



**MANUALE DELLE PROCEDURE  
DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ**

**Copertina**

Pagine 33

Rev. 01

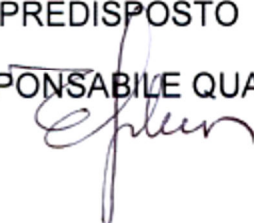
**Scuola Interforze per la Difesa NBC**  
**Piazza Marconi, 7**  
**02100 – Rieti**

***Manuale delle Procedure***


Copia Controllata N° 3

Copia Soggetta ad Aggiornamento

REV.	Data	Causale
00	06/03/2014	Emissione

PREDISPOSTO  
RESPONSABILE QUALITÀ  


VERIFICATO E APPROVATO  
IL COMANDANTE  


	<b>MANUALE DELLE PROCEDURE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ</b>	Procedure
		Revisione
		Pagina 1 di 5

## PROCEDURE

PQ 01 - Gestione dei documenti di origine interna ed esterna

PQ 02 - Gestione delle comunicazioni interne ed esterne

PQ 03 - Riesame da parte del Comando


PQ 04 - Piano dell'offerta formativa

PQ 05 - Verifiche Ispettive Interne

PQ 06 - Gestione delle Non Conformità

PQ 07 - Gestione delle Azioni Correttive


PQ 08 - Gestione delle Azioni Preventive

	<p>Documento di procedura Processo: Gestione dei documenti di origine interna ed esterna</p>	Procedura n. 1
		Revisione
		Pagina 1 di 5

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

#### INDICE:

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e Abbreviazioni
9. Documenti di riferimento

	<p>Documento di procedura Processo: Gestione dei documenti di origine interna ed esterna</p>	Procedura n. 1
		Revisione
		Pagina 2 di 5

## 1. SCOPO


Lo scopo di questa procedura è descrivere le modalità operative utilizzate per tenere sotto controllo i documenti e i dati relativi al Sistema di Qualità, al fine di assicurare che siano disponibili, sempre aggiornati secondo i seguenti requisiti:

- Corretta emissione
- Unicità
- Identificabilità
- Reperibilità
- Rintracciabilità
- Riproducibilità
- Leggibilità
- Chiarezza del contenuto
- Correlabilità con i servizi e/o le attività a cui si riferisce
- Corretta archiviazione
- Corretta modifica e/o aggiornamento
- Modalità di eliminazione delle copie obsolete

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alla gestione dei documenti che hanno attinenza al Sistema Qualità. La documentazione comprende:

- documenti prescrittivi del SGQ;
  - Manuale Qualità (MQ) con descrizione dei processi definiti dall'Istituto e relativi allegati,
  - procedure organizzative e funzionali riferite alle attività relative a un processo,
  - descrizione delle attività in termini tecnico-operativi (Regolamento d'Istituto, Documento Programmatico sulla Sicurezza)
  - modelli da compilare (scheda corsista, test di valutazione inizio e fine corso, feed-back del corso)
  - check-list in cui si registrano le attività programmate e svolte (prospetto orario di lezione settimanale, registri di classe)
  - documenti contenenti dati e informazioni (PdS, verbali riunioni)
  - direttive, circolari e standard di origine esterna utilizzati come riferimento per lo svolgimento delle attività;


	<p>Documento di procedura Processo: Gestione dei documenti di origine interna ed esterna</p>	Procedura n. 1
		Revisione
		Pagina 3 di 5

- documenti di registrazione delle Qualità che attestano il raggiungimento della Qualità richiesta e l'effettiva applicazione del Sistema Qualità, fornendone evidenza oggettiva:
  - Riesame delle Qualità,
  - Riesame dei requisiti del servizio,
  - Gestione delle risorse,
  - Pianificazione e gestione dei processi/corsi/addestramento,
  - Controllo dei processi/corsi/addestramento,
  - Trattamento delle Non Conformità (NC) e Azioni Correttive (AC) e preventive (AP),
  - Verifiche ispettive interne.

### 3. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità nella gestione dei documenti sono definite al capitolo 4 del Manuale Qualità.

Cosa	Verifica e approvazione documenti
Chi	il CTE
Come	accertandone l'adeguatezza, la correttezza e la congruenza con i dati, i requisiti di riferimento e con le finalità
Quando	prima dell'emissione
Con quali risorse	con la collaborazione del personale addetto alla gestione della documentazione, in particolare con il RAQ
Cosa	<b>distribuzione dei documenti anche in formato elettronico sulle reti informatiche interne e/o sul sito web dell'Istituto</b>
Chi	personale dell'Ufficio ASEN
Come	in modo controllato
Quando	su richiesta del CTE o suo delegato e del RAQ
Con quali risorse	rete interna e con il responsabile del sito web dell'Istituto
Cosa	<b>registrazione, revisione modulistica e controllo archiviazione dei documenti</b>
Chi	il RAQ
Come	su apposita matrice dei documenti cartacea e digitale
Quando	quando necessario
Con quali risorse	personale dell'Ufficio ASEN e rete interna

	Documento di procedura Processo: Gestione dei documenti di origine interna ed esterna	Procedura n. 1
		Revisione
		Pagina 4 di 5

#### 4. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Tutti i documenti sono protocollati su registro dedicato dal RAQ, indicando:

- la tipologia del documento e il numero progressivo di identificazione,
- la data di emissione e di revisione,
- la firma di chi lo ha redatto e di chi lo ha approvato.

