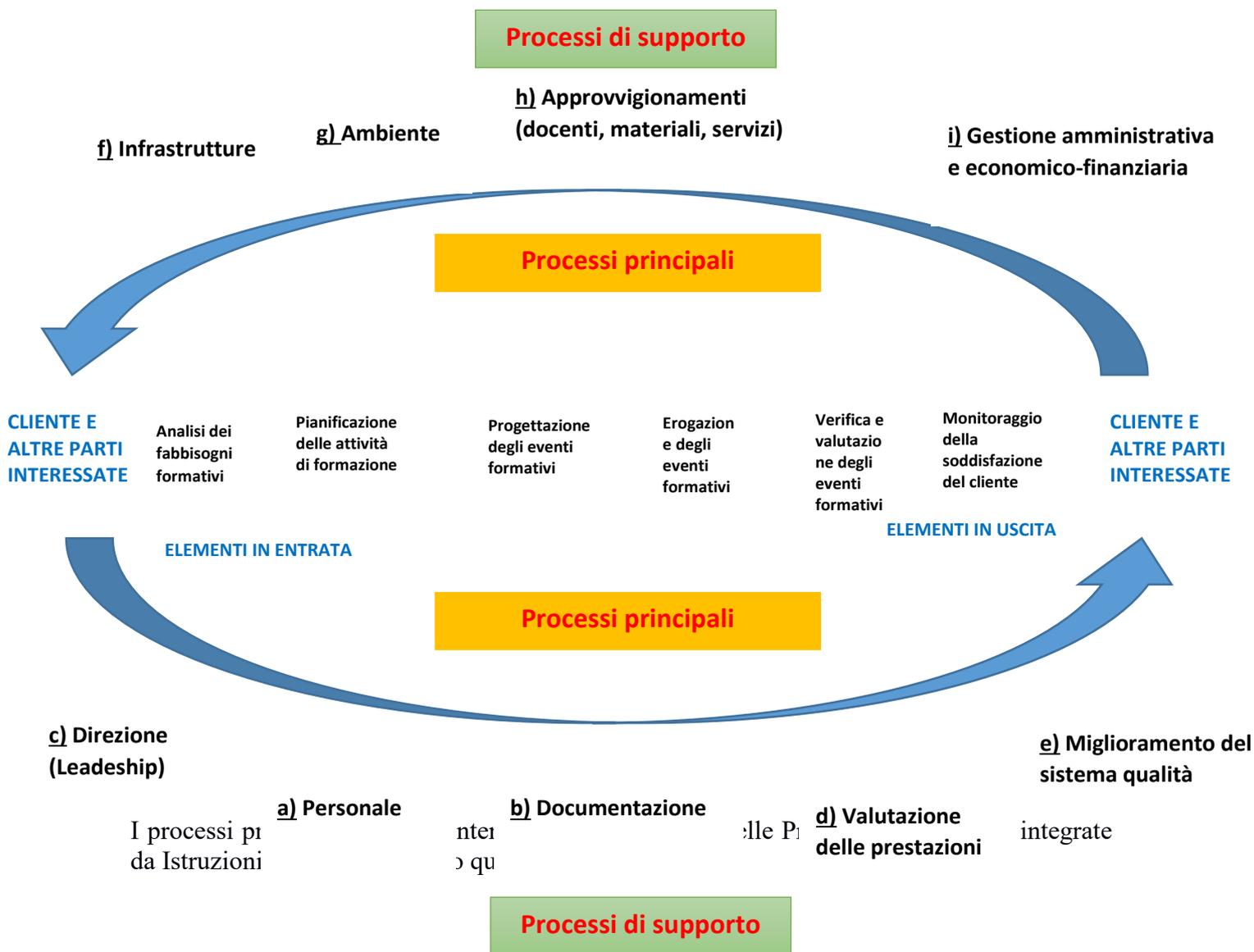
- **contesto interno:** per ogni elemento si riporta il riferimento alla norma ISO 9001:2015, i punti di debolezza, il rischio, la probabilità, l'impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate, le opportunità;
- **contesto esterno:** per ogni 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.
- **trasparenza e anticorruzione:** si specifica il processo, l'attività, il rischio di ridotta o mancata trasparenza, o di corruzione, la probabilità, l'impatto, le azioni per mitigare il rischio, il rischio residuo, i processi coinvolti, le parti interessate e le opportunità;

