
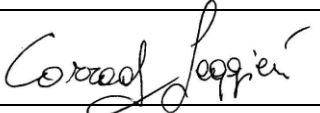



| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 1 di 11 |

- 08.01 GENERALITÀ (p.to 8.1 norma)
- 08.02 RIFERIMENTI
- 08.03 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEL SISTEMA CLIENTE (p.to 8.2.1 norma)
- 08.04 AUDIT INTERNI (p.to 8.2.2 norma)
- 08.05 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI (p.to 8.2.3 norma)
- 08.06 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI PRODOTTI (p.to 8.2.4 norma)
- 08.07 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI (p.to 8.3 norma)
- 08.08 ANALISI DEI DATI (p.to 8.4 norma)
- 08.09 PIANIFICAZIONE DEL MIGLIORAMENTO CONTINUATIVO (p.to 8.5.1 norma)
- 08.10 AZIONI CORRETTIVE (p.to 8.5.2 norma)
- 08.11 AZIONI PREVENTIVE (p.to 8.5.3 norma)

| | |
|-----------------------------|---|
| Redazione e verifica RSQ |  |
|-----------------------------|---|

| | |
|------------------------------------|--|
| Approvazione Direzione Generale | |
|------------------------------------|--|

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 2 di 11 |

08.01 GENERALITÀ (p.to 8.1 norma)

Scopo di questa sezione é quello di specificare le modalità operative con le quali vengono monitorate le attività dell'ABF al fine di verificare la completa soddisfazione dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000 e di quelli relativi all'accreditamento delle attività formative e di orientamento presso la Regione Lombardia. [vedi il **Decreto Direttore Generale Istruzione, Formazione, Lavoro 1 agosto 2006 n°9012: Sviluppo del modello di accreditamento delle sedi operative che erogano servizi di formazione- Avvio della sperimentazione del modello di rating**].

Sono pertanto definite le attività di raccolta e analisi dei dati necessari e delle informazioni utili per:

- dimostrare la conformità dei corsi di formazione e delle attività di orientamento erogati
- valutare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità
- valutare l'efficacia dell'organizzazione nel rispondere alle esigenze del territorio e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse economiche assegnate
- individuare i fattori che permettano un continuo miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità

I dati che vengono presi in considerazione sono:

- i valori degli indici di valutazione sul Sistema di Gestione per la Qualità, in particolare i valori degli indicatori di efficacia e di efficienza
- i risultati delle Azioni Correttive e Preventive
- i risultati delle Visite Ispettive Interne
- tutte le informazioni utili provenienti dall'esterno (questionari, visite, ecc.)

Per **efficacia** si intende la capacità dell'organizzazione raggiungere gli obiettivi formativi e di orientamento stabiliti.

Per **efficienza** si intende la capacità dell'organizzazione di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche disponibili

08.02 RIFERIMENTI

- Normativa UNI EN ISO 9001:2008, Cap. 8
- Linee Guida per la gestione dei processi della Regione Lombardia "
- Procedura Gestionale PG-06-01 "Audit interni"
- Procedura Gestionale PG-07-01 "Tenuta sotto controllo delle Non Conformità"
- Procedura Gestionale PG-08-01 "Analisi dei dati "
- Procedura Gestionale PG-08-02 "Misura della soddisfazione del Cliente"
- Procedura Gestionale PG-09-01 "Azioni correttive "
- Procedura Gestionale PG/09/02 "Azioni preventive "
- Procedura Gestionale PG-17-01 "Controllo dei servizi per la formazione"
- Procedura Gestionale PG-17-02 "Controllo dei servizi per l'orientamento"
- Procedura Gestionale PG-17-03 "Controllo dei servizi per l'integrazione ed i percorsi personalizzati"
- Procedura Gestionale PG-17-04 "Controllo dei servizi per l'avviamento al lavoro"

08.03 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE (p.to 8.2.1 norma)


✓ I principali aspetti relativi ai servizi erogati dall'organizzazione che interessano il **sistema clienti** sono:

▪ **allievi e famiglie**

- la disponibilità di corsi che permettano un reale inserimento nel mondo del lavoro
- la qualità del servizio erogato in rapporto al livello richiesto dal mondo del lavoro
- reale sostegno ed accompagnamento nell'area della disabilità
- la trasparenza nell'informazione e l'assistenza continua
- il rispetto delle date previste e delle modalità di svolgimento dei programmi
- il continuo aggiornamento delle tecniche formative e di orientamento
- la disponibilità di infrastrutture adeguate