Il RAQ conserva una copia di tutti i documenti del SGQ e mantiene aggiornato lo stato di revisione di ogni documento.

Vengono inoltre osservate le seguenti prescrizioni:

- per i documenti elaborati al computer deve esistere almeno una copia cartacea,
- è necessario predisporre un **elenco distribuzione** del documento originale e dei successivi aggiornamenti,
- i documenti superati vanno ritirati.

I documenti di origine esterna, quando necessario sono comunque citati all'interno delle procedure di riferimento.

Tutta la corrispondenza cartacea (posta e fax) proveniente dall'esterno è gestita dal nucleo posta ed è conservata nell'archivio del protocollo.

Nella tabella sono indicate responsabilità e modalità di gestione nelle diverse fasi:


Tipo di posta	Ritiro	Apertura	Registrazione	Vaglia	Distribuzione	Conservazione
Cartacea	quotidiano	Nucleo posta	Protocollo	CTE	CTE RAQ	Protocollo
Elettronica	quotidiano	Ricevente	Protocollo	CTE	CTE RAQ	Protocollo (copia)
Fax	all'occasione	Nucleo posta	Protocollo	CTE	CTE RAQ	Protocollo
A mano	all'occasione	Ricevente	Protocollo	CTE	CTE RAQ	Protocollo

#### 5. INDICATORI DI PROCESSO

- % di rintracciabilità dei documenti,
- % di richieste evase nei tempi stabiliti,
- numero di NC dovute a utilizzo improprio della documentazione.

#### 6. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9004:2000.
- MQ - Cap. 4 Para 4.2 "Gestione dei documenti di origine interna ed esterna",

	<p>Documento di procedura          Processo:          Gestione dei documenti di          origine interna ed esterna</p>	Procedura n. 1
		Revisione
		Pagina 5 di 5

## 7. ARCHIVIAZIONE

Tale procedura viene conservata dal RAQ, che è anche responsabile della sua distribuzione. Il tempo di conservazione minimo di tutti i documenti è di tre anni. I documenti interni devono essere trasmessi al RAQ che li archivia per il tempo stabilito.


## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Norme UNI EN ISO 9004:2000

MQ - Cap. 3

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Diagramma di flusso che descrive sinteticamente il processo di elaborazione ed emissione dei documenti.


	<p>Documento di procedura Processo: Gestione comunicazioni interne ed esterne</p>	Procedura n. 2
		Revisione
		Pagina 1 di 4

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e Abbreviazioni
9. Documenti di riferimento



	<p align="center">Documento di procedura Processo: Gestione comunicazioni interne ed esterne</p>	Procedura n. 2
		Revisione
		Pagina 2 di 4

### 1. SCOPO

Lo scopo della procedura è aggiornare il personale docente e tutti gli utenti in merito alle attività da svolgere.


### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti i canali e gli strumenti di comunicazione che la Scuola attiva nella propria organizzazione:

- Piano degli Studi,
- Avvisi affissi in bacheca,
- Albo della Qualità,
- Sito web,
- Corsi on-line,
- Riunioni.

### 3. RESPONSABILITÀ

CHI FA	COSA
<b>CTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prende visione delle comunicazioni comprese quelle in rete</li> <li>- approva e firma i documenti</li> <li>- sceglie il livello di pubblicizzazione dei documenti</li> <li>- sceglie i destinatari</li> <li>- verifica l'effettiva realizzazione delle consegne date nelle comunicazioni attraverso il raggiungimento degli obiettivi prefissati</li> </ul>
<b>CR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provvede alla divulgazione del documento ai suoi sottoposti</li> </ul>
<b>RAQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coadiuva il CTE nell'organizzazione dei lavori</li> <li>- annota su registro dedicato le comunicazioni</li> <li>- prende visione delle comunicazioni esistenti in rete</li> </ul>
<b>Nucleo POSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protocolla i documenti in entrata, li pone in visione al CTE, li inserisce sul protocollo informatico</li> <li>- protocolla i documenti in uscita</li> </ul>
<b>Nucleo corsi a distanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestisce la comunicazione con gli studenti relativamente ai corsi on-line propedeutici a quelli residenziali</li> </ul>
<b>Docenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supportano i frequentatori durante i corsi a distanza</li> </ul>

	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Gestione comunicazioni interne ed esterne</p>	Procedura n. 2
		Revisione
		Pagina 3 di 4

#### 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Quotidianamente viene controllata la posta inviata all'indirizzo e-mail della Scuola e un addetto al nucleo posta, ritira all'ufficio postale la corrispondenza indirizzata alla Scuola. Tutte le informazioni, in entrata, passano al vaglio del CTE o, su sua indicazione, dei suoi collaboratori. Il nucleo posta digitalizza e protocolla le comunicazioni e provvede a diffonderle tramite apposito software sulla rete interna (PROMIL).