### 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



Processi principali	Capitoli ISO 9001:2015 e ISO 21001:2019	Documentazione: Procedure e Istruzioni di lavoro	Processi di supporto	Capitoli ISO 9001:2015 e ISO 21001:2019	Capitoli del Documento di pianificazione del sistema di gestione della qualità della formazione
Analisi dei fabbisogni formativi	7.4 e 8.2	PG FOD 003 – Pianificazione della formazione	a) Persone b) Documentazione	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4

**UOC FORMAZIONE**

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

pag. 24 di 36

				b) 7,5	
Pianificazione della formazione	8.3 e 8.5.1	PG FOD 003	a) Persone b) Documentazione c) Direzione d) Valutazione delle prestazioni e) Miglioramento i) Gestione amministrativa ed economico finanziaria	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4; b) 7,5; c) 4, 5, 6, 9.3; d) 9; e) 10 i) 4;	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	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4; b) 7,5; 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) DPSQ 8
Monitoraggio della soddisfazione del cliente	9	PG FOD 003, PG FOD 005	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;	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4; d) DPSQ 7; e) DPSQ 8

<b>UOC FORMAZIONE</b>	
<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA' DELLA FORMAZIONE</b>	<b>pag. 25 di 36</b>

				e) 10	
Comunicazione	7	PG FOD 004, PG FOD 005, PG FOD 007	a) Persone b) Documentazione e) Miglioramento	a) 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4; b) 7.5; e) 10	a) DPSQ 6.1; b) DPSQ 6.4; e) DPSQ 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. Nel corso del 2021, è stato integrato anche al rischio corruttivo o di mancanza di trasparenza, divenendo pertanto la fotografia di un sistema integrato.

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 “Funzionigramma”.

## **6. RISORSE (rif. 7.1 della ISO 9001:2015 e rif. 7.1 della ISO 21001:2019)**

L’organizzazione stabilisce a cadenza annuale il fabbisogno di risorse umane, economiche, ambientali, di attrezzature e strumenti

### *6.1. Persone (rif. 7.1.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

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 le relative responsabilità e attività sono riportate nel Funzionigramma 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:

- 1) Progettista di eventi formativi in presenza;
- 2) Progettista di eventi di formazione in fad sincrona;
- 3) Progettista di contenuti della fad;
- 4) Tutor d’aula;
- 5) Tutor di eventi formativi in remoto sincroni;
- 6) Componente della segreteria organizzativa;

- 7) Assistente tecnico d'aula;
- 8) Assistente tecnico di eventi in fad sincrona;
- 8) Responsabile organizzativo;
- 9) Referente della formazione;
- 10) Referente della Qualità;
- 11) Responsabile organizzativo degli eventi

come descritti nel “Elenco dei profili di competenza”.

Per ciascuno di essi viene riportata la descrizione complessiva, i requisiti, le conoscenze, le abilità e i comportamenti necessari alla sua effettuazione; vengono inoltre specificati 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 ciascuna 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, necessità di gestione del sistema qualità e sviluppo professionale.