▪ **utenti sevizi al lavoro**

- capacità di entrare in contatto con soggetti a vario titolo disoccupati, inoccupati o a rischio di occupazione

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 3 di 11 |

- capacità di entrare in contatto con aziende del territorio che abbiano necessità di assumere personale, nelle varie forme previste dalla legislazione vigente

▪ **aziende committenti servizi formativi**

- la disponibilità di corsi che permettano un reale aggiornamento delle competenze
- la qualità del servizio erogato in rapporto al livello di competenza richiesto
- il rispetto delle date previste e delle modalità di svolgimento dei programmi
- il continuo aggiornamento delle tecniche formative e di orientamento
- la disponibilità di infrastrutture adeguate

▪ **Enti pubblici interessati**

- lo sviluppo di un insieme di corsi di formazione e progetti di orientamento che assolvano all'azione di intervento sociale a favore delle fasce sociali meno tutelate
- la qualità dei corsi e progetti in rapporto agli investimenti

▪ **Provincia di Bergamo**

- l'assolvimento dei compiti previsti nello Statuto dell'Azienda nel rispetto dei vincoli finanziari e di bilancio

▪ **Regione Lombardia**

- Il rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento:
 - indici di efficienza ed efficacia che raggiungano gli obiettivi stabiliti
 - competenza adeguata del personale direzionale, amministrativo e docente
 - dotazione logistica adeguata
 - situazione economico finanziaria soddisfacente
 - relazioni con il territorio adeguate

✓ Raccolta ed elaborazione delle informazioni e dei dati dagli utenti, dalle famiglie e dalle aziende committenti

In conformità a quanto previsto dalle LG.LR e dal modello di rating regionale, una volta conclusa l'erogazione di ogni singola azione formativa o di orientamento, la Direzione dell'organizzazione rileva, tramite appositi questionari, i seguenti dati:

1. il livello di gradimento complessivo del servizio (di orientamento, formativo di integrazione, di accompagnamento al lavoro) ed il soddisfacimento delle aspettative, in relazione a strumenti metodologici utilizzati, efficienza dell'organizzazione e dei servizi di supporto
2. la valutazione dell'applicabilità dell'apprendimento nella reale situazione lavorativa, da rilevarsi a cura dell'azienda che utilizza la risorsa formata.

I dati risultanti da tali questionari vengono rielaborati in modo da ottenere gli **indici di efficacia** previsti dalle Linee Guida della Regione (vedi all. 2 par. A3 della Deliberazione Giunta Regionale 16 dicembre 2004) e dal modello di rating regionale e successivamente descritti.

Essi possono considerarsi indicativi del grado di soddisfazione dei Clienti dell'organizzazione.

✓ Raccolta ed elaborazione delle informazioni e dei dati dai servizi e degli enti pubblici che segnalano le necessità formative e di orientamento


La Direzione dell'organizzazione ritiene fondamentale misurare il grado di soddisfazione di tutti i Servizi e gli Enti Pubblici con cui collabora.

A questo scopo la Direzione elabora annualmente un resoconto basato su tutte le informazioni di cui è in possesso e, se lo ritiene opportuno, definisce periodicamente appositi questionari, i cui risultati, opportunamente elaborati, permettono di posizionare in termini di importanza e soddisfazione il grado di soddisfazione dei servizi e degli enti pubblici.

✓ Il grado di insoddisfazione dei Clienti è invece tenuto sotto controllo tramite il numero di Non Conformità dovute a Reclami.

✓ Il grado di soddisfazione del Cliente viene analizzato in sede di "Riesame della Direzione" tramite l'analisi:

- dei dossier dei corsi di formazione, delle attività di orientamento, integrazione ed avviamento al lavoro
- del rapporto "Indici di valutazione sul Sistema di Gestione della Qualità" preparato da RSQ
- dei risultati dell'informativa della Direzione e dell'eventuale questionario inviato ai Servizi e agli Enti Pubblici

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 4 di 11 |

I risultati del Riesame della Direzione sono dettagliati in un resoconto che illustra le decisioni prese e fa riferimento al relativo "Piano di miglioramento" che definisce in modo preciso gli obiettivi da raggiungere, le azioni da intraprendere nell'ottica del miglioramento continuo, nonché le responsabilità e le tempistiche di attuazione.