##### **Comunicazione interna**

Le informazioni vengono trasmesse per lo più attraverso la rete interna (PROMIL e posta elettronica interna). Ogni comunicazione relativa alla didattica è predisposta a seconda dell'argomento dal CTE o dal responsabile della trattazione. Questa modalità di comunicazione risulta efficace per diffondere in maniera capillare e continua le informazioni.

##### **Comunicazione qualità**

I documenti strategici del SGQ sono affissi all'albo della qualità.

In questa bacheca, posta nel corridoio al 1<sup>a</sup> piano della Palazzina Bronzetti (corridoio aule), sono affissi:

- il documento di Politica della Qualità (PdQ),
- i documenti prescrittivi del SGQ,
- il programma di Audit annuale,
- il Riesame del Comando.


Il Riesame annuale del Comando deve essere visto come un momento istituzionalizzato di comunicazione del SGQ. Il RAQ sintetizza le risultanze al corpo insegnanti in un incontro successivo al Riesame. La registrazione è rintracciabile nei documenti del RAQ.

##### **Comunicazione esterna**

Le comunicazioni ufficiali in uscita, sono registrate al protocollo della Scuola secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

L'intero processo della comunicazione da e verso l'esterno è oggetto di monitoraggio in itinere e di valutazione di efficacia almeno semestrale da parte del RAQ che terrà conto del numero di ritardi nell'attuazione degli scambi e del numero di reclami presentati.

**I risultati della valutazione costituiranno input per il Riesame della Comando.**

	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Gestione comunicazioni interne ed esterne</p>	Procedura n. 2
		Revisione
		Pagina 4 di 4

## 5. INDICATORI DI PROCESSI

- Rispetto dei tempi stabiliti per la consegna della comunicazione,
- N° di incompletezze ed errori nelle informazioni trasmesse,
- N° di reclami.

## 6. RIFERIMENTI

- Riferimenti alla norma UNI EN ISO 9004:2000 e norme cogenti.
- La presente procedura è parte integrante del MP.
- La presente procedura si riferisce ai Cap. 5, 6, 7 del MQ.

## 7. ARCHIVIAZIONI


La documentazione è archiviata negli Uffici del nucleo posta.

La documentazione del processo di comunicazione è a cura del RAQ.

## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO


- Atto Dispositivo n.1 (documento interno)
- Atto Dispositivo n.2 (documento interno)
- Regolamento d'Istituto (documento interno)

	<p>Documento di procedura Processo: Riesame del Comando</p>	Procedura n. 3
		Revisione
		Pagina 1 di 4

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e Abbreviazioni
9. Allegati

	<p align="center">Documento di procedura Processo: Riesame del Comando</p>	Procedura n. 3
		Revisione
		Pagina 2 di 4

### 1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è di riesaminare periodicamente, da parte del Comando, l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE


La procedura si applica a tutto il SGQ e alle relative attività.

### 3. RESPONSABILITÀ

L'attuazione e il controllo è di diretta competenza del CTE, coadiuvato dal RAQ, dal GdM, dallo Staff di Direzione, dal DSGA, con i quali collaborano tutti gli organi scolastici coinvolti per le operazioni di loro competenza.

COSA	<b>Convocazione riunione per il riesame del SGQ</b>
CHI	il CTE
COME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- con un avviso di convocazione tramite mail interna, predisponendo un OdG per il Riesame (data, luogo, partecipanti, contenuti e programmi)</li> <li>- presiede la riunione di Riesame</li> <li>- nomina il segretario di riunione (di norma il RAQ)</li> <li>- decide i tempi e le responsabilità per l'implementazione di eventuali raccomandazioni o di AC e AP da apportare, se necessario, al SGQ, nonché azioni di miglioramento</li> <li>- approva il verbale di Riesame</li> </ul>
QUANDO	alla fine di aprile prima di approntare il PdS dell'anno successivo e quando ritenuto necessario
CON QUALI RISORSE	con la collaborazione del RAQ, CR, CUC, CUD, CSA

COSA	<b>Partecipazione riunione per il Riesame del SGQ</b>
CHI	il RAQ
COME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- predispone il materiale necessario per lo svolgimento del Riesame (rapporti di verifica e di autovalutazione, risultati di <i>Customer Satisfaction</i> e quant'altro ritiene importante)</li> <li>- relaziona sull'andamento del SGQ in riferimento agli obiettivi prefissati</li> <li>- redige un verbale dell'incontro con l'illustrazione degli obiettivi definiti, gli impegni presi per conseguirli, ed eventuali azioni di miglioramento da avviare, citando per ogni obiettivo: responsabili, tempi, azioni necessarie e risultati attesi</li> </ul>
QUANDO	quando lo richiede il CTE per la seduta del Riesame
CON QUALI RISORSE	con la collaborazione del CR, CUC, CUD, CSA, docenti

	Documento di procedura Processo: Riesame del Comando	Procedura n. 3
		Revisione
		Pagina 3 di 4