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 e della ISO 21001:2019)*

La Direzione dell'Ufficio considera le persone di FOD come 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 scaturisce 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; sito istituzionale
Realizzazione di nuovi progetti	Rete intranet, biblioteche, newsletter, ecc
Periodiche riunioni di struttura	Seminari, corsi, workshop, convegni
Esperienze e lezioni acquisite da successi e insuccessi	

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 Risorse per l'apprendimento (rif. 7.4 della ISO 21001:2019)*

Le risorse per l'apprendimento sono costituite dai materiali didattici e di approfondimento fornito da i docenti e dai formatori; dai periodici, monografie, riviste in formato elettronico e cartaceo, banche dati, rapporti, dispense (letteratura grigia), filmati, DVD, CD, ecc. Viene rispettata la proprietà intellettuale custodendo la documentazione dei docenti in maniera riservata e rendendola disponibile previa formale autorizzazione del docente stesso. Il materiale divulgabile è messo a disposizione della comunità scientifica tramite il sito istituzionale, la newsletter periodica e il Portale della Formazione.

#### *6.1.5 Consapevolezza (rif. 7.3 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

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.

#### *6.1.6 Scopi della comunicazione (rif. 7.4.2 della ISO 21001:2019)*

Gli scopi della comunicazione interna e esterna sono:

- conoscere l'opinione delle parti interessate;
- trasmettere informazioni alle parti interessate;
- collaborare e coordinare attività e processi tra le parti interessate e l'organizzazione.

#### *6.1.6.1 Comunicazione interna (rif. 7.4 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

La comunicazione interna, rivolta alle persone della struttura FOD; 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, in presenza e a distanza, circa l'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;
- cloud riservato all'Ufficio FOD;
- gruppi di lavoro su specifiche attività/progetti, che riportano lo stato di avanzamento dei lavori agli altri componenti della struttura;
- mail per brevi comunicazioni;
- colloqui di verifica e di valutazione.

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 dall'IZSLT in cui FOD opera, cambiamenti dei contesti interno o esterno, nuove committenze o incarichi alla struttura, report di eventi formativi frequentati, argomenti, strumenti e metodologie nuove, ecc.

Chi comunica: il responsabile della struttura è la prima persona impegnata nei processi di comunicazione verso i portatori di interessi interni ed esterni riguardanti tutti gli ambiti di attività; 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 e c l'Ufficio Qualità; ciascuno informa gli altri su aspetti delle proprie attività di interesse comune; nell'ambito delle loro attività i componenti dello staff comunicano con portatori di interesse interni ed esterni, con un buon margine di autonomia.

I destinatari della comunicazione cambiano a seconda dell'oggetto della comunicazione, garantendo a tutti gli interessati la sufficiente e corretta informazione.

#### 6.1.6.2 Comunicazione esterna (rif. 7.4 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)

La comunicazione esterna è rivolta al personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana e alle altre parti interessate (punto 3.0 di questo documento). Questi i canali più utilizzati: sito istituzionale, con parti specifiche per la formazione; newsletter; social media; Portale della formazione; Bollettino legislativo; newsletter; materiale divulgativo; indagini di clima organizzativo; indagini di fabbisogni formativi; indagini di customer satisfaction; incontri in presenza; focus group; attività formative; videoconferenze; comunicazione tramite i media.

Alcuni dei mezzi comunicativi sopra elencati vengono usati per tutti gli stakeholders, altri solo per alcuni, ad esempio al personale dell'IZSLT è stata dedicato uno spazio sul sito istituzionale, nell'area privata, nel menù "formazione interna" dove sono raccolte tutte le novità riguardanti l'ECM.

#### 6.1.6.3 Attività di monitoraggio e implementazione della Comunicazione (rif. 7.4.3.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)

La Struttura Formazione tiene sotto controllo le attività di comunicazione previste, tramite un monitoraggio trimestrale basato su tre indicatori:

1. L'esecuzione annuale della indagine di Customer Satisfaction;
2. Il numero delle riunioni mensili di reparto con una soglia minima ~~di due al mese~~;
3. Aggiornamento del Portale della Formazione rispetto allo stato degli eventi (aperti, conclusi) al fine di fornire all'utenza una informazione puntuale (livello di accettabilità 90%);
4. Aggiornamento della parte del sito dedicata alla formazione in riferimento al Piano formativo annuale e al documento "Politica della Qualità".