Nella Procedura Gestionale PG/08/02 "Misura della soddisfazione del Cliente", sono dettagliati i criteri di raccolta, di registrazione e di analisi dei dati e delle informazioni.

08.04 AUDIT INTERNI (p.to 8.2.2 norma)

Il Sistema Qualità di ABF viene sottoposto ad audit interni al fine di:

- a) accertare che tutte le attività svolte dall'organizzazione ed aventi influenza sulla qualità, rispettino le norme, le Procedure ed il Manuale della Qualità;
- b) accertare che la gestione della dotazione logistica, le relazioni con il territorio e la gestione economico-finanziaria rispettino le norme, le Procedure ed il Manuale della Qualità
- c) misurare l'efficacia del Sistema Qualità nel conseguire gli obiettivi prefissati
- d) verificare la gestione degli indici di efficienza ed efficacia
- e) verificare lo stato di attuazione delle Azioni Correttive/Preventive decise;
- f) fornire all'area verificata l'opportunità di miglioramento.

I risultati delle Visite Ispettive sono esaminati in sede di "Riesame della Direzione".

Pianificazione degli audit interni

RSQ appronta un programma annuale di audit interni in base all'importanza dei processi e delle strutture oggetto della verifica e dei risultati delle precedenti Visite Ispettive.


Nell'attuazione di tale programma RSQ coinvolge tutti gli auditor interni al fine di favorire quanto più è possibile l'integrazione tra le varie strutture territoriali.

Tale programma, che prevede che ogni area venga verificata almeno una volta all'anno è articolato per processi:

- Gestione del Sistema Qualità (documentazione; controllo dei documenti e delle registrazioni)
- Responsabilità da parte della Direzione (Direttore Generale e Responsabili delle strutture territoriali): impegni; attenzione al cliente, politica, obiettivi e pianificazione per la qualità; responsabilità ed autorità nell'organizzazione; comunicazioni interne; riesami della Direzione
- Gestione delle risorse (umane, infrastrutture, ambiente di lavoro) da parte della Direzione Generale ed dei Responsabili delle strutture territoriali
- Progettazione, organizzazione ed erogazione dei servizi erogati dalle strutture territoriali:
 - orientamento
 - formazione
 - integrazione e percorsi personalizzati
 - accompagnamento al lavoro
- Attività di supporto (approvvigionamento, rendicontazione dei corsi, gestione della contabilità e gestione amministrativa del personale) effettuate o coordinate dalla sede centrale
- Misurazione, analisi e miglioramento (soddisfazione del cliente, processi, prodotti e servizi, non conformità, azioni correttive e preventive analisi dei dati e delle informazioni, miglioramento continuo, attuazione verifiche ispettive interne).

Le aree interne interessate alle verifiche ispettive pianificate sono:

- | | |
|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - la attività sotto responsabilità della Direzione Generale - il servizio Qualità ed Accreditamento - il servizio Amministrazione - il servizio Personale - la ricerca, progettazione e sviluppo - il servizio per l'accompagnamento al lavoro - i sistemi informatici | } sede centrale |
| <ul style="list-style-type: none"> - le attività sotto responsabilità dei Responsabile - la Segreteria Didattica | } strutture territoriali |

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 5 di 11 |

- i servizi per l'orientamento
- i servizi formativi
- i servizi per l'integrazione ed i percorsi personalizzati
- i servizi per l'accompagnamento al lavoro

Il programma è comunque concordato con i responsabili delle aree interessate e approvato dalla Direzione (Direttore Generale e Responsabili delle strutture territoriali).

Conduzione degli audit interni

La Visita Ispettiva si articola sui seguenti punti:

- riunione preliminare
- analisi risoluzione precedenti non conformità
- rilevazione dei riscontri in base alle check list (per processo e/o per area)
- elaborazione dei riscontri
- redazione del rapporto finale
- riunione di chiusura
- distribuzione del rapporto di Audit

I singoli punti relativi allo svolgimento delle Visite Ispettive Interne sono trattati in dettaglio nella Procedura Gestionale PG/06/01.

08.05 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI (p.to 8.2.3 norma)

L'organizzazione è conscia dell'importanza di tenere sotto controllo sia i processi inerenti i servizi per la formazione, per l'orientamento, per l'integrazione ed i percorsi personalizzati, per l'avviamento al lavoro (processi principali) sia i processi gestionali e di supporto.