COSA	<b>Partecipazione riunione per il Riesame del SGQ</b>
CHI	il CR e il suo STAFF (CUC, CUD ...)
COME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- segnalano problemi</li> <li>- propongono miglioramenti</li> <li>- individuano punti di forza e di debolezza</li> </ul>
QUANDO	quando lo richiede il CTE per la seduta del Riesame
CON QUALI RISORSE	con la collaborazione del CTE, RAQ, CSA, docenti

COSA	partecipazione riunione per il Riesame del SGQ
CHI	il CSA
COME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- andamento approvvigionamenti beni e servizi</li> <li>- andamento gestione materiali</li> </ul>
QUANDO	quando lo richiede il CTE per la seduta del Riesame
CON QUALI RISORSE	con la collaborazione del CTE, RAQ, CR, CUC, CUD, docenti


#### 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Dalle riunioni scaturiscono elementi che permettono al CTE di verificare la validità e l'idoneità della PdQ e degli Obiettivi, nonché, di decidere in merito a:

- miglioramento dell'efficacia del SGQ e dei suoi processi,
- miglioramento dei servizi in relazioni ai requisiti dell'utente,
- necessità di risorse.

#### 5. INDICATORI DI PROCESSO

COSA	CON QUALE PARAMETRO
Sviluppo del sistema	N° degli studenti
Efficienza del sistema	N° obiettivi annuali di qualità raggiunti N° obiettivi di qualità previsti x 100
Operatività	N° corsi di formazione attivati per il personale docente
Partecipazione del personale	N° personale docente partecipante ai corsi di formazione x 100
Soddisfazione del personale	N° reclami ricevuti
Efficienza sistema	N° risposte reclami/N° reclami ricevuti x 100
Partecipazione del personale	N° dei giorni di assenza del personale/N° giorni di servizio x 100

	<p>Documento di procedura Processo: Riesame del Comando</p>	Procedura n. 3
		Revisione
		Pagina 4 di 4

## 6. RIFERIMENTI

Norme UNI EN ISO 9004:2000,  
MQ – Cap. 5 – 7.


## 7. ARCHIVIAZIONE

Tutta la procedura è archiviata nella Sez. Studi e Lezioni Apprese dell'Ufficio ASEN a cura del Responsabile che ne cura la distribuzione e l'aggiornamento.

## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

## 9. ALLEGATI

Verbale di riunione


	<p>Documento di procedura Processo: Piano dell'offerta formativa</p>	Procedura n. 4
		Revisione
		Pagina 1 di 4

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

#### INDICE:

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e Abbreviazioni
9. Documenti di riferimento



	<b>Documento di procedura</b> <b>Processo:</b> <b>Piano degli Studi</b> <b>(Piano dell'Offerta Formativa)</b>	Procedura n. 4
		Revisione
		Pagina 2 di 4

### 1. SCOPO

Pianificazione e razionalizzazione delle modalità operative finalizzate alla “stesura e alla realizzazione del Piano degli Studi (PdS)” ovvero Piano dell'Offerta Formativa, allo scopo di:

- garantire efficacia ed efficienza a tutte le iniziative didattiche da realizzare nel corso dell'anno,
- definire le linee guida alle quali attenersi per il regolare svolgimento delle attività.


### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al funzionamento dell'intero servizio d'Istituto:

- organizzazione,
- progettazione dell'attività formativa/addestrativa,
- ampliamento dell'offerta formativa specialistica,
- valutazione,
- formazione.

### 3. RESPONSABILITÀ

<b>CTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– esercita azioni organizzative e di coordinamento</li> <li>– recepisce da indagini conoscitive e da quanto prospettato dagli Utenti Istituzionali le esigenze riferite all'ampliamento dell'offerta formativa</li> <li>– rappresenta e dispone con il CR i risultati per l'adeguamento (inizio aprile precedente)</li> <li>– invia il PdS allo SMD per l'approvazione</li> </ul>
<b>CR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– collabora con il CTE per l'adeguamento dell'offerta formativa/addestrativa</li> <li>– convoca lo staff e distribuisce incarichi definendo finalità, obiettivi, metodi e tempi per la pianificazione del PdS. (da completarsi entro maggio precedente)</li> <li>– pianifica la richiesta fondi necessari all'acquisizione di beni e servizi necessari alla realizzazione dei progetti (ottobre precedente)</li> </ul>
<b>CUC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– elabora e propone il PdS</li> <li>– propone al CR la pianificazione dei fondi relativa alla gestione delle infrastrutture addestrative e di manufatti ivi presenti, ausili didattici e software addestrativi</li> </ul>
<b>CUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– collabora alla stesura del PdS</li> <li>– propone al CR l'acquisizione di beni e servizi ricollegabili ad attività addestrative</li> </ul>

	<p align="center">Documento di procedura Processo: Piano degli Studi (Piano dell'Offerta Formativa)</p>	Procedura n. 4
		Revisione
		Pagina 3 di 4

<b>DIPARTIMENTI (DOCENTI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– forniscono suggerimenti in merito alla stesura del PdS</li> <li>– rappresentano le necessità di materiali (compresi i materiali di consumo) e servizi per lezioni e addestramento specialistico CBRN</li> </ul>
<b>CSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– supporta la realizzazione del PdS garantendo l'approvvigionamento di beni e servizi e l'istruzione di gare d'appalto e la gestione e manutenzione dei materiali acquistati</li> </ul>
<b>CUN/RAQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fornisce gli obiettivi fissati dalle S.A.</li> <li>– controlla la validità dell'organizzazione didattica e dei programmi dei corsi</li> <li>– verifica il raggiungimento delle finalità didattiche dell'Istituto</li> <li>– individua gli indicatori di processo</li> <li>– svolge consulenza ove necessario</li> <li>– predispone la modulistica adeguata</li> </ul>

#### 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La fase di progettazione ed elaborazione del PdS inizia dall'aprile dell'anno precedente e si conclude alla fine dell'anno di riferimento con l'approvazione dello stesso da parte dello SMD.