In caso di scostamenti rispetto a quanto previsto nel monitoraggio, si approfondiscono le cause e si effettuano degli interventi correttivi e di miglioramento. Viene garantita la tracciabilità delle informazioni raccolte e degli interventi effettuati tramite archiviazione elettronica e cartacea.

#### 6.2. Infrastrutture (rif. 7.1.3 ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)

I locali a disposizione della struttura sono riportati nella planimetria.

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.

Le operazioni di disinfezione e sanificazione dei locali in funzione del rischio da Covid sono riportate nella IL SPP 004.

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 ogni 2 mesi tramite sistematico backup come da PG QUA 005 - Gestione dei documenti del sistema qualità e dall'IL FOD 005. I documenti vengono raccolti in una cartella condivisa accessibile a tutti i componenti della struttura e ogni due mesi viene effettuato un back up in un disco esterno. L'archiviazione dei documenti cartacei e informatici tiene conto della IL FOD005.

L'organizzazione si avvale di metodologie e tecnologie dell'informazione e comunicazione attraverso il sito web istituzionale [www.izslt.it](http://www.izslt.it) che viene descritto nella PGFOD007.

La gestione degli eventi formativi si avvale del "Portale della formazione", un applicativo, raggiungibile al <http://formazione.izslt.it/>, che gestisce l'iscrizione e la rendicontazione degli eventi, le comunicazioni con gli iscritti, l'elaborazione degli attestati, che vengono resi disponibili agli utenti in una specifica sezione dell'applicativo stesso.

Per l'effettuazione delle videoconferenze si hanno in dotazione due piattaforme: Vidy e Cisco Webex

Complessivamente sono in dotazione i seguenti applicativi e strumenti:

Il Portale della formazione;

La piattaforma Cisco Webex;

La piattaforma Vidy;

Applicativi di Google (Classroom, Meet, moduli);

Sito Istituzionale [www.izslt.it](http://www.izslt.it)

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 e 7.1.5 della ISO 21001:2019)*

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 evento 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.

I rischi e i punti critici relativi a questi ambiti sono riportati nel “Documento analisi dei rischi”.

#### *6.4 Risorse per il monitoraggio e la misurazione (rif. 7.1.5 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)*

L’organizzazione verifica la conformità dei servizi e degli eventi erogati, attraverso un sistema di monitoraggio semestrale dei processi. Il personale incaricato FOD ha a disposizione le risorse informatiche e documentali per l’elaborazione del monitoraggio. Questo viene eseguito tenendo conto degli indicatori per la misurazione, i livelli di riferimento scelti e nel rispetto dei tempi stabiliti per i controlli dei processi.

#### *6.5 Documentazione (rif. 7.5 ISO 9001:2015 e 7.5 della ISO 21001:2019)*

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**
- **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 *Acquisizione dei servizi di formazione, valutazione e qualificazione dei fornitori*
  - PGFOD 007 *Gestione dei contenuti del Portale internet dell’istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M.Aleandri*
  - PGFOD 008 *Acquisizione di materiale documentario*
  - PG CON 001 *Formulazione di proposte di budget e di obiettivi programmatici, negoziazione, sottoscrizione del documento di budget, rinegoziazione e reportistica periodica*
  - PG PRO 001: *Acquisti materiale di consumo*
  - PG PRO 005: *Gestione del magazzino*
  - PG QUA 005: *Gestione dei documenti*
  - PG QUA 006: *Gestione dei rilievi*
  - PG QUA 007: *Verifiche ispettive interne (audit)*
  - PG QUA 009: *Ascolto del cliente*
  - PG QUA 010: *Linee guida per la gestione del rischio e delle opportunità*
  - PG QUA 020: *Soddisfazione del cliente*

- **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*
  - IL SPP 004 *Gestione Emergenza SARS-CoV-2 (COVID 19).*