Le variabili più significative inerenti tali processi sono le seguenti:

- la capacità di effettuare una efficace progettazione dei corsi di formazione, delle attività di integrazione, delle attività di orientamento e delle attività di accompagnamento al lavoro
- il rispetto delle date previste e delle modalità di svolgimento dei programmi
- il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento e di inserimento al lavoro
- il raggiungimento degli obiettivi di inserimento degli allievi nel mondo della scuola o del lavoro
- il continuo aggiornamento delle tecniche formative
- la disponibilità di infrastrutture adeguate
- l'affidabilità dei fornitori di beni e servizi

Dalle registrazioni di qualità, indicate nelle procedure inerenti la tenuta sotto controllo dei processi di erogazione dei servizi, dall'andamento delle Non Conformità relative ai servizi erogati ed ai processi e dai risultati delle Verifiche Ispettive Interne, si ricavano gli indicatori relativi all'efficienza e all'efficacia dei processi ed alla qualità dei prodotti e dei servizi.


Il Decreto Direttore Generale Istruzione, Formazione, Lavoro 1 agosto 2006 n° 9012 ["Sviluppo del modello di accreditamento delle sedi operative che erogano servizi di formazione- Avvio della sperimentazione del modello di rating"] definisce le caratteristiche del sistema di rating a supporto dell'Accreditamento presso la Regione Lombardia degli enti di formazione.

La fig. 1, tratta dal DDG citato, riassume il modello; nell'all.1 al DDG sono definite le modalità di acquisizione, di introduzione in Monitor Web e di calcolo degli indicatori definiti nel modello.

Gli indicatori definiti nel modello regionale di rating [**indicatori sulla soddisfazione dei clienti, di efficienza e di efficacia, sulle competenze professionali, sulla dotazione logistica e sulla situazione economica**] vengono considerati esaustivi sia per la loro completezza sia in quanto requisiti obbligatori del sistema di accreditamento ai fini dell'erogazione di contributi pubblici alla formazione.

La capacità dei processi di ottenere i risultati pianificati, viene controllata in sede di "Riesame della Direzione" tramite l'analisi del rapporto "Indici di valutazione sul Sistema di Gestione della Qualità" preparato dal Responsabile del Sistema Qualità.

Qualora i valori degli indici dimostrino che non sono stati raggiunti i risultati pianificati, vengono intraprese le opportune Azioni Correttive.

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 6 di 11 |

08.06 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI SERVIZI EROGATI (p.to 8.2.4 norma)

La conformità ai requisiti dei servizi erogati dall'organizzazione è assicurata dall'applicazione delle modalità operative descritte nelle Procedure Gestionali PG-17-.... "Misurazione e monitoraggio dei servizi erogati", che fanno riferimento a quanto previsto dalle LG.RL.

In conformità a quanto previsto dalle LG:RL, le procedure, per quanto applicabile, prevedono il monitoraggio ed i controlli nel seguito descritti:

1. **Controlli all'inizio dell'erogazione del servizio**
2. **Controlli in itinere**
3. **Controlli ex-post**

Nelle procedure gestionali sopra citate sono indicate le registrazioni che danno evidenza dei controlli inerenti i servizi formativi, i servizi di orientamento, i servizi per l'integrazione ed i percorsi personalizzati, i servizi per l'accompagnamento al lavoro; nelle procedure sono anche indicati i criteri di accettazione con l'indicazione delle responsabilità relative alla verifica ed all'approvazione del servizio erogato.

08.07 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI SERVIZI NON CONFORMI (p.to 8.3 norma)

L'organizzazione tiene sotto controllo tutte le Non Conformità (deviazioni rispetto ai requisiti contenuti nei documenti contrattuali oppure deviazioni dalle modalità operative definite nelle Procedure) relative:

- ai servizi erogati
 - ai processi di erogazione dei servizi
 - ai processi di supporto, in particolare quelli relativi alla gestione della dotazione logistica, delle relazioni con il territorio e della gestione economico-finanziaria
 - al valore degli indici di efficienza ed efficacia rilevati durante ed al termine dell'erogazione dei servizi
- Mentre il processo di erogazione del servizio è in corso possono verificarsi difformità rispetto a quanto previsto in sede di progettazione, che, nel caso possano avere conseguenze negative sulla qualità del servizio da erogare, vengono definite "NON CONFORMITÀ".