Un GdL, composto dai rappresentanti dei dipartimenti individuati dal CUD, di concerto con il CUC e il CUN, coordinati dal CR, sviluppa una serie di attività finalizzate alla ricognizione dei bisogni e alla ricezione delle proposte provenienti dal CTE.

Il documento, dopo l'approvazione del CTE, viene inviato allo SMD, per l'organizzazione della presentazione dell'offerta formativa agli Utenti Istituzionali, che si terrà presumibilmente entro giugno dell'anno precedente.

Gli Utenti Istituzionali, preso atto dell'offerta, formalizzeranno direttamente all'Istituto, le esigenze quantitative per tipologia di corso entro settembre. La Scuola infine, sulla base delle richieste, edita il calendario dei corsi, integrato al PdS stabilendone le sessioni e ripartendo per FA i frequentatori, inviando il tutto (entro novembre) allo SMD per la definitiva approvazione (entro dicembre).

Il PdS viene pertanto stampato, inviato agli Utenti Istituzionali e pubblicato sul sito web della Scuola.

Il CTE nella fase di progettazione delle varie attività promuove audit per controllare lo stato delle attività, mentre i docenti registrano la ricaduta delle attività progettuali connesse all'ampliamento dell'offerta formativa sull'andamento e sui processi di apprendimento dei frequentatori; il CUC e CUD riferiscono verbalmente e/o con sintetiche relazioni strutturate al CTE e al CR; il CR svolge periodicamente analisi e riflessioni sullo svolgimento delle attività del PdS.

	Documento di procedura Processo: Piano degli Studi (Piano dell'offerta formativa)	Procedura n. 4
		Revisione
		Pagina 4 di 4

La fase di monitoraggio si effettua nel mese di maggio.

Gli attori principali del monitoraggio sono:

- il CTE,
- il CR,
- il RAQ.

## 5. INDICATORI DI PROCESSO

Cosa	Con quale parametro
Operatività	- N° di proposte sul PdS
Attuazione	- N° di proposte realizzate nell'anno precedente - Proposte realizzate/proposte approvate X 100
Soddisfazione dell'utente	- N° di reclami sui servizi offerti dalla Scuola - % di parere positivo dai frequentatori sulle attività formative/addestrative

## 6. RIFERIMENTO

- Piano degli Studi (documento interno)
- Regolamento di Istituto (documento interno)


## 7. ARCHIVIAZIONE

Il documento di procedura è archiviato presso l'Ufficio Corsi; il CTE e il CR sono entrambi responsabili della distribuzione e dell'aggiornamento dello stesso.

## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Griglie valutazione

	Documento di procedura Processo: Verifiche ispettive interne	Procedura n. 5
		Revisione
		Pagina 1 di 3

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e Abbreviazioni
9. Documenti di riferimento



Documento di procedura  
Processo:  
Verifiche ispettive interne

Procedura n. 5

Revisione

Pagina 2 di 3

### 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è istituire e formalizzare le modalità di gestione e le responsabilità nella conduzione delle VII che si devono effettuare per garantire:


- la corretta applicazione delle procedure,
- l'adeguatezza e l'efficacia del sistema qualità,
- la capacità dell'Istituto di perseguire e conseguire gli obiettivi prefissati.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le VII condotte sui processi individuati nell'ambito del SGQ dell'Istituto.

### 3. RESPONSABILITÀ

CHI FA	COSA
CTE	<ul style="list-style-type: none"><li>– nomina con lettera d'incarico gli auditori interni</li><li>– delega al RAQ la responsabilità di pianificare le VII</li><li>– approva il piano annuale delle VII</li><li>– firma il rapporto di VII</li><li>– coadiuvato dal RAQ, individua eventuali scostamenti dal SGQ</li><li>– coadiuvato dal RAQ, valuta le più opportune AC da apportare</li></ul>
RAQ	<ul style="list-style-type: none"><li>– prepara il piano delle VII</li><li>– approva la check list redatta dall'auditore</li><li>– firma il rapporto di VII</li><li>– esamina il rapporto di VII</li><li>– in caso di NC, valuta la necessità di avviare AC</li><li>– riporta le AC e le AP da effettuare nel piano di AC e AP</li><li>– verifica che la AC e AP vengano attuate nei tempi e nei modi stabiliti da parte del CR</li></ul>
Auditore/i	<ul style="list-style-type: none"><li>– definisce il Piano della VII</li><li>– redige una check list delle domande o punti da verificare nel corso dell'incontro col Responsabile di processo</li><li>– fornisce, circa 10 giorni prima, copia della check list al Responsabile di processo</li><li>– riassume i risultati della Verifica in un Rapporto di VII</li></ul>
CR	<ul style="list-style-type: none"><li>– ritira la check list</li><li>– dopo la compilazione della check list, insieme all'auditore, individua eventuali NC</li><li>– firma il Rapporto di VII e ne riceve una copia</li><li>– Avvia eventuali AC e AP</li></ul>