**Documenti di registrazione:** moduli/registri e ogni altra 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;
- **Documento buone prassi:** descrive le attività non più considerate un rischio per la struttura, ma che vengono tenute sotto controllo intraprendendo azioni/buone prassi;
- **Legenda del rischio:** classificazione del rischio, utilizzata nella compilazione del documento di analisi del rischio;
- **Monitoraggio dei processi e della comunicazione.** Documento utilizzato per la tenuta sotto controllo dei processi;
- **Elenco dei profili di competenza;**
- **Organigramma;**
- **Funzionigramma**
- **Attestazione di conoscenza e responsabilità;**
- **Scheda anagrafica dei luoghi;**
- **Planimetria;**
- **Documento di valutazione dei rischi (VDR);**
- **Altri moduli allegati alle procedure gestionali;**
- **Manuali delle piattaforme informatiche in dotazione a FOD;**
- **Codice etico.**

Documenti di origine esterna:

- Leggi, decreti e regolamenti applicabili;
- Determine e delibere dell'Istituto;
- 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 da parte di personale incaricato dell'Ufficio Formazione che ne cura la raccolta e l'informazione all'interno dell'ufficio e, se opportuna verso l'utenza esterna.

#### 6.6. *Approvvigionamenti (rif. 8.4 ISO 9001:2015 ISO 21001:2019)*

Le modalità per l'acquisizione, la valutazione e la qualificazione dei fornitori di corsi completi e dei 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.

#### 6.7. *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 quanto previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'IZSLT.

Questo documento prevede l'effettuazione della mappatura dei processi anche di FOD sotto il profilo dei rischi di corruzione e di non trasparenza e i relativi interventi di misurazione e riduzione degli stessi.

### 7. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (rif. 9 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)

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 e della ISO 21001:2019)*

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 di Customer Satisfaction rivolta al personale dell'IZSLT;

- Report semestrale dei commenti dei tutor e dei partecipanti agli eventi, che vengono raccolti ed elaborati rappresentando un'analisi qualitativa dei servizi erogati;
- Reclami.

La soddisfazione del personale della struttura viene rilevata con delle indagini a cadenza biennale.

#### *7.1.2 Altre misure e monitoraggi necessari (9.1.3 ISO e ISO 21001:2019)*

I feed back relativi ai prodotti e ai servizi formativi e alla influenza della struttura FOD sull'IZSLT, derivano dall'indagine di customer satisfaction, dall'analisi dei commenti e osservazioni espresse dai partecipanti ai corsi e dal tutor e dai reclami.

I feed back sul raggiungimento degli obiettivi di apprendimento da parte dei discenti proviene dai risultati delle prove di apprendimento e dalla verifica a distanza, quando prevista.

#### *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 correttive 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.

### 7.2.1 Parti interessate dalla valutazione

Le parti interessate dalla valutazione sono i discenti, i docenti, il responsabile scientifico dell'evento, il tutor, lo staff e il responsabile di struttura, come di seguito:

- i discenti sono valutati dai docenti e/o dal responsabile scientifico dell'evento (PG FOD 006);
- i docenti ricevono una valutazione da parte dei discenti e del tutor;
- lo staff e il tutor sono valutati dai discenti;
- lo staff è valutato dal responsabile della struttura a cadenza periodica.
- Il responsabile di struttura viene valutato dallo staff tramite periodiche indagini e dalla direzione aziendale annualmente.

### 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. 9.2 della ISO 9001:2015 e della ISO 21001:2019)

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, del personale e delle altre parti interessate;
- j) reclami;
- k) efficacia di ogni miglioramento attuato;
- l) adeguatezza delle risorse;
- m) risultati della identificazione e della gestione dei rischi;
- n) esiti delle attività di assicurazione della validità dei risultati;
- o) performance dei fornitori esterni (docenti)
- p) risultati dei processi di apprendimento;
- q) feed back dello staff circa le attività per migliorare le loro competenze;
- r) opportunità per il miglioramento continuo;
- s) 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 e dei suoi processi;
- b) opportunità di miglioramento;
- 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 e della ISO 21001:2019)**

### *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 per l’efficienza, l’appropriatezza e l’efficacia del SGQ e la 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 propositivi, 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.