Tutto il personale dell'organizzazione ha la responsabilità di segnalare le Non Conformità.

RSQ e/o i referenti Qualità delle strutture territoriali, sulla base di dette segnalazioni, definiscono nei dettagli la classificazione delle Non Conformità, le modalità e le responsabilità di risoluzione e decide circa la necessità di una Azione Correttiva al fine di eliminare le cause delle Non Conformità stesse.

Classificazione delle Non Conformità

L'organizzazione classifica le "Non Conformità" in:

- **Non Conformità minori**, quelle che possono essere trattate e risolte fin tanto che l'intervento formativo o di orientamento è in corso, se necessario modificando il progetto; tali Non Conformità non pregiudicano gli obiettivi dell'intervento formativo o di orientamento
- **Non Conformità maggiori**, quelle che possono pregiudicare gli obiettivi specificati per l'azione formativa o di orientamento, per le quali occorre anche avviare una Azione Correttiva appropriata e delle quali occorrerà tenere conto anche nella valutazione complessiva del servizio.
- **Non Conformità critiche**, quelle deviazioni che non solo possono pregiudicare gli obiettivi specificati per l'azione formativa o di orientamento, ma che (ed esempio tramite l'utilizzo di materiali e attrezzature non conformi) possono causare danno agli utenti ed al personale del Centro.


Origine delle Non Conformità

Le Non Conformità possono emergere:

- all'inizio o durante l'erogazione del servizio
- dai controlli eseguiti alla fine dell'erogazione delle attività o durante i controlli eseguiti dopo l'erogazione
- in seguito a reclami dei Clienti

Le Non Conformità possono essere:

- *di origine esterna e rilevate internamente (Reclamo a fornitore)*: esse sono di pertinenza dei fornitori e sono rilevate dal personale della struttura territoriale nel corso delle verifiche in accettazione, durante il processo di erogazione del servizio, a seguito delle valutazioni finali.

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 7 di 11 |

- o di origine interna rilevate internamente (*Rapporto di Non Conformità*), sono di pertinenza dell'organizzazione e sono riscontrate dal personale durante il corso del processo di erogazione del servizio a seguito delle valutazioni finali.
- o di origine interna rilevate all'esterno (*Reclamo da cliente*), sono segnalate dai clienti con reclamo relativo al servizio ricevuto dall'Organizzazione.

Risoluzione delle Non Conformità

- ✓ Le Non Conformità minori vengono gestite direttamente da RSQ e/o i referenti Qualità delle strutture territoriali che provvedono ad informare il personale interessato alla loro risoluzione.
- ✓ Le Non Conformità maggiori vengono gestite da RSQ e/o i referenti Qualità delle strutture territoriali con il supporto della Direzione e/o del Responsabile del servizio interessato.
- ✓ Le Non Conformità critiche vengono gestite direttamente dalla Direzione con il supporto di RSQ e/o i referenti Qualità delle strutture territoriali e/o del Responsabile del servizio interessato.

In ogni caso:

- quando le Non Conformità relative all'erogazione dei servizi formativi o di orientamento vengono risolte, viene verificata l'efficacia della soluzione per dimostrare il ritorno alla conformità ai requisiti
- quando i prodotti non conformi vengono corretti, essi vengono riverificati per dimostrare la loro conformità ai requisiti.

I Reclami Clienti, le Non Conformità Interne e quelle pertinenti ai fornitori nonché le eventuali Azioni Correttive attuate, vengono portate da RSQ all'attenzione della Direzione in sede di "Riesame della Direzione", affinché possa essere esaminata l'efficacia delle azioni attuate e possa essere presa in considerazione l'attuazione di eventuali Azioni Preventive necessarie al miglioramento della qualità.

Nella Procedura Gestionale PG-07-01 "Tenuta sotto controllo delle Non Conformità" vengono descritte in dettaglio le modalità con cui le Non Conformità vengono gestite da RSQ.

08.08 ANALISI DEI DATI (p.to 8.4 norma)

La Direzione ha la responsabilità di definire gli indicatori numerici tramite i quali misurare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità ed il grado di raggiungimento degli obiettivi inerenti la qualità aziendale.