	Documento di procedura Processo: Verifiche ispettive interne	Procedura n. 5
		Revisione
		Pagina 3 di 3

#### 4. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Le verifiche ispettive interne consentono una periodica rivisitazione di tutte le aree che concorrono all'attuazione del SGQ.

La verifica ispettiva è quindi occasione di dialogo e di riflessione in merito alle procedure ed alle prassi adottate, ai problemi presenti o potenziali, alle idee ed ai progetti di miglioramento.

E' auspicabile che col tempo molte persone dell'Istituto abbiano la qualifica e le competenze per svolgere attività di verifica in modo che tra le diverse aree sia attivo un controllo incrociato e uno scambio costante di conoscenze.

Il RAQ elabora annualmente un **calendario** di visite ispettive e valuta l'opportunità di effettuare gli Audit personalmente o attraverso personale dello staff.

#### 5. INDICATORI DI PROCESSO

- Rispetto del Piano delle VII
- N° delle NC riscontrate
- N° delle AC e AP previste
- N° occasioni di miglioramento emerse

#### 6. RIFERIMENTI


- Norma Uni En ISO 9004:2000
- MQ – Cap. 8
- PdS (documento interno)
- Politica per la Qualità (documento interno)

#### 7. ARCHIVIAZIONE

Il documento di procedura è archiviato presso l'Ufficio ASEN; il CTE e il RAQ sono entrambi responsabili della distribuzione e dell'aggiornamento dello stesso.

#### 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI


#### 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Gestione delle non conformità</p>	Procedura n. 6
		Revisione
		Pagina 1 di 3

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e abbreviazioni
9. Documenti di riferimento

	Documento di procedura Processo: Gestione delle Non Conformità	Procedura n. 6
		Revisione
		Pagina 2 di 3

### 1. SCOPO

La procedura ha lo scopo di assicurare la corretta gestione delle Non Conformità (NC) relative a

- tutti i servizi erogati dall'Istituto,
- all'andamento della vita d'Istituto,
- al mantenimento del Sistema Qualità,
- a definire la gestione dei reclami.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività contemplate nel sistema qualità dell'Istituto. Si fa presente che tale procedura è applicata però solo nel caso si tratti di NC che sono valutate “**maggiori**”, mentre quelle valutate “**minori**”, sono risolte direttamente dal Responsabile del settore nell'ambito del quale si sono generate, applicando semplici e normali prassi operative.

### 3. RESPONSABILITÀ


CHI FA	COSA
<b>CTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– riceve la segnalazione della NC e la invia al RAQ</li> <li>– valuta se apportare una AC supportato dal RAQ</li> <li>– delega il RAQ a elaborare il Piano operativo dell'AC</li> </ul>
<b>RAQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ritira il Rapporto di NC</li> <li>– analizza le possibili cause con la persona che ha individuato la NC</li> <li>– valuta se attivare o meno un'eventuale AC, supportato dal CTE</li> <li>– riceve dal CTE l'incarico di elaborare il Piano operativo dell'AC</li> </ul>
<b>CR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– riceve copia del Rapporto di NC</li> <li>– viene informato sull'azione da svolgere per la risoluzione della NC</li> </ul>
<b>TUTTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– segnalano, se necessario, una NC rilevata</li> <li>– compilano l'apposito modello di NC</li> <li>– inoltrano il Rapporto di NC al CTE sulla linea gerarchica</li> </ul>

### 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Le attività di gestione sono condotte secondo la seguente modalità:

- tutte le professionalità dell'Istituto possono segnalare la presenza di una NC relativamente all'andamento delle attività;



	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Gestione delle Non Conformità</p>	Procedura n. 6
		Revisione
		Pagina 3 di 3

- la NC rilevata e riportata nell'apposito modello (mod. rNC - rilevazione Non Conformità) deve giungere tempestivamente al RAQ che la valuta insieme al CTE e a colui che l'ha segnalata;
- il RAQ, di concerto con il CTE, coordina le azioni per la risoluzione della NC, ne trascrive l'esito nel modello (mod. NC 01) e verifica, se necessario, l'effettiva attuazione di quanto predisposto.

Quando la non conformità lo richiede il RAQ pianifica una AC, di concerto con il CTE, e se di competenza, con il CR e/o i responsabili delle funzioni interessate.

L'AC è finalizzata alla eliminazione delle cause della non conformità e si articola nelle seguenti fasi:

- rilevazione NC;
- individuazione delle cause che l'hanno originata;
- indicazione delle AC;
- esecuzione delle AC;
- verifica dell'esito.

Tutte le AC intraprese devono essere riportate e discusse in sede di Riesame del Comando.

## 5. INDICATORI DI PROCESSO

- % Non Conformità / reclami corrette sul totale di quelle registrate
- % Non Conformità / reclami che danno luogo ad AC o AP sul totale di quelle registrate

## 6. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9004 : 2000 Capitolo 8 Par. 8.3
- MQ - Cap. 5 - 8


## 7. ARCHIVIAZIONI

L'archiviazione è a cura del responsabile di competenza

## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Modelli
- MOD. rNC (Rapporto di NC)
- MOD. NC 01 Registrazione AC/AP
- MOD. NC 02 Segnalazione disservizi
- Diagramma di flusso di gestione di una Non Conformità

	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Azioni Correttive</p>	Procedura n. 7
		Revisione
		Pagina 1 di 4

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e abbreviazioni
9. Documenti di riferimento



Documento di procedura  
Processo:  
Azioni Correttive

Procedura n. 7

Revisione

Pagina 2 di 4

### 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è definire le responsabilità e le modalità dei processi di gestione dei reclami dell'utente e delle AC e AP al fine di eliminare le cause di non conformità, cercando soluzioni che portino al miglioramento dell'intervento formativo offerto.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai processi di gestione delle AC e AP conseguenti a:

- reclami dei clienti,
- **NC** rilevate su materiali, impianti, processi e **SGQ**,
- Riesame del Comando.

### 3. RESPONSABILITÀ

Cosa	Gestione AC
Chi	<b>CTE</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"><li>– approva il Rapporto di AC compilato dal RAQ</li><li>– elabora insieme al RAQ un Piano operativo nel quale vengono stabiliti: metodologie, mezzi, tempi, risorse e responsabilità</li></ul>
Quando	–
Con quali risorse	– con la collaborazione di RAQ, CR, CSA

Cosa	Gestione AC
Chi	<b>RAQ</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"><li>– compila il Rapporto di AC</li><li>– insieme al CTE elabora un Piano operativo nel quale vengono stabiliti: metodologie, mezzi, tempi, risorse e responsabilità</li><li>– controlla, a tempo debito, la corretta attuazione dell'AC e ne verifica l'efficacia</li><li>– porta i risultati al Riesame del Comando ad AC conclusa</li></ul>
Quando	<ul style="list-style-type: none"><li>– dopo aver rilevato l'anomalia segnalata</li><li>– quando lo richiede il CTE per la seduta del Riesame</li></ul>
Con quali risorse	– con la collaborazione di CTE, CR, CSA



Documento di procedura  
Processo:  
Azioni Correttive

Procedura n. 7

Revisione

Pagina 3 di 4

Cosa	Gestione AC
Chi	CR
Come	– prende visione del Piano operativo dell'AC per accettazione – attua il Piano operativo nei modi e nei tempi previsti
Quando	– quando lo richiede il CTE nei modi e nei tempi previsti
Con quali risorse	– con il suo staff, i dipartimenti e altri ruoli intervenuti nel processo

Cosa	Gestione AC
Chi	CSA
Come	– avvia l'AC, col supporto del RAQ, alle NC relative alle forniture e alle manutenzioni
Quando	– quando lo richiede il CTE
Con quali risorse	– con la collaborazione del CTE, RAQ e CR


Cosa	Gestione AC
Chi	TUTTI
Come	– formalizzando la richiesta di un AC
Quando	– quando rilevano una NC reale o desiderano proporre azioni di miglioramento
Con quali risorse	– con la collaborazione del CTE e del RAQ

#### 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il RAQ, sulla base della documentazione in proprio possesso relativa alle non conformità di rilevazione interna ed esterna, ne analizza con **periodicità trimestrale** le cause, al fine di stabilire se sussistono casi di non conformità ripetitive.

Quando rileva la necessità di intraprendere o proporre un'AC, compila il Rapporto di AC l'anomalia riscontrata viene posta all'ordine del giorno della **Riunione di Qualità** convocata dal RAQ stesso e a cui partecipano gli interessati all'argomento. Con il rapporto di AC vengono richieste o proposte modifiche, revisioni o miglioramenti delle procedure relative ad attività che possono aver prodotto la non conformità.

Il responsabile del settore interessato, presa visione della Richiesta di AC, provvede a formulare, nel rapporto stesso, la possibile AC da intraprendere e le modalità dell'intervento. Tale proposta va approvata sempre dal RAQ, prima della sua applicazione. Una volta autorizzata, il responsabile del settore interessato provvede a far eseguire l'AC ad annotarla sul modello .

	<p>Documento di procedura Processo: Azioni Correttive</p>	Procedura n. 7
		Revisione
		Pagina 4 di 4

Il responsabile del settore interessato, con la collaborazione del RAQ, trascorso il termine fissato o immediatamente dopo il ricevimento del modello di AC, verifica che l'azione prescritta sia stata completata, ne giudica l'accettabilità dei risultati e, in caso positivo o di impossibilità a continuare, ne registra il completamento nella sezione “ **controllo finale** ”. In caso negativo emette una nuova richiesta di AC.