In ogni caso gli indicatori sono scelti tenendo conto delle LG.LR. (vedi all. 2 par. A della Deliberazione Giunta Regionale 16 dicembre 2004) e del Decreto Direttore Generale Istruzione, Formazione, Lavoro 1 agosto 2006 n°9012: Sviluppo del modello di accreditamento delle sedi operative che erogano servizi di formazione- Avvio della sperimentazione del modello di rating

RSQ ha la responsabilità:

- di individuare i dati necessari per la definizione del valore numerico degli indicatori
- di definire le tecniche statistiche più opportune per elaborazione dei dati.
- di presentare in sede di "Riesame della Direzione", con cadenza almeno annuale, il **rapporto "Indicatori per la valutazione sul Sistema di Gestione della Qualità"**.

Di tali indici viene calcolato:

- il valore relativo al periodo sotto esame
- lo scostamento rispetto agli eventuali obiettivi posti dalla Direzione e dalla Regione Lombardia
- l'andamento rispetto ai periodi precedentemente esaminati.

Dati relativi alla soddisfazione del Cliente

Nella procedura PG-08-02 sono dettagliate le modalità tramite le quali viene verificata la soddisfazione delle varie componenti del Sistema clienti.

In particolare, viene calcolato il seguente indicatore di efficacia:

A.3.2 Customer satisfaction = Grado di soddisfazione complessivo rilevato attraverso la compilazione dei questionari

Dati relativi al monitoraggio dei servizi formativi

A.1 Indicatori di attività

A.1.1 Attività = Numero complessivo di ore di formazione erogate

A.2 Indicatori di efficienza

A.2.1 Attuazione = Progetti rendicontati/progetti approvati

A.2.2 Operatività = Destinatari rendicontati/Destinatari previsti



MANUALE DELLA QUALITA'

Sez. 08

Misurazioni, analisi, miglioramento

Terza Edizione

Revisione 00

Data: 28.10.2011

Pag. 8 di 11

A.2.3 Capacità di spesa = Costo rendicontato/costo approvato

A.2.4 Indice di costo = (Costo rendicontato/destinatari)/(costo tot. approvato/destinatari previsti)

A.3 Indicatori di efficacia

A.3.1 Tasso di successo = Destinatari formati (o orientati)/destinatari ammessi

A.3.3 Soddisfazione occupazionale = Numero occupati (rientranti nel sistema scolastico)/Numero destinatari formati (o orientati)

Dati relativi al monitoraggio dei servizi al lavoro

Dalle registrazioni di Qualità, indicate nelle Procedura Gestionali PG/17-04, dall'andamento delle Non Conformità relative ai prodotti ed ai processi, dai risultati delle Visite Ispettive Interne, si ricavano gli indicatori relativi all'efficienza e all'efficacia dei processi ed alla qualità dei servizi.

A.1 Indicatori di attività

A.1.1 Attività = Numero di utenti accolti da ABF

A.2 Indicatori di efficienza

A.2.1 Operatività = Numero di utenti avviati agli stage / Numero di utenti accolti

A.3 Indicatori di efficacia

A.3.1 Soddisfazione occupazionale = Numero utenti occupati / Numero di utenti entrati in relazione con ABF

Dati relativi alla situazione economica

B.2 Indicatori sulla situazione economica

B.2.1.1 Affidabilità economico-finanziaria = Presenza di una corretta gestione contabile-amministrativa

= A Entrate derivanti da interventi di formazione professionale a pagamento differenti dal punto successivo

= B Entrate derivanti da interventi di formazione professionale ai sensi art.11 comma 2 L.R. n.19 del 2007

B.2.1,2 Capacità produttiva
(per tipologia)

= C Entrate derivanti da contributi pubblici nel quadro della programmazione regionale FSE per la formazione professionale

= D Entrate derivanti dall'autofinanziamento (limitatamente agli enti paritetici sociali)

B.2.2 Affidabilità economico-finanziaria di amministratori e dirigenti

= Gli amministratori, i direttori di sede, i dirigenti muniti di rappresentanza legale e i soci accomandatari devono godere di integrità e correttezza personali

L'indicatore di rating della situazione economica è la capacità produttiva che è così calcolata:
 $C/(A+B+C+D)$

Dati relativi alla disponibilità di competenze professionali

B.3 Indicatori sulle competenze professionali

B.3.1 Competenze professionali
(dato aggregato)

Livello di istruzione

Esperienza lavorativa


Età

Sesso

Tipologia di rapporto di lavoro

Tempo dedicato

L'indicatore di rating sulle competenze professionali è la somma dei dati aggregati relativi alle figure di sistema (Amministrazione, Direzione, coordinamento) ed alle figure di docenza (Tutoring, Docenza, Orientamento)

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|--------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 9 di 11 |

Dati relativi alle relazioni con il territorio

B.4 Indicatori sulle relazioni con il territorio

- | | | |
|--|---|---|
| B.4.1 Rapporti con enti competenti in materia di lavoro | = | Numero di protocolli formalizzati con utenti competenti in materia di lavoro ed altri enti pubblici |
| B.4.2 Radicamento della sede sul territorio | = | Numero di anni di attività specifica svolta con continuità sul territorio in ambito provinciale |
| B.4.3 Tasso di formalizzazione degli stage | = | Numero di convenzioni di stages stipulate rapportato al numero di allievi |
| B.4.4 Accordi con gli altri attori | = | Numero di progetti effettuati in ATI e ATS nell'ambito dell'offerta formativa e nell'ambito di altri contratti di progettazione e realizzazione di attività formative stipulati con il mondo delle imprese (esclusi subappalti) |

Dati relativi alle Non Conformità

Indicatori di conformità

N° Reclami cliente

N° Non Conformità interne/ N° corsi erogati (%)

N° fornitori con valutazione 5 (non idonei)

I dettagli sulle modalità di analisi dei dati e sulla scelta puntuale degli indicatori tenuti sotto controllo, sono riportati nella Procedura Gestionale PG/08/01 "Analisi dei dati".

08.09 PIANIFICAZIONE DEL MIGLIORAMENTO CONTINUATIVO (p.to 8.5.1 norma)

Il "Riesame da parte della Direzione" è la sede in cui la Direzione verifica la coerenza e l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità in relazione ai traguardi fissati dalla Politica per la Qualità.

Il "Riesame della Direzione" è infatti la sede in cui la Direzione:

- esamina i valori degli indici di valutazione sul Sistema di Gestione per la Qualità, compresi quelli relativi alla dotazione logistica ed alla situazione economico-finanziaria
- esamina i risultati delle Azioni Correttive e Preventive intraprese
- esamina i risultati delle Visite Ispettive Interne

In base alle risultanze di tale esame ed alle variazioni rispetto ai precedenti "Riesami", la Direzione definisce nuovi obiettivi misurabili e coerenti con la Politica per la Qualità e stabilisce azioni dedicate ad ottenere il miglioramento l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità (Azioni Preventive, progetti specifici, gruppi di lavoro, ecc.).


08.10 AZIONI CORRETTIVE (p.to 8.5.2 norma)

Le Azioni Correttive mirano ad eliminare le cause delle Non Conformità al fine di evitarne il loro ripetersi. Il campo di applicazione delle Azioni Correttive è esteso a tutte le Non Conformità relative a:

- a) servizi erogati.
 - b) reclami dei Clienti
 - c) controllo dei fornitori
 - d) Sistema di Gestione per la Qualità
- RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali sono responsabili della gestione delle Azioni Correttive:
- a) ricerca delle cause delle Non Conformità.
 - b) identificazione e pianificazione delle necessarie Azioni Correttive
 - c) individuazione dell'area responsabile per l'attuazione dell'Azione Correttiva
 - d) verifica della attuazione delle Azioni Correttive nei modi e nei tempi stabiliti
 - e) verifica dell'efficacia dell'Azione Correttiva
 - f) gestione della documentazione relativa alle Azioni Correttive

Origine dell'Azione Correttiva

Le Azioni Correttive hanno origine:

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|---------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 10 di 11 |

- a) dalle Non Conformità riscontrate nel corso dell'iter erogazione del servizio (prodotti non conformi)
- b) dal rilievo di Non Conformità di pertinenza dei fornitori
- c) dalle segnalazioni o contestazioni provenienti da Clienti
- d) dal rilievo di Non Conformità nella applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità
- e) dal rilievo di Non Conformità riscontrate durante le Visite Ispettive Interne.

Valutazione della necessità dell'Azione Correttiva

RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali valutano la reale necessità delle Azioni Correttive in base:

- a) alla gravità della Non Conformità 3
- b) all'analisi delle cause che hanno generato la Non Conformità
- c) all'influenza sulla soddisfazione del Cliente
- d) all'influenza dell'Azione Correttiva sulla qualità del servizio

Pianificazione dell'Azione Correttiva

Una volta decisa l'attuazione dell'Azione Correttiva, RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali pianificano l'azione vera e propria, definendo:

- a) l'area responsabile dell'attuazione dell'Azione Correttiva
- b) le attività necessarie per attuare l'Azione Correttiva
- c) la tempistica di attuazione dell'Azione Correttiva
- d) come verificare l'efficacia dell'Azione Correttiva

Attuazione e verifica dell'Azione Correttiva

Le aree responsabili dell'attuazione dell'Azione Correttiva eseguono quanto previsto e documentano opportunamente tutte le azioni attuate.

RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali verificano l'attuazione dell'Azione Correttiva in accordo con la tempistica pianificata e che i risultati ottenuti siano efficaci.

Analisi da parte della Direzione delle Azioni Correttive

I Reclami Clienti, le Non Conformità interne ed quelle pertinenti i Fornitori nonché le Azioni Correttive attuate, vengono portate da RSQ all'attenzione della Direzione in sede di "Riesame della Direzione", affinché ne possa essere esaminata l'efficacia e possa essere presa in considerazione l'attuazione di eventuali Azioni Preventive necessarie al miglioramento della qualità.

Nella Procedura Gestionale PG 09/01 "Azioni Correttive" vengono descritte in dettaglio le modalità con cui le Azioni Correttive vengono decise, attuate e verificate nell'efficacia.

08.11 AZIONI PREVENTIVE (p.to 8.5.3 norma)

Le Azioni Preventive mirano ad eliminare le cause delle Non Conformità potenziali al fine di evitare che si verifichino. Il campo di applicazione delle Azioni Preventive è relativo:

- a) all'analisi delle Non Conformità riscontrate
- b) alla soddisfazione del Cliente
- c) al controllo dei fornitori
- d) al Sistema di Gestione per la Qualità


RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali sono responsabili della gestione delle Azioni Preventive:

- a) definizione del programma di attuazione delle Azioni Preventive
- b) identificazione e pianificazione delle necessarie Azioni Preventive
- c) individuazione delle Aree aziendali responsabili per l'attuazione delle Azioni Preventive
- d) verifica della attuazione delle Azioni Preventive nei modi e nei tempi stabiliti
- e) verifica dell'efficacia dell'Azione Preventiva
- f) gestione della documentazione relativa alle Azioni Preventive

Origine dell'Azione Preventiva

La necessità di avviare l'iter di Azione Preventiva può derivare dai seguenti casi:

- a) Non Conformità riscontrate internamente o esternamente all'organizzazione
- b) Opportunità di miglioramento riscontrate durante le Verifiche Ispettive Interne
- c) Analisi periodica dei trend degli indici di valutazione sul Sistema di Gestione per la Qualità
- d) Informazioni utili e significative recepite dall'Organizzazione

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|---------------|
|  | MANUALE DELLA QUALITA' | | | |
| | Sez. 08 | Misurazioni, analisi, miglioramento | | |
| | Terza Edizione | Revisione 00 | Data: 28.10.2011 | Pag. 11 di 11 |

Pianificazione dell'Azione Preventiva

Una volta decisa l'attuazione dell'Azione Preventiva, RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali pianificano l'azione vera e propria, definendo:

- a) le Aree operative responsabile dell'attuazione dell'Azione Preventiva
- b) le attività necessarie per attuare l'Azione Preventiva
- c) la tempistica di attuazione dell'Azione Preventiva
- d) come verificare l'efficacia dell'Azione Preventiva

Attuazione e verifica dell'Azione Preventiva

Le Aree operative responsabili dell'attuazione dell'Azione Preventiva eseguono quanto previsto e documentano opportunamente tutte le azioni attuate.

RSQ e/o i referenti qualità delle strutture territoriali verificano l'attuazione dell'Azione Preventiva in accordo con la tempistica pianificata e che i risultati ottenuti siano efficaci.

Analisi da parte della Direzione delle Azioni Preventive

I risultati delle Azioni Preventive attuate vengono portate da RSQ all'attenzione della Direzione in sede di "Riesame della Direzione", affinché ne possa essere esaminata l'efficacia e possano essere programmate le ulteriori Azioni Preventive necessarie al miglioramento della qualità.

Nella Procedura Gestionale PG-09-02 "Azioni Preventive" vengono descritte in dettaglio le modalità con cui le Azioni Preventive vengono decise, attuate e verificate nell'efficacia.