#### **5. INDICATORI DI PROCESSO**

- N° delle NC riscontrate
- N° reclami
- N° delle AC pianificate
- N° delle AC attivate con successo

#### **6. RIFERIMENTI**

- Norma UNI EN ISO 9004/2000
- MQ – Cap. 8


#### **7. ARCHIVIAZIONE**

Tale procedura è archiviata nella sezione Archivio Qualità nella Sez. Esperienze e Normativa dell'Ufficio ASEN a cura del Responsabile del servizio Archiviazione che ne cura anche la distribuzione e l'aggiornamento.

#### **8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI**

#### **9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**


Verbale riunione, tipologia dei servizi offerti.

	Documento di procedura Processo: Azioni Preventive	Procedura n. 8
		Revisione
		Pagina 1 di 4

INDICE DELLE REVISIONI				
DATA	REV.	MOTIVO EMISSIONE	REDAZIONE	VERIFICA E APPROVAZIONE

**INDICE:**

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Descrizione delle attività e fasi operative
5. Indicatori di processi
6. Riferimenti
7. Archiviazioni
8. Terminologia e abbreviazioni
9. Documenti di riferimento

	Documento di procedura Processo: Azioni Preventive	Procedura n. 8
		Revisione
		Pagina 2 di 4

### 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è definire un piano di AP da mettere in atto per prevenire ed eliminare potenziali cause di NC.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla **Gestione delle AP** relative a:


- servizi erogati,
- soddisfazione delle parti interessate,
- controllo dei fornitori del servizio formativo,
- Sistema di Gestione per la Qualità.

Le AP possono essere intraprese in qualsiasi momento dell'anno e devono essere riportate e discusse in sede di Riesame del Comando.

### 3. RESPONSABILITÀ

<b>Cosa</b>	<b>Gestione AP</b>
Chi	<b>CTE</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"> <li>– approva il Rapporto di AP compilato dal RAQ</li> <li>– elabora insieme al RAQ un Piano operativo nel quale vengono stabiliti: metodologie, mezzi, tempi, risorse e responsabilità</li> </ul>
Quando	<ul style="list-style-type: none"> <li>– riceve da un qualsiasi utente la richiesta di AP corredata da informazioni che evidenziano la criticità o l'urgenza del problema</li> </ul>
Con quali risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– con la collaborazione di RAQ, CR, CSA</li> </ul>

<b>Cosa</b>	<b>Gestione AP</b>
Chi	<b>RAQ</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"> <li>– compila il Rapporto di AP</li> <li>– compila insieme al CTE, elabora insieme al RAQ un Piano operativo nel quale vengono stabiliti: metodologie, mezzi, tempi, risorse e responsabilità</li> </ul>
Quando	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dopo aver rilevato la potenziale anomalia segnalata</li> <li>– quando la richiede il CTE per la seduta di Riesame</li> </ul>
Con quali risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– con la collaborazione del CTE, CR, CSA</li> </ul>

	Documento di procedura Processo: Azioni Preventive	Procedura n. 8
		Revisione
		Pagina 3 di 4

<b>Cosa</b>	<b>Gestione AP</b>
Chi	<b>CR</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prende visione del Piano operativo dell'AP per accettazione</li> <li>– attua il Piano operativo nei modi e nei tempi previsti</li> </ul>
Quando	– quando lo richiede il CTE nei modi e nei tempi previsti
Con quali risorse	– con il suo staff, i dipartimenti e altri ruoli intervenuti nel processo

<b>Cosa</b>	<b>Gestione AP</b>
Chi	<b>CSA</b>
Come	<ul style="list-style-type: none"> <li>– avvia l'AP, col supporto del RAQ, alle NC relative alle forniture e alle manutenzioni</li> </ul>
Quando	– quando lo richiede il CTE
Con quali risorse	– con la collaborazione del CTE, CR e RAQ

<b>Cosa</b>	<b>Gestione AP</b>
Chi	<b>TUTTI</b>
Come	– formalizzando la richiesta di un'AP
Quando	– quando rilevano una NC potenziale e desiderano proporre azioni di miglioramento
Con quali risorse	– con la collaborazione del CTE e RAQ

#### **4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**

Le AP sono estremamente varie nella loro natura e nella loro conduzione.


Tutte le persone possono segnalare al RAQ il possibile sorgere di problemi.

Il RAQ pianifica una azione preventiva, coinvolgendo, in funzione della sua portata il CTE, il CR, il CSA e i responsabili delle funzioni interessate.

#### **5. INDICATORI DI PROCESSO**

- N° delle NC riscontrate
- N° reclami
- N° delle AP pianificate
- N° delle AP attivate con successo



	<p style="text-align: center;">Documento di procedura Processo: Azioni Preventive</p>	Procedura n. 8
		Revisione
		Pagina 4 di 4

## 6. RIFERIMENTI

- Norma UNI EN ISO 9004/2000
- MQ – Cap. 8

## 7. ARCHIVIAZIONE

Tale procedura è archiviata nella sezione Archivio Qualità nella Sez. Esperienze e Normativa dell'Ufficio ASEN a cura del Responsabile del servizio Archiviazione che ne cura anche la distribuzione e l'aggiornamento.

## 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

## 9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO