

Manuale del Sistema di Gestione Qualità

UNI EN ISO 9001:2015

REVISIONI

[illegible]

SOMMARIO

1	INTRODUZIONE	4
1.1	SCOPO DEL PRESENTE MANUALE	4
1.2	CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGQ.....	4
1.3	RIFERIMENTI NORMATIVI	5
2	PRESENTAZIONE DI COTTINO SOCIAL IMPACT CAMPUS	6
2.1	DATI IDENTIFICATIVI	6
2.2	STORIA	6
2.3	MERCATO DI RIFERIMENTO	7
2.4	SERVIZI OFFERTI	7
2.5	STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LEADERSHIP	7
3	POLITICA PER LA QUALITÀ	9
4	PROCESSI AZIENDALI	10
5	PROCESSI OPERATIVI	11
5.1	PROGETTAZIONE DEI SERVIZI E SVILUPPO DELL’OFFERTA FORMATIVA.....	11
5.2	GESTIONE VENDITE	18
5.3	COMUNICAZIONE E MARKETING	22
5.4	EROGAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE DEI SERVIZI.....	24
6	PROCESSI DI SUPPORTO	28
6.1	GESTIONE DEGLI ACQUISTI	28
6.2	GESTIONE DEL PERSONALE	33
6.3	CONTROLLO E MANUTENZIONE INFRASTRUTTURE	37
6.4	GESTIONE NON CONFORMITÀ, RECLAMI E AZIONI CORRETTIVE	39
6.5	INFORMAZIONI DOCUMENTATE.....	41
6.6	GESTIONE COMUNICAZIONI	44
6.7	GESTIONE DELLE EMERGENZE	46
7	PIANIFICAZIONE, RIESAME E MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE	47
7.1	ANALISI DI CONTESTO, DELLE PARTI INTERESSATE E DEI RISCHI PER IL SGQ.....	47
7.2	AUDIT INTERNI	53
7.3	MONITORAGGIO E ANALISI PRESTAZIONI.....	56
7.4	RIESAME DI DIREZIONE	57
	APPENDICE 1 - CORRELAZIONE MANUALE – ISO 9001	59
	APPENDICE 2 – TERMINE, ACRONIMI, DEFINIZIONI	60

1 INTRODUZIONE

1.1 SCOPO DEL PRESENTE MANUALE

Il presente Manuale descrive il sistema di gestione per la qualità (SGQ) che la Società **Cottino Social Impact Campus S.r.l. ("CSIC")** ha adottato con l'obiettivo di:

- fornire con regolarità prodotti e servizi che soddisfano i requisiti dei Cliente e i requisiti cogenti applicabili ai servizi offerti
- facilitare le opportunità per accrescere la soddisfazione dei Clienti
- individuare e affrontare rischi e opportunità associati al proprio contesto e ai propri obiettivi
- migliorare costantemente le proprie prestazioni per la qualità
- assicurare che la gestione per la qualità sia effettivamente integrata nei normali processi di business aziendali.

In particolare, il Manuale:

- dichiara il campo di applicazione del SGQ di **CSIC** (paragrafo **1.2**);
- elenca i riferimenti normativi per il SGQ (paragrafo **1.3**);
- descrive la società, i suoi prodotti, il suo contesto e le parti interessate di rilievo (capitolo **2**);
- dichiara la Politica per la qualità di **CSIC** (capitolo **3**);
- identifica e descrive i processi necessari al SGQ e le loro interazioni (capitoli **da 4 a 7**);
- evidenzia le informazioni documentate necessarie per il SGQ (all'interno di ciascun capitolo e nell'**Allegato 5** "Registro dei documenti")
- specifica le responsabilità e i poteri, chiarendone i rapporti reciproci nella gestione dei processi e nella realizzazione delle attività.

Il documento è anche uno strumento per definire e divulgare l'approccio alla qualità all'interno e all'esterno di **CSIC**.

Il SGQ è sviluppato, mantenuto e aggiornato in conformità con i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti".

Le correlazioni con i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015 sono riportati nella tabella in **Appendice 1**.

In **Appendice 2** sono riportate le definizioni di termini e acronimi utilizzati nel Manuale.

1.2 CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGQ

Il campo di applicazione del SGQ di **CSIC** è relativo alla

Progettazione ed erogazione di corsi di formazione

erogati presso la propria sede e presso le sedi temporanee esterne.

Tutte le attività, tutti i prodotti e tutti i servizi di **CSIC** che rientrano in tale campo di applicazione sono compresi nel SGQ.

Il campo di applicazione del SGQ è stabilito e riesaminato dalla Direzione considerando i prodotti e i servizi forniti da **CSIC**, il contesto di riferimento e i requisiti rilevanti delle parti interessate.

Contesto e requisiti sono analizzati come descritto nel successivo **paragrafo 7.4.**

Non ci sono esclusioni rispetto ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

1.3 RIFERIMENTI NORMATIVI

Standard di riferimento per la certificazione del sistema di gestione:

- UNI EN ISO 9001:2015 - Sistemi di gestione per la qualità: requisiti.

Altre norme e documenti di riferimento per il sistema di gestione:

- UNI EN ISO 9000:2015 - Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario.
- UNI EN ISO 9004:2018 – Gestione per la qualità – Qualità di un’organizzazione – Linee guida per conseguire il successo durevole.
- UNI EN ISO 19011:2018 - Linee guida per audit di sistemi di gestione.

2 PRESENTAZIONE DI COTTINO SOCIAL IMPACT CAMPUS

Cottino Social Impact Campus è il luogo dei World-Makers For Social Impact, nato dall'azione fondativa ed imprenditoriale della Fondazione Cottino.

Cottino Social Impact Campus è il primo luogo europeo interamente dedicato alla cultura dell'impatto sociale come contenuto trasformativo del nostro sapere e saper fare, come individui e come organizzazioni. Impatto sociale significa per noi:

- costruire intenzionalmente un risultato positivo nella società;
- sviluppare evidenze di risultato misurabili;
- generare a lungo termine un cambiamento sistemico e sostenibile.

Nato nel 2019 dal filantropo Ing. Giovanni Cottino il Campus diviene un punto di alta formazione europea sull'impatto sociale. Persone e comunità, imprese e pubblica amministrazione, grandi organizzazioni e istituzioni, insieme per co-creare una world-making vision con impatto sociale positivo.

Come?

- creando convergenza di pensiero, pratiche e politiche e divenendo comunità di apprendimento e produzione di contenuti orientati all'impatto sociale
- sviluppando percorsi unici di transformative education & learning che possano accompagnare la crescita professionale di tutti noi con una visione e un senso precisi: generare impatto sociale positivo per le persone, le organizzazioni e la società
- attivando una rete nazionale ed internazionale di esperti ed accademici.

2.1 DATI IDENTIFICATIVI

Ragione sociale	Cottino Social Impact Campus S.r.l.
Anno di costituzione	2019
Sito internet	www.cottinosocialimpactcampus.org
Sede legale	Corso Castelfidardo 30/A, 10129 Torino
Sede operativa	Corso Castelfidardo 30/A, 10129 Torino
Dipendenti e Collaboratori	< 10

2.2 STORIA

Abbiamo bisogno oggi di una cultura dell'impatto che sia trasformativa e radicale, le parole che usiamo per parlarne devono essere riempite di significati profondi. Questo cambiamento, che è prima di tutto culturale, deve essere costruito su tre pilastri.

Il primo: l'impatto sociale e quello ambientale devono andare a braccetto, non possiamo ignorare il modo in cui sono intrecciati.

Il secondo: la nostra interpretazione dell'impatto sociale ha bisogno di essere irrobustita, anche grazie a nuove metriche, perché esiste oggi una sproporzione tra l'attenzione degli attori economici data alle questioni sociali rispetto a quelle ambientali.

Il terzo: per queste ragioni abbiamo bisogno di centri di ricerca e di competenza per l'impatto sociale che permettano di cambiare la nostra idea di innovazione.

I modelli super-funzionali e prestazionali usati fino a ora sono stati guidati prevalentemente dalla tecnologia e hanno bisogno di essere affiancati a modelli di innovazione più adatti al sistema di vincoli definito dalle grandi sfide sociali e ambientali, in modo da portare a una comprensione profonda dei fenomeni.

In questo contesto il Cottino Social Impact Campus si colloca al fianco delle organizzazioni e delle persone per accompagnarle nella trasformazione ad impatto.

2.3 MERCATO DI RIFERIMENTO

PMI, Corporate, manager e tutte le organizzazioni e le persone che vogliono avere una formazione approfondita sull'impatto sociale, le tematiche ESG e la sostenibilità.

2.4 SERVIZI OFFERTI

Il Campus è la prima iniziativa italiana in cui ricercatori, professori, esperti e professionisti internazionali collaborano per condividere conoscenze e sperimentazioni avanzate per costruire una cultura dell'impatto sociale.

Internazionalità, eccellenza e diversità sono gli strumenti trasversali che alimentano l'offerta di transformative education & learning sull'impatto sociale.

L'approccio multidisciplinare e multidimensionale mira a superare i confini e i temi dell'apprendimento convenzionale.

Questo approccio focalizza intenzionalmente le azioni aggiuntive sui temi chiave dello sviluppo socialmente sostenibile che passa, prima di tutto, attraverso la conoscenza aperta e l'applicazione sperimentale di soluzioni socialmente rilevanti.

Crediamo che siano necessari nuovi programmi di formazione per gestire sfide nuove e complesse.

Il Campus ha la missione di attrarre persone e aziende che vogliono giocare un ruolo trasformativo per la società come attori sociali che condividono la visione e l'urgenza di costruire una nuova cultura del lavoro, dell'impresa e delle organizzazioni partendo dalla sostenibilità e dall'innovazione sociale per affrontare le complesse sfide di oggi.

Il Cottino Social Impact Campus ha sede a Torino, una delle più importanti città nazionali e internazionali coinvolte in progetti e iniziative di impatto sociale.

2.5 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E LEADERSHIP

Cottino Social Impact Campus è un ente per la formazione e la ricerca di piccole dimensioni con una struttura organizzativa molto snella descritta nell'Organigramma aziendale (**Allegato 2**).

Per ciascun ruolo la Direzione definisce poteri, responsabilità e competenze necessarie per:

- assicurare che il SGQ sia conforme ai requisiti delle norme di riferimento

- assicurare che i processi producano gli output attesi
- ricevere le informazioni relative alle prestazioni del SGQ e alle opportunità di miglioramento
- assicurare la promozione della focalizzazione del cliente tra tutto lo staff
- assicurare che l'integrità del SGQ sia mantenuta quando vengono pianificate e attuate modifiche al SGQ medesimo.

Tali informazioni sono documentate nel mansionario (**Allegato 3**); il necessario dettaglio operativo è contenuto nei capitoli che seguono, nei quali sono descritti i processi aziendali.

In questo quadro, la Direzione dimostra e concretizza la propria leadership e il proprio impegno nei riguardi del SGQ:

- determinando, con il supporto tecnico dello staff intero, le risorse necessarie per l'istituzione, il mantenimento e il miglioramento continuo del SGQ, tenendo in considerazione le capacità delle risorse esistenti all'interno dell'organizzazione e i vincoli che gravano su di esse, nonché il supporto necessario e quello ottenibile da fornitori esterni
- assumendosi la responsabilità dell'efficacia del SGQ
- assicurando che siano stabiliti la politica e gli obiettivi per la qualità relativi al SGQ e che essi siano compatibili con il contesto e con gli indirizzi strategici dell'organizzazione
- assicurando l'integrazione dei requisiti del SGQ nei processi di business dell'organizzazione
- promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk-based thinking
- assicurando la disponibilità di risorse necessarie per il SGQ
- comunicando l'importanza di una gestione per la qualità efficace, e della conformità ai requisiti del SGQ
- assicurando che il SGQ consegua i risultati attesi
- facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del SGQ
- promuovendo il miglioramento
- fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità.

3 POLITICA PER LA QUALITÀ

La politica per la Qualità è stabilita, attuata e mantenuta dalla Direzione, che la riesamina almeno con cadenza annuale in occasione del riesame del SGQ assicurando che essa:

- sia appropriata alle finalità e al contesto della sua organizzazione e supporti i suoi indirizzi strategici
- costituisca un quadro di riferimento per fissare gli obiettivi per la qualità
- comprenda un impegno a soddisfare i requisiti applicabili
- comprenda un impegno per il miglioramento continuo del SGQ
- sia disponibile e mantenuta come informazione documentata
- sia comunicata, compresa e applicata all'interno dell'organizzazione
- sia disponibile alle parti interessate rilevanti, per quanto appropriato.

La Politica per la Qualità è allegata al presente documento (**Allegato 1**); la Direzione si impegna a metterla a disposizione delle parti interessate:

- interne, attraverso le sessioni formative sul sistema di gestione per la qualità, la pubblicazione nelle bacheche interne e la pubblicazione sul sito internet;
- esterne, attraverso la pubblicazione sul sito internet.

4 PROCESSI AZIENDALI

CSIC ha basato il proprio SGQ sulla “gestione per processi”, le cui sequenze e interazioni sono descritte nei capitoli che seguono.

I processi per il SGQ sono definiti dalla **Direzione**, con il supporto di personale anche esterno competente per quanto necessario, che per ciascuno di essi determina:

- obiettivi e finalità, in accordo con le strategie di business della società
- input necessari, output attesi, sequenze e interazioni con gli altri processi
- criteri e metodi necessari ad assicurare l’efficace funzionamento e la tenuta sotto controllo di tali processi, assicurandone l’applicazione
- le risorse necessarie per tali processi, assicurandone la disponibilità
- responsabilità e autorità
- come affrontare rischi e opportunità gravanti su tali processi
- il sistema documentale necessario per supportarne il funzionamento e per aver fiducia che sia condotto come pianificato

in modo da assicurarne l’opportuna pianificazione, attuazione e controllo secondo criteri predefiniti.

La **Direzione** monitora sistematicamente l’andamento di tali processi attraverso gli indicatori elencati nel **Cruscotto Indicatori** (Allegato 8), con cadenza almeno annuale in occasione del Riesame di Direzione (rif. sezione 7.4).

5 PROCESSI OPERATIVI

5.1 PROGETTAZIONE DEI SERVIZI E SVILUPPO DELL'OFFERTA FORMATIVA

Questa procedura descrive responsabilità e modalità per

- individuare le opportunità di sviluppo e l'offerta formativa da proporre ai Clienti, in conformità alle linee guida politico-strategiche del CSIC e i trend di mercato
- progettare, al necessario livello di dettaglio, i servizi da proporre ai Clienti
- predisporre, approvare e gestire l'offerta ai Clienti
- documentare, registrare e archiviare correttamente le informazioni di processo rilevanti ai fini della gestione aziendale, in conformità ai requisiti delle norme di riferimento.

5.1.1 OBIETTIVI

Assicurare che quanto proposto da CSIC sia rispondente alle richieste del mercato di riferimento, dei singoli Clienti, degli Enti Finanziatori ove presenti.

5.1.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione (CdA)
- Advisory Board
- Direttori Scientifici
- Program Manager / Project Manager
- Development & Program Manager
- Project & Operation Coordinator

5.1.3 PROCEDURA

5.1.3.1 Individuazione dell'offerta formativa e di ricerca

L'**Advisory Board** individua le opportunità di sviluppo e di offerta formativa e di ricerca da proporre al mercato e ai Clienti. Tutte le proposte sono soggette all'approvazione del **CdA**.

A tal fine sono costantemente monitorati e analizzati i dati derivanti da:

- indirizzi strategici formulati dal **CdA**
- incontri con soggetti esterni (esponenti del mondo universitario, associazioni, operatori del mercato, fondi interprofessionali, enti pubblici, enti no profit, ordini professionali, professionisti)
- workshop / eventi di settore per definire lo stato dell'arte dell'offerta formativa nel settore di riferimento e valutare la risposta dei potenziali destinatari alle nuove tematiche proposte
- andamento e tendenze del mercato
- analisi delle attività svolte in passato e relativi risultati
- offerta dei competitor italiani e stranieri

- bandi emanati da soggetti finanziatori pubblici e privati (Unione Europea, Regione, Provincia, Fondimpresa, Fondirigenti, ecc.)

Si considerano inoltre le richieste specifiche di Clienti e potenziali Clienti, autonomamente manifestate a seguito delle attività promozionali svolte da CSIC e rilevate durante il processo di gestione delle vendite (rif. sezione 5.2).

Una volta definita l'offerta formativa e di ricerca, lo sviluppo delle successive attività avviene come indicato nei paragrafi che seguono, che riprendono le seguenti tre principali categorie di servizi:

- interventi a catalogo, che comprendono tutti gli interventi sviluppati autonomamente da CSIC e proposti ai Clienti potenzialmente interessati
- interventi finanziati, che comprendono tutti gli interventi sviluppati in risposta a specifici bandi di Enti pubblici o di altri soggetti finanziatori
- interventi personalizzati per Aziende e Organizzazioni, che comprendono tutti gli interventi da costruire volta per volta con il Cliente, sulla base delle specifiche richieste ed esigenze del Cliente.

5.1.3.2 Interventi a catalogo

Una volta individuata la potenziale offerta formativa e di ricerca sviluppabile tramite interventi a catalogo, siano essi nuovi interventi o riedizioni di interventi già svolti in passato, si procede con:

- analisi di prefattibilità
- apertura scheda commessa
- macro-progettazione
- aggiornamento della scheda commessa
- presentazione dell'offerta formativa ai potenziali Clienti
- aggiornamento della scheda commessa
- raccolta adesioni
- aggiornamento della scheda commessa
- erogazione del servizio.

Analisi di prefattibilità

L'analisi è volta a valutare l'effettiva realizzabilità o ripetibilità dell'intervento, in particolare con riferimento a:

- interesse dei potenziali destinatari
- disponibilità di adeguate risorse e dotazioni, inclusi partner e fornitori di materiali e servizi
- aspetti logistico-organizzativi (es. per la localizzazione dei corsi, per la selezione dei partecipanti)
- ritorni ipotizzabili (ritorni di ricavi, di posizionamento, di immagine, ecc.)
- eventuali vincoli di legge.

L'analisi di prefattibilità è svolta dai **Direttori Scientifici**, con il supporto di almeno un componente del **CdA** e dei **Program Manager**.

La decisione finale sui progetti da attivare o ripetere e sul relativo budget è della **Direzione Generale (CdA)**.

Ciascun progetto approvato viene assegnato a un **Program Manager** che da questo momento opererà in autonomia sotto supervisione del Direttore Scientifico e con il supporto delle funzioni **Development & Program Manager** e **Project & Operation Coordinator**.

Apertura scheda commessa

Per ciascun intervento approvato, il **Program Manager** apre una commessa nell'apposito registro (MD REA-01) assegnando alla stessa un codice identificativo univoco che verrà utilizzato in tutte le successive registrazioni, anche di carattere amministrativo.

All'apertura della commessa il **Program Manager** attesta l'avvenuto riesame iniziale dei requisiti e il suo esito positivo.

Macroprogettazione

La macroprogettazione ha come obiettivo la definizione (in caso di nuovi interventi) o il riesame (in caso di riedizioni) degli aspetti minimi elencati di seguito:

- obiettivi economici e formativi e contenuti dell'intervento
- destinatari, requisiti per la partecipazione, eventuali selezioni
- numero minimo di partecipanti
- termine per l'iscrizione
- durata, luogo e modalità di svolgimento
- modalità di valutazione dell'apprendimento, comprensive di soglia minima per la valutazione positiva e azioni in caso di non raggiungimento della soglia minima
- risorse da impiegare
- qualifiche, certificazioni, altri documenti rilasciati ai partecipanti
- budget costi-ricavi complessivi del progetto
- tempistiche per l'elaborazione del catalogo e la promozione dell'evento.

La macroprogettazione è sviluppata dal **Program Manager** con il supporto del personale aziendale competente e, ove necessario, di professionisti esterni qualificati gestiti secondo procedura 6.1, Gestione degli acquisti, e documentata nella "Scheda di macro-progettazione" (MD REA-02)

La macroprogettazione è soggetta a fasi di controllo che sono identificabili con:

- il riesame dei requisiti iniziali, incluse eventuali norme cogenti applicabili, per assicurarsi che siano tutti considerati nella macroprogettazione dell'intervento, a cura del Program Manager
- la verifica di adeguatezza e completezza dei contenuti dell'intervento rispetto ai requisiti iniziali, a cura del Program Manager
- l'approvazione finale del progetto e del relativo budget a cura della **Direzione e poi del Direttore Scientifico**.

Il completamento con esito positivo delle attività di riesame, verifica e approvazione, è formalizzato dal soggetto responsabile nelle apposite sezioni della "Scheda di macro-progettazione".

Si evidenzia che anche se il riesame, la verifica e l'approvazione finale dei documenti rimane in capo a figure ben precise, è responsabilità di ciascuno assicurare, per quanto di competenza, che le informazioni e i documenti forniti per lo sviluppo del progetto siano completi, aggiornati e coerenti con i requisiti iniziali.

Aggiornamento stato commessa

Se la **Direzione/Direttore scientifico** approva la proposta di progetto, il Program Manager aggiorna la riga di commessa, voce "Macroprogettazione", in "Approvata".

Se la **Direzione/Direttore scientifico** non approva la proposta di progetto, il Project Manager aggiorna la riga di commessa in "Rifiutata".

Presentazione dell'offerta formativa ai potenziali Clienti

La presentazione dell'offerta a catalogo ai potenziali Clienti è effettuata attraverso il sito internet del CSIC, organizzazione di workshop, campagne strutturate di marketing digitale (promozione nei social network), contatti diretti con lead e prospect, contatti diretti con i Clienti.

Le manifestazioni interesse sono raccolte dal personale dedicato alle attività di promozione, registrate in apposito file (MD-REA-04 Report attività promozionali) e comunicate al **Program Manager**.

Il **Program Manager** aggiorna la riga di commessa, voce "Presentazione agli interessati", in "Presentata".

Raccolta adesioni

Program Manager aggiorna **Project & Operation Coordinator** sui soggetti che hanno manifestato interesse per l'iniziativa.

Project & Operation Coordinator invia la scheda di adesione (MD REA-03) e ne monitora la restituzione aggiornando il **Program Manager** sull'andamento delle adesioni.

Aggiornamento stato commessa

Se si raggiunge il numero di partecipanti minimo richiesto per effettuare l'intervento, il **Program Manager** aggiorna la riga di commessa, voce "Esito", in "Accettata" e si procede con la realizzazione dell'intervento. Se il numero di partecipanti non viene raggiunto la commessa passa a "Non accettata", il **Program Manager** informa la **Direzione** e il **Direttore Scientifico**.

Programmazione ed erogazione delle attività formative

Vedi sezione 5.4.

5.1.3.3 Progetti finanziati

Una volta individuati i bandi di interesse si procede con:

- analisi di fattibilità
- apertura scheda commessa
- eventuale scelta dei partner
- macroprogettazione ed eventuale predisposizione cataloghi
- aggiornamento della scheda commessa
- promozione del progetto
- aggiornamento della scheda commessa
- predisposizione, approvazione e trasmissione dei documenti di progetto all'Ente Finanziatore
- monitoraggio stato approvazione
- aggiornamento della scheda commessa
- erogazione del servizio.

Analisi di fattibilità

L'analisi di fattibilità è volta a effettuare una prima macrovalutazione sull'effettiva realizzabilità del progetto nel rispetto dei requisiti del bando di finanziamento e delle linee guida politico-strategiche del CSIC, in particolare con riferimento a:

- Requisiti di accesso al bando
- Tempi di realizzazione
- Obbligo / possibilità di sviluppare il progetto in ATI / ATS

- Disponibilità di adeguate risorse e dotazioni, inclusi partner e fornitori di materiali e servizi
- Aspetti logistico-organizzativi (es. per la localizzazione dei corsi, per la selezione dei partecipanti)
- Interesse dei potenziali destinatari
- Ritorni ipotizzabili (economici, di posizionamento, di immagine, ecc.)
- fattibilità della stessa tipologia di intervento senza ricorrere a finanziamento esterno.

L'analisi di fattibilità è svolta dal **Direttore Scientifico** con il supporto dei **Project Manager** e se necessario di professionisti esterni competenti e incaricati con le modalità indicate nella sezione 6.1. Gestione acquisti.

La decisione finale sui progetti da attivare è della **Direzione Generale** (CdA)

Ciascun progetto approvato viene assegnato a un **Project Manager** che da questo momento opererà in autonomia interfacciandosi direttamente con il CdA.

Apertura commessa

Per ciascun intervento approvato, il **Project Manager** apre una commessa nell'apposito registro (MD REA-01) assegnando alla stessa un codice identificativo univoco che verrà utilizzato in tutte le successive registrazioni, anche di carattere amministrativo.

Con l'apertura della commessa il **Project Manager** attesta l'avvenuto riesame iniziale dei requisiti del Bando.

Eventuale scelta dei Partner

Ove ammessa o richiesta dai requisiti del bando si provvede all'individuazione e selezione dei partner da coinvolgere nel progetto.

Il ruolo e le responsabilità di ciascun partner coinvolto nel progetto sono formalizzate nella "Lettera di intenti" sottoscritta da tutti i partner.

Macroprogettazione

La macroprogettazione ha come obiettivo lo sviluppo della proposta di progetto da presentare all'Ente Finanziatore.

A tal fine si provvede a:

- predisporre i documenti di progetto, in accordo al ruolo assegnato a CSIC in caso di partnership e tenendo in considerazione tutti i requisiti del Bando per quanto di competenza; i documenti sono preparati assicurandone l'identificazione e rintracciabilità secondo requisiti del bando / accordo di partnership; in assenza di indicazioni, ciascun documento è identificato con codice identificativo del progetto, titolo, revisione / data, apposto sul documento o incluso nelle proprietà del documento informatico
- compilare la "Scheda di macro-progettazione" (MD REA-02), adattandola agli eventuali requisiti supplementari previsti dal bando.

In caso di dubbi, in particolare su aspetti contrattuali o cogenti, le persone coinvolte nello sviluppo del progetto possono avvalersi del supporto di personale qualificato esterno, previa richiesta al **Project Manager**.

Eventuali richieste di chiarimento agli Enti finanziatori sono effettuate ai recapiti indicati dagli Enti medesimi, prediligendo l'e-mail o comunque la forma scritta alle telefonate.

I documenti di progetto predisposti da CSIC sono soggetti a fasi di controllo e approvazione successive e ricorrenti, che sono identificabili con:

- la verifica che tutti i pertinenti requisiti del Bando siano stati recepiti e presi in considerazione nella formulazione di ciascun documento (attività di "riesame" dei requisiti), effettuata dal **Project Manager**
- la verifica di adeguatezza e conformità "nel merito" del contenuto dei singoli documenti, effettuata dal **Progettista**; in caso di partnership questa verifica è effettuata solo sui documenti di competenza di CSIC

- la verifica del budget di progetto, effettuata dal Project Manager; in caso di partnership questa verifica è effettuata solo sulle parti di competenza di CSIC
- la verifica finale che siano stati predisposti tutti i documenti previsti dal Bando, o comunque quelli di competenza della CSIC in caso di partnership, in capo al **Project Manager**; in caso di partnership questa verifica è effettuata su tutti i documenti, se CSIC è la capofila del progetto
- l'approvazione finale della proposta di progetto da parte della **Direzione generale (CdA)** (validazione interna del progetto).

Il completamento con esito positivo delle attività di riesame, verifica e approvazione, è formalizzato dal soggetto responsabile nella "Scheda di macro-progettazione".

Si evidenzia che anche se le verifiche intermedie e l'approvazione finale dei documenti rimangono in capo a figure ben precise, è responsabilità di ciascuno assicurare, per quanto di competenza, che le informazioni e i documenti forniti per la predisposizione della documentazione di progetto siano completi e aggiornati rispetto ai requisiti del bando.

Tutti i documenti predisposti e quelli che giungono da eventuali partner, qualora CSIC sia la capofila del progetto, sono archiviati:

- in formato digitale: caricando i dati / documenti nella repository dedicata al progetto
- in formato cartaceo: i documenti da produrre su supporto cartaceo, secondo requisiti del Bando e di legge, sono archiviati dal Project Manager nella posizione di archivio cartaceo dedicata al progetto.

Aggiornamento stato commessa

Se la Direzione approva la proposta di progetto, il Project Manager aggiorna la riga di commessa, voce "Macroprogettazione", in "Approvata".

Se la Direzione non approva la proposta di progetto, il Project Manager aggiorna la riga di commessa in "Rifiutata".

Promozione del progetto

Se previsto, il progetto viene propedeuticamente presentato ai potenziali beneficiari in accordo ai requisiti del Bando e alle responsabilità definite in caso di realizzazione in partnership.

La manifestazione di interesse/adesione da parte dei beneficiari, laddove prevista, costituisce la prima validazione esterna del progetto.

Aggiornamento stato commessa

Il Project Manager aggiorna la riga di commessa, voce "Presentazione agli interessati", in "Presentata".

Qualora il progetto non venga presentato ai potenziali beneficiari, la riga di commessa è aggiornata in "Non presentata" con indicazione delle motivazioni.

Predisposizione, approvazione e trasmissione dei documenti di progetto all'Ente Finanziatore

Una volta raccolta la manifestazione di interesse/adesione da parte dei destinatari (se prevista), vengono predisposti / raccolti gli ultimi documenti per la presentazione all'Ente Finanziatore, in accordo al Bando e all'eventuale accordo di partnership.

Il progetto da presentare all'Ente è sottoposto a verifica e approvazione finale da parte, rispettivamente, del Project Manager interessato e del CdA. Verifica e approvazione sono attestate con scambio di e-mail.

I documenti sono quindi trasmessi all'Ente Finanziatore con le modalità indicate dall'Ente medesimo.

Aggiornamento stato commessa

Il Project Manager aggiorna la riga di commessa, voce "Presentazione all'Ente", in "Presentata".

Qualora il progetto non venga presentato all'Ente, la riga di commessa è aggiornata in "Non presentata" con indicazione delle motivazioni (es. non raggiungo il numero minimo di partecipanti previsto).

Monitoraggio stato di approvazione

Il Project Manager monitora la pubblicazione delle graduatorie da parte dell'Ente Finanziatore.

Se il progetto non viene approvato, si procede con:

- analisi delle possibili motivazioni della mancata accettazione, per future esperienze
- aggiornamento della riga di commessa, voce "Esito", in "Non accettata".

Se il progetto viene approvato, si procede con:

- costituzione dell'ATI / ATS ove prevista
- aggiornamento della riga di commessa in "Accettata"
- comunicazione di avvio progetto verso l'Ente, con le modalità e le tempistiche definite dall'Ente
- comunicazione agli interessati e definizione del kick-off meeting.

A questo punto si procede con le attività di ulteriore promozione e/o di selezione dei partecipanti, se previste, e di pianificazione e realizzazione del progetto (rif. Erogazione, controllo e valutazione dei servizi), sempre in accordo ai ruoli definiti in caso di ATI/ATS, al progetto approvato dall'Ente promotore del bando e agli eventuali ulteriori requisiti dell'Ente.

5.1.3.4 Interventi personalizzati

Si veda la sezione [5.2, Gestione vendite](#), che definisce le modalità di attuazione della macroprogettazione dei servizi inerenti a interventi personalizzati, durante la fase di preparazione dell'offerta.

5.1.4 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

- Registro commesse
- Scheda macro-progettazione
- Schede adesione
- Lettera di intenti partner / costituzione partnership

5.2 GESTIONE VENDITE

Questa procedura regola le attività di vendita dei servizi formativi di CSIC.

5.2.1 OBIETTIVI

L'obiettivo è sviluppare il portafoglio aziende e il fatturato, fidelizzando i Clienti esistenti e acquisendo nuovi Clienti attraverso la conoscenza diretta dei percorsi di formazione CSIC e la sperimentazione del *valore* dei percorsi CSIC.

5.2.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Direttori Scientifici
- Sales & Marketing Manager
- Project Manager
- Amministrazione

5.2.3 PROCEDURA

5.2.3.1 Pianificazione delle attività commerciali

L'attività commerciale è sviluppata sulla base del business plan approvato dal **CdA**.

5.2.3.2 Attività propedeutica

Il primo contatto è preceduto da una fase conoscitiva del soggetto, con particolare riferimento a elementi di contesto generale quali:

- mission, vision, politiche dell'ente
- settore in cui opera l'ente
- dimensioni dell'ente (dipendenti, fatturato/stabilimenti)
- possibili referenti/decisori a cui far riferimento
- andamento
- politiche di gestione del personale (sviluppo), abitudine alla formazione (corsi effettuati, destinatari, competitor, aspettative)
- iscrizione ai Fondi Interprofessionali.

Normalmente queste informazioni sono reperite nelle banche dati CSIC, se Clienti attivi, o attraverso i canali comunicativi dell'ente (sito internet, canali social, ecc.).

Sales & Marketing Manager procede quindi con i contatti, per la presentazione di **CSIC** e dell'offerta formativa.

L'attività è svolta nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela dei dati personali, come delineato nel Manuale di gestione privacy.

Se il contatto dimostra interesse, **Sales & Marketing Manager** concorda e pianifica un incontro interlocutorio informandone il **Project Manager** assegnato al contatto dalla Direzione, definisce le tempistiche di recall, e resta a disposizione del **Project Manager** per attività di back office.

5.2.3.3 Analisi dei bisogni

Il **Project Manager** si relaziona con i contatti assegnatigli, presentando i servizi offerti dal CSIC e raccogliendo ogni informazione utile a comprenderne i bisogni. A tal fine utilizza il materiale promozionale approvato (rif. sezione 5.3, [Comunicazione e Marketing](#)).

Terminata l'analisi dei bisogni, il **Project Manager** sintetizza le richieste raccolte alla Direzione, attraverso riunioni programmate e/o apposito report (MD REA-04 Report attività promozionali) che archivia nella cartella dedicata al Cliente / Prospect nella rete aziendale.

5.2.3.4 Verifica di fattibilità dell'intervento

Il **Project Manager** valuta la fattibilità dell'intervento, intesa come capacità e interesse di CSIC a realizzare quanto richiesto, avvalendosi del supporto di **Direzione, Direttori Scientifici** e **personale aziendale** competente secondo necessità.

Se l'intervento richiesto riguarda un prodotto interaziendale esistente a catalogo, o un intervento finanziabile attraverso bandi o conto formazione del Cliente, si procede come indicato nella precedente sezione 5.1 [Progettazione dei servizi e sviluppo dell'offerta formativa](#).

Apertura commessa

Se l'intervento dev'essere realizzato con intervento personalizzato, il **Project Manager** apre una commessa nell'apposito registro (MD REA-01) assegnando alla stessa un codice identificativo univoco che verrà utilizzato in tutte le successive registrazioni, anche di carattere amministrativo.

Con l'apertura della commessa il **Project Manager** attesta l'avvenuto riesame iniziale dei requisiti cliente.

5.2.3.5 Preparazione dell'offerta

Il **Project Manager** elabora l'offerta avvalendosi del supporto di altro personale competente secondo necessità, anche esterno previa approvazione della Direzione.

L'elaborazione dell'offerta comporta:

- nel caso in cui venga riproposto un intervento già effettuato, presso lo stesso o presso un altro Cliente: un attento riesame dell'intervento già attuato (obiettivi, argomenti sviluppati, tempi, docenti e altre risorse coinvolte, modalità di erogazione e verifica, materiale didattico/di ricerca utilizzato, documenti e registrazioni in uscita, aspetti logistici, ecc.), al fine di assicurare che le stesse siano attuali e tali da coprire esaurientemente le richieste ed esigenze del Cliente
- nel caso in cui si proponga un nuovo intervento, o nel caso in cui l'analisi di cui al punto precedente richieda una revisione significativa del percorso formativo: la progettazione di massima (macroprogettazione) dell'intervento, con definizione di massima di obiettivi, argomenti da sviluppare, tempi, risorse da impiegare, modalità di erogazione e verifica, materiale didattico / di ricerca da utilizzare, documenti e registrazioni da produrre, aspetti logistici), al fine di assicurare l'esito positivo dell'intervento rispetto alle richieste e alle esigenze del Cliente
- la definizione della parte economica (Budget di offerta).

L'offerta è predisposta utilizzando i template aziendali contenenti tutti i punti da sviluppare. In ogni caso, nell'offerta devono essere evidenziati:

- la data e il numero di revisione (a partire dalla revisione 0) dell'offerta. Il numero di revisione deve essere inserito nel titolo del file come vX, con "X" a partire da 0)
- le richieste del Cliente
- l'intervento proposto all'opportuno livello di dettaglio, purché siano indicati almeno:
 - descrizione dell'intervento
 - obiettivi dell'intervento
 - argomenti sviluppati, modalità di erogazione e tempi di realizzazione
 - eventuali documenti rilasciati (es. attestati di partecipazione, materiale didattico, materiale prodotto)
 - eventuali obblighi del Cliente
 - eventuale finanziabilità attraverso conto formazione o bandi di sistema
 - valorizzazione economica
 - termini di fatturazione e pagamento (inclusa rifatturabilità delle spese).

L'offerta così predisposta costituisce evidenza della macro-progettazione e attesta che sono stati valutati ed esaminati tutti i necessari requisiti relativi al servizio da erogare.

L'offerta e tutte le eventuali revisioni sono approvate e sottoscritte dalla **Direzione**.

Aggiornamento stato commessa

A seguito dell'approvazione della Direzione, Project Manager aggiorna la riga di commessa, voce "Macroprogettazione", in "Approvata" (MD REA-01).

5.2.3.6 Invio dell'offerta e gestione della trattativa

Il Project Manager:

- presenta l'offerta al Cliente
- salva l'offerta presentata nella cartella di rete dedicata al Cliente
- aggiorna lo "stato offerta" nel Registro commesse, voce "Presentazione agli interessati", in "Presentata" (MD REA-01)
- gestisce l'eventuale trattativa
- invia al Cliente l'eventuale documentazione aggiuntiva richiesta.

Eventuali revisioni dell'offerta derivanti dalla trattativa con il Cliente comportano il riesame, da parte del Project Manager, di tutti gli elementi già descritti sopra, la revisione dell'offerta e la sua riapprovazione e sottoscrizione da parte della Direzione.

Ogni aggiornamento dev'essere identificato con la data e il numero di revisione incrementale rispetto alla revisione precedente.

Tutta la documentazione scambiata con il Cliente è salvata nella cartella di rete dedicata al Cliente.

Un'offerta si intende accettata se il Cliente la restituisce timbrata e firmata, oppure se il Cliente consegna un proprio ordine d'acquisto che contenga, o riferisca a, la proposta formulata da CSIC. Sono ammesse una o più delle seguenti modalità di consegna:

- via posta (documento cartaceo timbrato e firmato in originale dal Cliente)
- via e-mail o tramite piattaforme dedicate per la firma digitale
- via fax.

Al ricevimento dell'offerta controfirmata / ordine del Cliente, il Project Manager:

- controlla la conformità all'offerta presentata
- invia al Cliente, via semplice e-mail, la conferma d'ordine finale
- aggiorna lo "stato offerta" nel Registro commesse, voce "Esito", in "Accettata" (MD REA-01).

Le offerte controfirmate / ordini Cliente sono consegnate all'Amministrazione per la conservazione; copia digitale è conservata nella cartella di rete dedicata al Cliente.

Le attività procedono quindi come indicato nella sezione [5.4, Erogazione, controllo e valutazione dei servizi](#).

Se il Cliente non accetta l'offerta, il Project Manager aggiorna lo "stato offerta" nel Registro commesse in "Non accettata" (MD REA-01).

La Direzione monitora sistematicamente lo stato delle offerte nel Registro commesse verificandone gli avanzamenti con i Project Manager.

5.2.3.7 Gestione modifiche

Il Program Manager comunica al cliente ogni variazione che si renda necessaria rispetto a quanto programmato, tramite contatto telefonico seguito da e-mail.

5.2.3.8 Sviluppo e fidelizzazione del cliente

Una volta acquisito, il Cliente viene periodicamente contattato dal **Project Manager** per monitorarne il grado di soddisfazione e raccogliere eventuali ulteriori esigenze.

L'esito del monitoraggio del cliente è discusso in sede di riunione mensile con la Direzione; eventuali aspetti critici sono annotati nella Scheda cliente presente in rete.

NOTA: eventuali reclami del Cliente devono essere immediatamente gestiti, come descritto nella sezione [6.4, Gestione non conformità, reclami e azioni correttive](#).

5.2.4 REGISTRAZIONI

- Report attività promozionali
- Offerte, ordini cliente, comunicazioni commerciali significative

5.3 COMUNICAZIONE E MARKETING

Questa procedura regola le attività promozionali effettuate da CSIC verso tutte le tipologie di Clienti e potenziali Clienti (lead e prospect).

5.3.1 OBIETTIVI

Fornire ai destinatari delle attività promozionali una corretta conoscenza dei prodotti offerti da CSIC.

A tal fine, le attività promozionali sono svolte nel rispetto dei seguenti criteri:

- trasparenza
- chiarezza
- completezza di informazioni
- corrispondenza tra quanto dichiarato e quanto effettivamente erogato
- rispetto delle normative cogenti.

5.3.2 CAMPO DI APPLICAZIONE

- Tutte le categorie di servizi offerti dal CSIC

5.3.3 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Development & Program Manager
- Area Communication
- Area Sales & Marketing
- Project Manager
- Soggetti esterni eventualmente incaricati di specifiche attività (agenzie di pubblicità, grafico, agenzia web, ecc.)

5.3.4 PROCEDURA

5.3.4.1 Premessa

Tutte le attività promozionali devono essere effettuate nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela del diritto d'autore e di privacy per quanto concerne sia la diffusione di immagini, suoni e ogni altro dato personale contenuto nel materiale predisposto, sia l'invio del materiale medesimo ai destinatari.

5.3.4.2 Pianificazione e realizzazione delle attività di comunicazione e marketing

Le attività di comunicazione e marketing sono pianificate dalla **Direzione** con il supporto di **Development & Program Manager, dell'area Communication e dell'area Sales & Marketing**, in coerenza con gli esiti della fase di sviluppo dell'offerta formativa e in accordo alle linee strategiche definite nel business plan.

Con la pianificazione si definiscono quali materiali promozionali produrre e relativi contenuti, le modalità e responsabilità di diffusione e le relative tempistiche.

Nella pianificazione della promozione di eventi finanziati si tiene conto dei vincoli previsti dall'Ente finanziatore.

Il materiale promozionale è approvato dalla Direzione.

La presentazione del CSIC e della sua offerta formativa e di ricerca può avvenire con uno o più dei seguenti mezzi:

- organizzazione di workshop
- partecipazione a eventi di settore
- contatti diretti con clienti, lead, prospect da parte del Project Manager
- campagne di mailing, effettuate nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela dei dati personali
- sito internet e canali social di CSIC
- relazioni istituzionali.

Le manifestazioni interesse sono raccolte dal personale dedicato alle attività di promozione e registrate in file dedicato.

5.3.4.3 Verifica efficacia

La Direzione monitora l'esito delle attività promozionali effettuate rispetto agli obiettivi individuati, al fine di identificare i canali e le modalità più efficaci per la promozione delle attività future.

5.3.5 REGISTRAZIONI

- Materiale promozionale

5.4 EROGAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE DEI SERVIZI

Questa procedura descrive responsabilità e modalità per la erogazione, il controllo, la valutazione dei servizi erogati e per la registrazione dei relativi dati.

5.4.1 OBIETTIVI

L'obiettivo è assicurare che i servizi erogati da CSIC siano conformi ai requisiti contrattuali e di legge e monitorare costantemente il grado di soddisfazione dei Clienti ai fini del miglioramento.

La procedura si applica a tutti i servizi formativi erogati dal CSIC.

5.4.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Direttori Scientifici
- Program Manager / Project Manager
- Project & Operation coordinator
- Docenti

5.4.3 PROCEDURA

5.4.3.1 Avvio di un progetto formativo

L'avvio di un progetto formativo comporta:

- affidamento degli incarichi di progetto (progettisti, docenti, tutor, relatori, ecc.),
- se a soggetti interni, via e-mail
- se a soggetti esterni, come indicato nella sezione 6.1, Gestione acquisti
- prenotazione delle risorse nell'agenda condivisa
- riunione di kick-off, nella quale il Program Manager / Project Manager illustra il progetto, gli obiettivi, le strategie e ogni altra informazione utile alla gestione del progetto. Le riunioni sono documentate con e-mail / verbalizzate
- nel caso di progetti finanziati, **Project & Operation coordinator**, con la supervisione del **Project Manager**, inoltra comunicazione di "avvio delle attività" con le modalità previste dall'Ente finanziatore e archivia tutta la documentazione raccolta (es: iscrizione CCIAA, fidejussioni, documenti di identità, atti notarili delle ATS, etc...)

5.4.3.2 Progettazione esecutiva (didattica)

Il **Program Manager / Project Manager** supervisiona l'attuazione e la formalizzazione della progettazione didattica, ove non già effettuata, a cura dei soggetti incaricati.

La progettazione didattica ha l'obiettivo di definire almeno, per ciascuna sessione formativa:

- Durata
- Obiettivi

- Contenuti
- Metodi
- Materiale didattico
- Modalità di valutazione dell'apprendimento, se non già completamente definite in macroprogettazione.

La progettazione didattica comprende:

- il riesame dei requisiti iniziali, effettuato ad avvio attività a cura di chi esegue la progettazione
- la verifica di adeguatezza e completezza dei contenuti della progettazione rispetto ai requisiti iniziali, effettuato almeno al termine dell'attività di progettazione, a cura del Project Manager
- l'approvazione della progettazione a cura del Project Manager.

Gli output della progettazione didattica sono formalizzati a cura di chi la esegue nell'apposita Scheda Progettazione Didattica (MD REA-05), nella quale si attesta anche l'esecuzione e l'esito delle attività di riesame, verifica e validazione della progettazione.

La Scheda è archiviata nella cartella di rete dedicata al Cliente / commessa.

5.4.3.3 Pianificazione delle attività

Una volta completata la progettazione didattica, la pianificazione delle successive attività è in capo a **Project & Operation coordinator** e ai docenti sotto supervisione del **Program Manager / Project Manager**.

In particolare, Project & Operation coordinator:

- contatta i docenti per la pianificazione degli interventi formativi, richiedendo e monitorando la consegna dei materiali didattici di loro competenza su format CSIC
- controlla la correttezza di format dei materiali didattici ricevuti; se necessario, Communication & Location coordinator li riporta su format CSIC
- archivia i materiali didattici corretti nella cartella di rete del Cliente / commessa
- prepara la learning room
- prepara i materiali didattici stampati (solo se esplicitamente previsto), la cancelleria, l'eventuale registro (se previsto) e le liberatorie per la privacy da distribuire in aula
- nel caso di eventi erogati in sede, prepara l'aula, disponendo materiali e attrezzature; [entro il giorno lavorativo precedente l'inizio del corso, verifica il corretto funzionamento delle attrezzature registrandone l'esito](#)
- nel caso di seminari fuori sede, organizza la spedizione / consegna in tempo utile a raggiungere la sede del corso
- raccoglie o produce, in caso di progetti finanziati, tutta la documentazione richiesta dall'ente finanziatore occupandosi del caricamento di tutti i dati fisici di progetto sulle relative piattaforme on line.

Il Docente incaricato:

- predispone il materiale didattico necessario al corso del quale è responsabile delle fasi di riesame, verifica e validazione.
- la formalizzazione di tali step avviene tramite l'invio al CSIC del materiale con le tempistiche e modalità concordate; in assenza di indicazioni, il materiale è consegnato in formato elettronico prima della sessione in aula
- assicura che i materiali inviati al CSIC rispettino le norme relative al Diritto d'Autore.

5.4.3.4 Erogazione delle attività

Il Docente incaricato:

- eroga il seminario secondo la tempistica e le modalità concordate e, se necessario, adatta i contenuti e le metodologie didattiche in funzione delle caratteristiche dei Partecipanti nel rispetto degli obiettivi dei singoli interventi formativi
- è responsabile della corretta compilazione dei registri forniti dal CSIC secondo le istruzioni allegate al registro stesso
- comunica al **Program Manager / Project Manager** eventuali variazioni nella composizione dell'aula e le presenze effettive della sessione
- comunica al **Program Manager / Project Manager** (se non presente in aula) di riferimento eventuali problematiche riscontrate durante l'erogazione delle attività
- riporta le proprie considerazioni sull'evento [utilizzando la scheda MD-ACC-13 Report Docente](#).

Il Project & Operation coordinator:

- assiste gli allievi per i fabbisogni collegati alle attività didattiche
- nel caso di corsi tenuti al di fuori delle sedi di CSIC, organizza il ritiro a fine corso dei materiali CSIC.

Il Program Manager / Project Manager:

- presenza alle attività formative, salvo impedimenti non indifferibili
- gestisce le eventuali problematiche che potrebbero sorgere durante l'erogazione delle attività formative attuando le azioni necessarie
- monitora insieme a **Project & Operation coordinator** i dati fisici di progetto sulla base dei dati ricavabili dalla commessa (in caso di progetti finanziati i dati sono ricavabili dalla piattaforma dell'Ente Finanziatore, ove presente) che deve essere sistematicamente e tempestivamente aggiornata.

5.4.3.5 Valutazione dell'apprendimento

La valutazione dell'apprendimento è effettuata come da progettazione e documentata (es. utilizzo di test di valutazione apprendimento).

I risultati sono comunicati al **Program Manager / Project Manager**. Esiti negativi sono analizzati con il Docente interessato per l'adozione delle opportune azioni di rimedio.

Le prove documentate sono consegnate al **Project & Operation coordinator** che le archivia nella cartella di rete dedicata al Cliente / commessa.

5.4.3.6 Customer satisfaction

La customer satisfaction è monitorata mediante apposito questionario online, attraverso il quale i partecipanti possono esprimere la propria valutazione in merito ai diversi argomenti citati nel questionario.

L'elaborazione statistica e grafica dei questionari compilati è a cura del **Project & Operation coordinator**.

La valutazione ha esito POSITIVO se l'indice calcolato supera la soglia del 75% (media delle risposte: almeno 3 su una scala da 1 a 4). La valutazione con esito positivo comporta la **validazione finale del corso**.

In caso di risultato NEGATIVO (media delle risposte inferiore a 3) il corso non viene validato e si apre una Non Conformità gestita come descritto nella sezione [6.4 Gestione non conformità, reclami, azioni correttive](#).

I **Program Manager / Project Manager** di competenza attivano il Direttore Scientifico interessato e la Direzione al fine di definire eventuali piani di azione necessari per aumentare il livello di soddisfazione del Cliente finale e la ridefinizione del corso.

I risultati delle valutazioni sono utilizzati come obiettivi di miglioramento per la riprogettazione delle successive attività formative.

5.4.3.7 Relazione di fine corso

Al termine di ogni corso, il **Program Manager / Project Manager** elabora una relazione (MD REA-07), riportando una valutazione sull'andamento del corso e sul personale docente utilizzato.

La valutazione è basata sulle seguenti informazioni:

- feedback docenti, partecipanti, clienti e staff di supporto alla realizzazione dell'intervento
- risultati della verifica dell'apprendimento, se attuata
- andamento del corso rispetto alla pianificazione.

La relazione è condivisa con **Direttore Scientifico e Direzione** per le opportune valutazioni.

5.4.4 REGISTRAZIONI

- Verbali di kick-off
- Progettazione didattica
- Calendari didattici
- Materiale didattico
- Registri presenze, se previsti
- Evidenze valutazione dell'apprendimento, se prevista
- Soddisfazione partecipanti
- Report docenti / tutor
- Relazioni di fine corso
- Incarichi

6 PROCESSI DI SUPPORTO

6.1 GESTIONE DEGLI ACQUISTI

Questa procedura descrive responsabilità e modalità per la gestione dei seguenti acquisti:

- Docenze e altri servizi professionali
- Risorse logistiche (aule, attrezzature)
- Materiale di consumo
- Altri prodotti e servizi

6.1.1 OBIETTIVI

L'obiettivo è assicurare che i servizi e i prodotti acquistati da CSIC che possono impattare sulla qualità dell'offerta CSIC, siano conformi ai requisiti contrattuali e di legge e tali da garantire la soddisfazione di Clienti e partecipanti.

6.1.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Direttori Scientifici
- Program Manager / Project Manager
- Project & Operation coordinator
- Communication & Location coordinator
- Amministrazione
- Fornitori

6.1.3 PROCEDURA

6.1.3.1 Docenze e altri servizi professionali

Qualora per l'erogazione dei servizi offerti dal CSIC sia necessario avvalersi di professionisti esterni per attività di formazione (docenti, progettisti, tutor), la ricerca, valutazione e selezione degli stessi sono effettuate dalla **Direzione** con il **Direttore Scientifico** e/o **Program Manager/Project Manager** interessato.

L'individuazione dei professionisti da impiegare è effettuata mediante un'analisi preliminare dei CV presenti nella banca dati aziendale, per i nominativi presenti nell'"Elenco fornitori qualificati" (MD ACQ-01), conservati nella cartella di rete "Fornitori".

Se i profili presenti nell'archivio non sono idonei, la **Direzione** può attivare la ricerca di nuovi candidati con le modalità ritenute più efficaci, quali contatti diretti, inserzioni in internet su siti dedicati o il supporto di società specializzate nella ricerca di personale.

Individuati i candidati la Direzione, con il **Direttore Scientifico** e/o **Program Manager/Project Manager** interessato, ne analizzano il CV ed effettuano uno o più colloqui con ciascuno, con lo scopo di valutare l'effettiva rispondenza alle esigenze aziendali e di progetto e definire la fascia di compenso orario entro cui il professionista può essere inserito.

La valutazione è effettuata avendo a riferimento i requisiti di base indicati nel Mansionario, e quelli ulteriori eventualmente individuati in fase di progettazione di base o esecutiva.

Per i candidati che superano positivamente la prova, i partecipanti alla selezione compilano la “Scheda Fornitore” (MD ACQ-02) riportandovi le proprie osservazioni; la **Direzione** stabilisce la fascia di compenso orario definita entro cui il professionista è inserito, e la consegna al **Project & Operation coordinator** con il CV analizzato, per l’aggiornamento della lista dei fornitori qualificati (MD ACQ-01 Sezione A) e l’archiviazione nella cartella di rete aziendale “Fornitori”.

Si procede quindi con la richiesta delle informazioni presenti nella “Scheda anagrafica fornitore” (MD ACQ-03) e la predisposizione dell’ordine di acquisto (contratto) assicurandosi che contenga gli elementi minimi presenti nello standard predisposto dai consulenti legali secondo tipologia di acquisto. Nei contratti per la realizzazione di attività nell’ambito di corsi di formazione specifici è presente l’identificazione del corso con il dettaglio delle attività richieste e relativo impegno.

Il contratto è verificato dal **Program Manager/Project Manager**, validato dalla Direzione, inviato al fornitore e quindi archiviato nella cartella di rete aziendale **dedicata al fornitore**.

Non è ammesso il subappalto di servizi professionali.

Monitoraggio e valutazione

I professionisti incaricati sono sottoposti a monitoraggio e valutazione:

- al completamento di ciascun incarico assegnato, per confermare o meno il mantenimento del professionista nell’elenco dei fornitori qualificati (valutazione periodica);
- una annuale (valutazione annuale), in sede di Riesame della Direzione

I docenti / tutor sono soggetti anche a valutazione durante lo svolgimento del corso, se previsto e con le modalità definite in fase di progettazione (valutazione in itinere).

Le valutazioni sono effettuate come segue.

Valutazione periodica / in itinere

Il **Program Manager/Project Manager** interessato valuta le prestazioni del professionista utilizzando i dati oggettivi derivanti dai Questionari di Valutazione compilati dai Clienti e dai partecipanti ai corsi, e ogni ulteriore feedback raccolto.

La valutazione è effettuata avendo a riferimento i seguenti criteri e relative soglie per attribuire una valutazione positiva.

- esito dei Questionari di Valutazione: > 75%
- non conformità / reclami attribuiti al fornitore: assenza di eventi irrisolti o che abbiano comportato grave pregiudizio per il CSIC (reputazione, economici, relazioni con i partecipanti, ecc.)
- feedback interni: assenza di segnalazioni negative motivate e irrisolte.

La valutazione è registrata nella “Relazione di fine corso” (MD REA-07).

Le valutazioni sono presentate alla Direzione che decide sul mantenimento del professionista nella lista dei fornitori qualificati (MD ACQ-01).

Eventuali criticità sono gestite come non conformità, rif. [sezione 6.4](#).

Valutazione annuale

La valutazione annuale in sede di riesame della Direzione è effettuata attraverso analisi delle Relazioni di fine corso e del Registro non conformità.

Gli esiti sono formalizzati nel Verbale di Riesame (allegato 9 al Manuale), i fornitori riqualificati sono riportati nella Sezione dedicata dell’Elenco fornitori qualificati (MD ACQ-01).

6.1.3.2 Risorse logistiche (aule, attrezzature)

Qualora sia necessario acquistare o noleggiare attrezzature, o prendere in locazione anche temporanea aule per l'erogazione dei corsi, si procede come segue:

- il **Project Manager / Program Manager** comunica la necessità di effettuare l'acquisto o noleggio (approvati dalla Direzione) al personale aziendale di supporto alle operation (**Project & Operation coordinator, Location coordinator**), indicando i requisiti specifici individuati in fase di progettazione e relativi in modo particolare a:
 - tipo e quantità di strutture richieste
 - caratteristiche delle aule e delle strutture di servizio (es. numero di aule, metri quadri minimi, postazioni, arredi, disponibilità di parcheggio, disponibilità di spogliatoio, ecc.)
 - caratteristiche delle attrezzature, con particolare riferimento alle caratteristiche tecnologiche
 - luogo in cui devono essere disponibili / consegnate
 - tempi massimi di approvvigionamento.
- Le figure sopra, coordinandosi, contattano i potenziali fornitori qualificati (presenti nell'Elenco fornitori qualificati MD ACQ-01) o da qualificare indicati dalla Direzione, e invia una Richiesta d'Offerta, descrivendo con chiarezza la fornitura necessaria. La Richiesta contiene sempre di default l'indicazione di fornire:
 - per le attrezzature: dichiarazione di conformità, manuali d'uso e manutenzione e, in caso di noleggio, autocertificazione sulla corretta manutenzione dell'attrezzatura noleggiata
 - per le aule: autocertificazione di conformità alla normativa vigente in materia di sicurezza (rif. MD SIC-01), con indicazione che in caso di emissione dell'Ordine per la locazione, questo verrà preceduto da sopralluogo per verificare l'effettiva idoneità per CSIC, e che al fornitore potrà essere richiesto in ogni momento di presentare la documentazione attestante quanto dichiarato.
- La scelta del fornitore è effettuata dalla Direzione che a tal fine valuta, con il supporto del **Project Manager / Program Manager**:
 - la conformità dell'offerta alla richiesta emessa
 - le tempistiche di consegna
 - il rapporto qualità / prezzo
 - i tempi e modalità di pagamento
 - con il supporto del RSPP, il rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza (verifica documentale)
- In caso di locazione di aule, prima di erogare il servizio si effettua un sopralluogo per verificarne l'effettiva rispondenza alle esigenze del corso, utilizzando come guida il MD SIC-01 Verifica idoneità struttura, e che:
 - la struttura sia effettivamente disponibile e in regola con la normativa vigente in materia di sicurezza (valutazione del rischio, CPI, verbali di verifica periodica, ecc.)
 - la struttura rispetti le norme locali applicabili ai locali destinati ad attività di formazione
- L'esito è documentato mediante annotazione nel modulo MD SIC-01 delle evidenze riscontrate.
- Si emette quindi l'ordine al fornitore indicato dalla Direzione.

La valutazione è effettuata avendo a riferimento i seguenti criteri e relative soglie per attribuire una valutazione positiva.

- esito dei Questionari di Valutazione relativi alla sede: > 75%

- non conformità (es. assenza di documenti di sicurezza) / reclami formulati sulla sede: assenza di eventi irrisolti o che abbiano comportato grave pregiudizio per il CSIC (reputazione, economici, relazioni con i partecipanti, ecc.)
- feedback interni: assenza di segnalazioni negative motivate e irrisolte.

6.1.3.3 Materiale di consumo

Il materiale di consumo standard (penne, matite, blocchi per appunti) è acquistato direttamente dal personale aziendale di supporto alle operation (**Project & Operation coordinator, Communication & Location coordinator**), presso fornitori approvati dalla Direzione, in modo da assicurarne una scorta minima. Ogni riacquisto è approvato dalla Direzione.

Eventuali esigenze specifiche rispetto al materiale standard, evidenziate in fase di progettazione dei corsi, sono gestite come segue:

- il **Project Manager / Program Manager** consegna personale di supporto per le operation la richiesta interna d'acquisto approvata dalla Direzione, specificando tipologia, quantità e requisiti specifici, inclusi eventuali standard tecnici, per l'emissione dell'ordine a fornitore
- secondo indicazioni della Direzione, può essere inviato un ordine a fornitore qualificato, oppure può essere richiesta una quotazione a più fornitori. In questo secondo caso, la scelta del fornitore è effettuata dalla Direzione che valuta:
 - conformità dell'offerta alla richiesta emessa
 - tempistiche di consegna
 - rapporto qualità / prezzo
 - tempi e modalità di pagamento.

I fornitori qualificati sono inseriti nell'apposito elenco e rivalutati con cadenza annuale, in sede di Riesame di Direzione, tenendo conto dei criteri indicati nel modulo MD ACQ-01 Sezione C.

6.1.3.4 Controllo attrezzature e materiale di consumo

Alla consegna, le attrezzature e il materiale di consumo sono soggette a verifica di accettazione, consistente in

- verifica della corrispondenza tra ordine al fornitore, materiale consegnato e documento di trasporto
- verifica dell'integrità degli imballaggi e dei materiali a vista.

eseguito dalla persona che riceve il materiale.

Il controllo della funzionalità delle attrezzature è effettuato dal **Project Manager / Program Manager**.

Eventuali non conformità sono gestite come da sezione 6.4.

6.1.3.5 Altri prodotti e servizi

Gli acquisti di prodotti e servizi diversi dalle categorie precedenti sono effettuati previa approvazione della Direzione, presso fornitori in grado di soddisfare le esigenze CSIC nel rispetto dei requisiti di legge ove applicabili.

I fornitori di:

- servizi professionali diversi dalla docenza
- servizi di manutenzione infrastrutture e attrezzature

sono inseriti nell'apposito elenco e rivalutati con cadenza annuale, in sede di Riesame di Direzione, tenendo conto dei criteri indicati nel modulo MD ACQ-01 Sezione C.

6.1.3.6 Controllo amministrativo

Al ricevimento di una fattura relativa alla fornitura di beni o servizi, l'Amministrazione:

- verifica la corrispondenza della stessa al contratto stipulato e la presenza di eventuali non conformità / problematiche comunque segnalate
- chiede conferma al **Project Manager / Program Manager** dell'avvenuta consegna dei beni / servizi indicati in fattura, ai fini della contabilizzazione.

Se entrambe le condizioni sono positive, l'Amministrazione contabilizza la fattura, altrimenti contatta il Fornitore per segnalare le criticità rilevate.

6.1.4 REGISTRAZIONI

- Incarichi / Ordini a fornitori
- Evidenze dei controlli per l'accettazione.

6.2 GESTIONE DEL PERSONALE

Questa procedura descrive responsabilità e modalità per la gestione del personale aziendale, per il conseguimento degli obiettivi indicati di seguito.

6.2.1 OBIETTIVI

Il processo Gestione del personale ha le seguenti finalità e obiettivi:

- assicurare che ruoli, poteri, responsabilità e competenze/caratteristiche richieste lo svolgimento delle attività lavorative siano chiaramente definiti, documentati e comunicati a tutto il personale interessato, e che queste informazioni siano tempestivamente aggiornate in caso di variazioni
- assicurare che tutto il personale di CSIC sia in possesso di competenze/caratteristiche richieste e necessarie per gli incarichi affidati
- assicurare che il personale di CSIC sia consapevole:
 - della politica per la Qualità aziendale
 - dei propri obiettivi e del proprio contributo all'efficacia del SGQ, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni
 - dalle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del SGQ;
- assicurare la disponibilità delle persone idonee e necessarie per l'efficace attuazione del SGQ e il funzionamento e il controllo dei processi.
- assicurare che il *know-how* derivante dalle attività svolte diventi patrimonio aziendale, attraverso opportuna pianificazione dei passaggi di consegne in caso di variazioni di ruolo/mansione, pensionamento, dimissioni, licenziamento.

6.2.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Tutto il personale.

6.2.3 PROCEDURA

6.2.3.1 Definizione della struttura organizzativa e dei requisiti di ruolo

La Direzione definisce:

- la struttura organizzativa aziendale, sulla base delle strategie di sviluppo e delle caratteristiche aziendali e tenuto conto delle vigenti normative applicabili
- le responsabilità e i poteri di ciascuna posizione in organigramma e incarico assegnato
- le competenze necessarie per l'erogazione dei servizi e lo svolgimento delle attività.

Le informazioni sopra sono documentate nell'Organigramma e, per quanto riguarda quanto necessario per il SGQ, nel Mansionario aziendale.

Le informazioni sono riesaminate in occasione di variazioni del contesto interno ed esterno e comunque almeno una volta l'anno per assicurare che siano sempre complete e adeguate alla realtà esistente.

6.2.3.2 Selezione di nuovo personale

La selezione del personale è attuata dalla Direzione e dai responsabili interessati con riferimento ai requisiti indicati nel Mansionario.

La selezione è effettuata mediante analisi dei CV e colloqui con i candidati.

Per il candidato che supera la prova, i selezionatori compilano una “Scheda personale” (MD PER-01) intestata al nuovo lavoratore, alla quale viene allegato il curriculum vitae (obbligatorio) e ogni altro documento (es. copie di diplomi, attestati, ecc.) eventualmente consegnati dal lavoratore. La valutazione è riportata nella “Scheda valutazione” (MD PER-03). La documentazione è conservata dalla Direzione.

All’assunzione di ogni nuova risorsa, a qualunque titolo assunta:

- La Direzione
 - supervisiona l’organizzazione dei corsi obbligatori in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, assicurandosi che il lavoratore vi partecipi
- il Responsabile cui il lavoratore è assegnato:
 - provvede all’inserimento del nuovo lavoratore secondo “Piano di formazione standard” (MD PER-02) e ne valuta l’esito con le modalità ritenute più idonee (colloquio, test scritto, prova pratica, ecc.) concordate con la Direzione
 - al termine del periodo d’inserimento riporta una sintesi degli argomenti trattati, nonché una valutazione sull’esito dello stesso, nell’apposita sezione “Inserimento” della “Scheda personale” (MD PER-01)
 - consegna la “Scheda inserimento” compilata alla Direzione per la conservazione.

Una volta completata la fase d’inserimento, il lavoratore entra nel normale percorso di formazione dei lavoratori descritto di seguito.

6.2.3.3 Valutazione periodica delle competenze e delle necessità di formazione

Almeno una volta l’anno, in sede di riesame annuale del sistema di gestione, la Direzione e i Responsabili interessati valutano il personale, avendo come riferimento i requisiti indicati nel Mansionario rispetto ai quali si valutano le principali aree indicate nella “Scheda di Valutazione” (MD PER-03) approvata dalla Direzione.

I Responsabili sono soggetti a valutazione della Direzione.

L’esito della valutazione è riportato nella “Scheda di valutazione” medesima ed è utilizzato per definire le esigenze formative del singolo lavoratore e dell’intero staff.

La Direzione e i Responsabili interessati stabiliscono una pianificazione di massima degli interventi formativi per soddisfare tali esigenze.

La pianificazione è riportata dal Responsabile SGQ nel “Piano della formazione” (MD PER-04).

L’attività di valutazione è ripetuta in occasione di variazioni del contesto interno ed esterno, con particolare riferimento a:

- variazione dei requisiti di riferimento (“mansionario”), determinate da variazioni delle norme cogenti di riferimento o da approfondimenti introdotti volontariamente dalla Direzione
- prestazioni negative del personale, rilevabili oggettivamente dalle attività di monitoraggio e dalla gestione di disservizi, emergenze e reclami.

Anche in questo caso, la valutazione è registrata nell’apposita “Scheda di valutazione” da conservare con la “Scheda personale” ed è seguita dalle opportune attività di sensibilizzazione, informazione o formazione secondo necessità.

6.2.3.4 Realizzazione degli interventi di formazione

Le attività formative sono realizzate secondo quanto pianificato utilizzando personale qualificato, sia interno che esterno.

Per tutti gli interventi effettuati devono essere documentate almeno le seguenti informazioni:

- titolo dell'intervento
- data di esecuzione
- nominativo dei partecipanti
- docente
- materiale didattico utilizzato.

La formazione e l'addestramento comportano anche:

- la raccolta delle firme dei partecipanti all'intervento formativo
- la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati, che può essere effettuata dalle persone, nei tempi e con le modalità di volta in volta ritenute più idonee (colloquio, test scritto, prova pratica, ecc.), purché siano documentati i criteri di valutazione e le soglie di riferimento per l'espressione del giudizio.

Per registrare gli interventi effettuati internamente può essere utilizzato il Registro della formazione standard (MD PER-05) o altro documento analogo.

L'esito del corso è portato a conoscenza dei Responsabili dei partecipanti.

Ciascuno aggiorna la propria "Scheda personale" (MD PER-01).

Qualora la formazione sia effettuata da personale esterno, questo dev'essere gestito come "fornitore critico" secondo la procedura di gestione degli acquisti, e anch'esso deve registrare l'intervento effettuato e raccogliere le firme dei partecipanti.

Il Registro della formazione, tutto il materiale didattico e le registrazioni relative alle prove di valutazione sono conservati nell'archivio dei dipendenti.

6.2.3.5 Informazione e sensibilizzazione

Tutto il personale è informato e sensibilizzato su strategie e obiettivi di CSIC, sull'organizzazione aziendale (ruoli, responsabilità, mansioni), su regole, prassi e procedure organizzative, nonché sull'importanza, sulla criticità e sugli effetti, ai fini della qualità e dell'accreditamento, delle attività svolte.

L'attività è attuata e ripetuta con cadenza annuale, a seguito del riesame della Direzione e comunque in caso di variazioni significative.

La documentazione relativa alle attività di formazione e sensibilizzazione del personale è conservata nell'archivio elettronico dedicato all'accREDITAMENTO.

6.2.3.6 Aggiornamento CV

Ciascun lavoratore è tenuto a mantenere aggiornato il proprio CV.

6.2.4 REGISTRAZIONI

- Schede personali, CV
- Piani formazione

- Registrazioni relative alla formazione
- Registrazioni relative alla verifica di efficacia della formazione.

6.3 CONTROLLO E MANUTENZIONE INFRASTRUTTURE

6.3.1 OBIETTIVI

Il processo ha come principali finalità e obiettivi:

- l'integrità il funzionamento delle infrastrutture necessarie per l'erogazione dei servizi di formazione, per evitare possibili disservizi con impatto sui servizi medesimi
- assicurare il rispetto degli obblighi di conformità in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro; sono infatti incluse le verifiche e i controlli previsti da norme specifiche (ad es.: per gli impianti elettrici; i controlli sulle attrezzature/sugli impianti antincendio, ecc.).

6.3.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- RSPP
- Responsabile Privacy
- Responsabile ICT
- Segreteria Amministrativa e Acquisti
- Segreteria

6.3.3 PROCEDURA

6.3.3.1 Pianificazione di controlli e manutenzioni

La **Direzione**, con il supporto di:

- **RSPP** per gli aspetti cogenti in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro,
- **Responsabile Privacy** e **Responsabile ICT** per quanto concerne l'infrastruttura informatica, al fine di garantire la continuità dei servizi resi e il rispetto della vigente normativa in materia di tutela dei dati personali,

individua le necessità di manutenzione e verifica periodica delle infrastrutture aziendali (aule, impianti di servizio, attrezzature..), e definisce il relativo piano di interventi nel "Piano di manutenzione" (MD MAN-01).

6.3.3.2 Esecuzione dei controlli e manutenzioni

La **Direzione** con il supporto della **Segreteria Amministrativa e Acquisti**, monitora che le manutenzioni vengano eseguite secondo pianificazione.

Gli interventi di manutenzione e verifica periodica sono affidati a personale competente, in possesso delle necessarie qualifiche e abilitazioni comunque denominate, nel rispetto delle norme cogenti applicabili.

L'affidamento di incarichi a soggetti terzi è effettuato secondo la sezione 6.1 (Gestione acquisti)

Gli interventi sono documentati nel rispetto delle norme cogenti applicabili.

Le registrazioni attestanti le attività svolte sono consegnate alla **Segreteria Amministrativa e Acquisti**, che:

- verifica la presenza delle informazioni necessarie (almeno: data di esecuzione, lavorazioni eseguite, nominativo del manutentore, eventuali annotazioni, salvo diverse e ulteriori indicazioni di legge)

- informa la **Direzione** in caso di necessità di intervento segnalati, che dispone sulle eventuali comunicazioni ad altri soggetti e sull'effettuazione degli interventi, con priorità agli aspetti relativi alla sicurezza nei luoghi di lavoro e alla continuità dell'erogazione dei servizi offerti
- archivia e conserva la documentazione.

6.3.3.3 Gestione delle attrezzature difettose

In caso di malfunzionamento o rottura di un qualunque bene, chi la rileva:

- interrompe immediatamente l'utilizzo del bene, al fine di evitare incidenti e infortuni, e lo identifica come "non utilizzabile"
- informa immediatamente la **Segreteria Amministrativa e Acquisti** che comunica la segnalazione alla Direzione
- la Direzione dispone sugli interventi da attuare (riparazione, accantonamento, alienazione, smaltimento).

6.3.4 REGISTRAZIONI

- Piani di manutenzione
- Registrazioni delle manutenzioni effettuate.

6.4 GESTIONE NON CONFORMITA', RECLAMI E AZIONI CORRETTIVE

6.4.1 OBIETTIVI

Il processo di Gestione non conformità, reclami e azioni correttive è un processo trasversale la cui principale finalità è assicurare che tutte le non conformità e tutti i reclami siano sempre tempestivamente analizzati e gestiti, con l'obiettivo di:

- ridurre i rischi di insoddisfazione del Cliente
- gestire i potenziali rischi per la continuità del servizio, per la sicurezza delle persone, per la reputazione dell'azienda, per la conformità normativa
- migliorare costantemente e sistematicamente le prestazioni e la gestione aziendale.

6.4.2 FIGURE COINVOLTE

- Tutto il personale.

6.4.3 PROCEDURA

6.4.3.1 Gestione delle non conformità e dei reclami

Una "non conformità" è il mancato soddisfacimento di un requisito determinato da una legge, da un contratto, da norme aziendali, ecc.

Esempi di non conformità sono, ad esempio:

- la mancata consegna entro i termini concordati, da parte della persona responsabile, di documenti, materiali o attrezzature indispensabili per l'erogazione di un servizio
- la consegna di materiali o attrezzature indispensabili per l'erogazione di un servizio, non conformi alle richieste
- per le regole definite dal CSIC, un rating di valutazione corso inferiore al 75%
- l'assenza di documenti obbligatori

e così via.

Un reclamo è una segnalazione effettuata in qualunque forma, su disservizi o altri eventi valutati in modo negativo dal segnalante.

Chiunque nello svolgimento delle proprie attività rilevi una non conformità o un reclamo è tenuto a segnalarle:

- al Program Manager / Project Manager, se si tratta di non conformità relativa a un corso specifico
- al Project & Operation coordinator, se si tratta di non conformità più generica

Queste figure esaminano gli eventi segnalati e:

- li classificano come:
 - grave: tutte le non conformità / reclami relative a requisiti di legge, o che possono comunque impattare negativamente sull'immagine o sulla gestione aziendale, da comunicare immediatamente alla Direzione e se in Accredитamento
 - non grave: tutte le altre non conformità / reclami.

- li analizzano con il supporto del personale interessato per individuare azioni immediate di rimedio (correzioni), cause e azioni correttive, secondo necessità.

Tutte le informazioni relative alle non conformità alla loro gestione e agli esiti delle correzioni/azioni correttive attuate sono registrate nel “Registro non conformità, reclami, azioni correttive”.

Le informazioni relative alle non conformità e ai reclami costituiscono uno degli input al Riesame della Direzione.

6.4.4 REGISTRAZIONI

- Registro non conformità, reclami, azioni correttive
- Registrazioni relative alla gestione degli eventi avversi

6.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

6.5.1 OBIETTIVI

Il processo di Gestione delle informazioni documentate (documenti e registrazioni) è un processo trasversale, con finalità e obiettivi:

- assicurare che tutti i documenti necessari al SGQ siano preparati, riesaminati e approvati da personale competente autorizzato, in modo da garantirne idoneità e adeguatezza anche in termini di formato (es. lingua, versione del software, grafica) e supporto (es. cartaceo, elettronico)
- garantire che tutti i documenti e le registrazioni siano sempre identificati, rintracciabili e leggibili
- definire e assicurare i controlli necessari per assicurare che le informazioni documentate siano disponibili e idonee all'utilizzo, dove e quando necessario, e adeguatamente protette, nonché per l'identificazione, l'archiviazione, la protezione, il recupero ed il tempo di conservazione delle registrazioni
- garantire che i documenti di origine esterna a **CSIC** siano identificati e la loro distribuzione controllata
- raccogliere sistematicamente informazioni utili alla gestione della privacy
- assicurare un corretto utilizzo del sistema informatico aziendale
- assicurare un corretto utilizzo di loghi e marchi

6.5.2 FIGURE COINVOLTE

- Tutto il personale.

6.5.3 PROCEDURA

6.5.3.1 Documenti necessari al SGQ

Per “documenti necessari al SGQ” di **Cottino Social Impact Campus** si intendono le seguenti tipologie di documenti:

- “documenti di sistema”, vale a dire il presente Manuale e gli allegati, le istruzioni e la modulistica in esso richiamati;
- “registrazioni di sistema”: tutte le registrazioni predisposte o raccolte in attuazione dei documenti di sistema, a partire dalla modulistica predisposta, o su formato libero

Documenti di sistema

I documenti di sistema sono elencati nell'allegato “Registro dei documenti”, nel quale sono evidenziate la revisione in vigore e la data di emissione.

Fatte salve specifiche disposizioni date in questo Manuale, i documenti di sistema sono sempre preparati da **Responsabile SGQ** o da personale esterno qualificato, verificati dai responsabili di funzione competenti e approvati dalla **Direzione**.

Ogni documento di sistema è predisposto con le modalità più idonee a perseguire lo scopo a cui è destinato.

Sono quindi ammessi documenti scritti, immagini, video, e ogni altra forma ritenuta appropriata dalle persone incaricate della preparazione, verifica e approvazione del documento.

L'unico vincolo è che i documenti di sistema contengano, ovunque sia possibile (nel titolo, nel loro interno, nelle proprietà del documento informatico):

- titolo e numero di revisione
- denominazione della società (non obbligatorio in caso di documenti destinati all'utilizzo informatico, es. fogli excel)
- numerazione delle pagine, ove pertinente
- appropriati campi per l'apposizione di data e firma nei moduli predisposti per la compilazione, che richiedano una evidenza di approvazione.

Responsabile SGQ è responsabile, anche attraverso il supporto di **Segreteria**:

- del caricamento dei documenti di sistema approvati nell'archivio informatico dedicato e della stampa di una copia cartacea, che costituiscono le uniche copie controllate
- del ritiro dei documenti di sistema superati, che evidenzia chiaramente come tali e conserva in un archivio dedicato per 5 anni
- della eliminazione dei documenti elettronici e cartacei, trascorso il periodo previsto di conservazione
- dell'aggiornamento del "Registro documenti", ad ogni variazione
- della comunicazione a tutto il personale interessato, delle modifiche apportate alla documentazione di sistema.

I documenti interni sono riesaminati e se necessario aggiornati almeno nelle seguenti occasioni:

- quando ci sono cambiamenti nelle normative di riferimento per la certificazione del SGQ e l'Accreditamento
- quando nel riesame è richiesto da una correzione o azione correttiva o di miglioramento
- su input della Direzione
- se vi è una richiesta giustificata dal Cliente
- comunque almeno ogni 3 anni.

Le modifiche devono essere ben chiare per chiunque legga il documento, tramite annotazione sul documento o utilizzando le apposite funzionalità del software utilizzato per la modifica.

Registrazioni di sistema

Tutti i documenti citati nella sezione "Registrazioni" del presente manuale costituiscono "registrazioni" necessarie per il SGQ.

Nell'allegato "Registro dei documenti" sono indicati i tempi di archiviazione delle registrazioni.

6.5.3.2 Gestione dei documenti esterni

I "documenti esterni" sono tutti i documenti necessari al SGQ ricevuti da terzi.

I documenti esterni possono contenere informazioni importanti e riservate, sia per il creatore del documento sia per **Cottino Social Impact Campus**: pertanto, è necessario che la loro distribuzione avvenga in modo controllato, e in particolare:

- il personale che riceve un documento esterno su supporto cartaceo, lo consegna al destinatario o, se il nome del destinatario non è presente, alla Direzione per la verifica del contenuto;
- chi riceve la versione digitale di un documento deve assicurarsi che il documento provenga da fonte conosciuta / sicura, ed eliminare immediatamente tutti i documenti che non sono inerenti al proprio lavoro.

6.5.3.3 Norme cogenti significative per l'attività svolta

Gli aspetti legislativi di interesse per l'attività svolta possono essere distinti in tre macro-categorie:

- norme rilevanti per l'organizzazione nel suo complesso (es. tutela dei dati personali, sicurezza sul lavoro);
- norme rilevanti per la gestione dei corsi (es. obblighi per corsi con rilascio di crediti formativi);
- norme rilevanti in quanto oggetto di formazione all'interno dei corsi.

Tali aspetti sono monitorati e gestiti, per competenza, da diverse figure nell'ambito degli incarichi assegnati, come segue:

- tutela dei dati personali: Consigliere Delegato per la compliance in ambito di trattamento dei dati, secondo i compiti affidati nel Verbale di CdA di attribuzione della delega;
- sicurezza nei luoghi di lavoro: RSPP, secondo le attribuzioni e le modalità previste dalla legge;
- norme rilevanti per la gestione di corsi normati: Direttori Scientifici, PM, Direzione (durante l'analisi di prefattibilità; PM (durante la macroprogettazione);
- norme rilevanti in quanto oggetto di formazione: Direttori Scientifici, PM, Direzione (durante l'analisi di prefattibilità); PM (durante la macroprogettazione); Docente (durante la progettazione di dettaglio).

6.5.3.4 Uso del logo e dei marchi

Il logo e i marchi di terzi sono utilizzati solo se l'utilizzo da parte di **Cottino Social Impact Campus** è stato formalmente approvato dal proprietario e successivamente all'accordo con il proprietario del logo/marchi. Questo include il logo/marchio di certificazione del Sistema di Gestione e quelli dei Clienti.

È proibito l'uso personale del logo e dei marchi di terzi.

L'uso corretto del logo e dei marchi di terzi è verificato periodicamente attraverso gli audit interni.

6.5.4 REGISTRAZIONI

- Registro dei documenti

6.6 GESTIONE COMUNICAZIONI

6.6.1 OBIETTIVI

Scopo del presente paragrafo è definire le modalità e le responsabilità con cui **Cottino Social Impact Campus** assicura la gestione delle comunicazioni interne ed esterne inerenti al proprio SGQ, riguardanti:

- comunicazioni interne
- comunicazioni verso l'esterno, tese a rendere pubblico l'impegno di Cottino Social Impact Campus per la qualità dei servizi e la soddisfazione dei Clienti
- richieste di informazioni e segnalazioni provenienti dalle parti interessate esterne riguardanti la gestione della qualità, con specifica attenzione al momento della ricezione, della registrazione, della risposta e delle decisioni pertinenti
- registrazione / conservazione delle comunicazioni.

Il processo descritto non include:

- reclami, regolati dalla sezione 6.3
- informazione e formazione, regolate dalla sezione 6.2
- comunicazioni di emergenza, regolate dalla sezione 6.7

Sono ammessi tutti i canali di comunicazione, fermo restando che le comunicazioni ufficiali con la PA / altre comunicazioni aventi rilevanza da un punto di vista legale, devono essere effettuate con pec / posta A.R.

6.6.2 PROCEDURA

6.6.2.1 Gestione delle Comunicazioni Attive

La comunicazione da parte della Direzione di **Cottino Social Impact Campus** delle informazioni che riguardano l'organizzazione, i suoi indirizzi e i risultati della gestione della qualità e, è effettuata:

- verso le parti interessate interne: mediante divulgazione a tutta l'Organizzazione di:
 - Organigramma
 - Politica per la Qualità
 - Esiti delle visite di sorveglianza del SGQ
 - i seguenti documenti ai soggetti aziendali interessati:
 - Obiettivi, traguardi e programmi di miglioramento
 - Esiti degli audit interni
 - Verbale del riesame
 - Indicatori
 - Eventuali altri documenti previsti dalle procedure del SGQ o che si rendano comunque necessarie per informare le parti interessate dell'evoluzione del SGQ;
- verso le parti interessate esterne:
 - mediante pubblicazione della propria Politica per la Qualità;
 - mediante divulgazione di altre informazioni riguardanti il SGQ, previa eventuale consultazione con le funzioni di volta in volta individuate per la definizione di contenuti, forme e modalità di divulgazione delle comunicazioni da trasmettere alle parti interessate esterne, nonché gli aspetti

operativi inerenti alle responsabilità della stesura, della composizione grafica dei documenti, del budget messo a disposizione, etc.

6.6.3 REGISTRAZIONI

- Comunicazioni documentate

6.7 GESTIONE DELLE EMERGENZE

Per la preparazione e gestione delle emergenze si fa riferimento al Piano di emergenza aziendale.

.

7 PIANIFICAZIONE, RIESAME E MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI GESTIONE

7.1 ANALISI DI CONTESTO, DELLE PARTI INTERESSATE e DEI RISCHI PER IL SGQ

Questa sezione fornisce le linee guida per effettuare l'analisi di contesto e delle parti interessate, nonché la valutazione dei rischi associati e incombenti su **Cottino Social Impact Campus**, ai fini della pianificazione e del miglioramento della gestione della qualità, incluse le tematiche ESG (ambiente, responsabilità sociale, corporate governance), in modo coerente e funzionale alle strategie di business dell'azienda.

7.1.1 OBIETTIVI

La pianificazione del SGQ è un processo fondamentale nell'ambito del SGQ medesimo, in quanto dalla sua impostazione e dai suoi output dipende il successo:

- nel perseguire gli obiettivi strategici per la qualità definiti nella Mission, nella Vision e nella Politiche di **Cottino Social Impact Campus**;
- nel prevenire o ridurre effetti e conseguenze indesiderati;
- nell'amplificare benefici ed effetti positivi;
- nel conseguire il miglioramento continuo e, più in generale, gli esiti attesi dal SGQ.

Il processo descritto in questa sezione ha complessivamente l'obiettivo di fornire alla Direzione una visione complessiva degli elementi del contesto e dei rischi che possono influire sul modo in cui **Cottino Social Impact Campus** gestisce o è tenuta a gestire, sotto il profilo della qualità, le proprie attività, consentendo allo stesso tempo di intercettare e cogliere le opportunità di valorizzazione della gestione della qualità in chiave strategica e di business.

In particolare, coerentemente con i requisiti delle norme di riferimento:

- l'**analisi del contesto** è finalizzata a comprendere i fattori, interni ed esterni, rilevanti per le finalità e per gli indirizzi strategici dell'organizzazione e che influenzano la sua capacità di conseguire i risultati attesi dal SGQ. Si ricorda che i "risultati attesi" basilari di un SGQ, in quanto previsti dalla norma di riferimento (UNI EN ISO 9001, capitolo 1), sono:
 - la soddisfazione del cliente
 - il miglioramento delle prestazioni
 - il raggiungimento degli obiettivi autonomamente definiti
 - gli eventuali ulteriori esiti a cui l'organizzazione intende finalizzare il proprio sistema di gestione, in coerenza con i propri valori e la propria Politica per la Qualità;
- l'**analisi degli stakeholder** è finalizzata a individuare:
 - i requisiti degli stakeholder il cui mancato soddisfacimento potrebbe comportare effetti negativi o viceversa, la cui valorizzazione da parte dell'organizzazione potrebbe comportare effetti positivi, sempre con riferimento ai risultati attesi dal SGQ;
 - i potenziali impatti negativi delle attività di CSIC sui propri stakeholder, al fine di individuare opportune azioni di mitigazione o eliminazione di tali impatti

al fine di rafforzare il legame tra gestione qualità e gestione complessiva dell'organizzazione, nel quadro del ruolo e delle responsabilità che derivano dall'operare in un determinato contesto e dall'interagire con i diversi soggetti che lo compongono;

- la **valutazione dei rischi** è finalizzata a individuare le potenziali aree di intervento nelle quali indirizzare le azioni del SGQ (o, in altri termini, identificare gli elementi da tenere sotto controllo nei processi del SGQ, attraverso il SGQ).

7.1.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Responsabile SGQ
- Responsabili di funzione

7.1.3 PROCEDURA

7.1.3.1 Analisi di contesto e delle parti interessate

Questo processo ha natura multidisciplinare, pertanto è coordinato dal Responsabile del SGQ che coinvolge la Direzione e il personale con interviste e riunioni volte ad approfondire le tematiche in analisi.

La perimetrazione del **contesto di riferimento**, intesa come identificazione delle aree di indagine e delle questioni da considerare nell'analisi, è guidata e definita dal criterio del potenziale impatto dei molteplici "elementi di contesto" sulla gestione e sulle responsabilità verso il cliente e le altre parti interessate rilevanti, sul SGQ e sulla capacità di raggiungere i risultati prestabiliti.

L'individuazione delle **parti interessate** da considerare nell'analisi, è guidata e definita dai seguenti principali criteri:

- grado di influenza delle parti interessate sulla gestione per la qualità e sui risultati attesi dall'azienda;
- impatto delle attività di CSIC sulle parti interessate;
- coinvolgimento delle parti interessate nei temi della qualità;
- rappresentatività degli interessi espressi dalle parti interessate.

L'individuazione dei requisiti delle parti interessate da considerare "rilevanti" ai fini della valutazione dei rischi e della pianificazione del SGQ, si basa su:

- effettiva possibilità, per CSIC, di non recepire alcuni requisiti; tutte le prescrizioni di legge dovranno quindi essere sempre considerate;
- valore aggiunto portato dai requisiti, ai fini del raggiungimento dei risultati attesi del SGQ;
- possibilità, anche teorica, di gestire tali requisiti nell'ambito del SGQ.

In fase di prima implementazione l'analisi è attuata considerando almeno le aree di indagine, questioni e parti interessate descritte nelle tabelle che seguono, utilizzando *in primis* le fonti di informazione interne esistenti, cui vanno aggiunte le varietà di informazioni che possono derivare dalla competenza dello staff aziendale.

L'analisi è aggiornata in occasione di variazioni significative del contesto di riferimento e delle parti interessate, esterni ed interni, e in ogni caso ai fini del riesame del SGQ da parte della Direzione.

Gli esiti sono considerati in sede di riesame del SGQ, durante il quale vengono deliberate le misure da attuare, il relativo piano degli interventi necessari per integrare tali misure nei processi aziendali, con relative responsabilità, tempistiche, risorse e obiettivi e modalità di controllo.

Tabella 1 – Elementi per l'analisi di contesto

Area di indagine	Principali questioni
Aziendale	Storia, dimensioni, settori di riferimento Mission e cultura della qualità dell'organizzazione Articolazione e complessità della struttura societaria e organizzativa Modifiche societarie e organizzative Adeguatezza / rischi legati alle risorse (persone, know-how, risorse finanziarie, risorse tecnologiche) Rischi rilevati in altri ambiti (es. sicurezza, GDPR) Adeguatezza del SGQ / informazioni documentate
Economica – Mercato	Esigenze e andamento del mercato nel settore di riferimento (inclusi finanziamenti pubblici, tematiche ESG) Prestazioni dei potenziali competitor Possibilità di sviluppo di nuovi mercati Approvvigionamento / disponibilità di prodotti e servizi critici Affidabilità dei fornitori (incluse banche, assicurazioni)
Sociale	Attenzione manifestata dalle parti interessate alle attività CSIC e alle tematiche di sostenibilità
Politica/Amministrativa	Politiche di sviluppo / supporto alle imprese a livello nazionale e locale, di potenziale interesse per l'organizzazione e i suoi obiettivi strategici Accordi e protocolli volontari, sottoscritti o sottoscrivibili con enti pubblici, associazioni di settore o altri enti
Legislativa	Quadro normativo di riferimento
Tecnologica	Rilevanza degli aspetti tecnologici, con riferimento particolare alle tecnologie digitali Disponibilità di infrastrutture tecnologiche Disponibilità di infrastrutture di servizio e di trasporto
Ambientale – Territoriale	Condizioni ambientali potenzialmente in grado di influenzare il servizio reso o la percezione della qualità da parte dei clienti / partecipanti (es. rischi infrastrutturali rischio incendio da esterno, rischio terremoto, rischio idrogeologico, ecc.). Tematiche rilevanti / emergenti, quali ad esempio il climate change.

Parti interessate	Aspettative
Direzione	Creare valore Generare, condividere, diffondere la cultura dell'impatto sociale Sostenibilità aziendale nel lungo periodo, secondo i valori tradizionali dell'azienda Mantenere un elevato livello reputazionale
Personale	Stabilità del rapporto di lavoro Qualità dell'ambiente di lavoro Crescita professionale
Clienti	Attenzione alle tematiche ESG Qualità e innovazione delle proposte formative e di ricerca Capacità di "misurare" l'impatto delle iniziative attuate Rispetto dei requisiti contrattuali
Partecipanti	Qualità dei progetti formativi Capacità di incidere positivamente su conoscenze e competenze
Fornitori strategici / Partner	Reputazione Possibilità di creare reti di relazione Chiarezza dei requisiti di fornitura
Istituti di credito	Solvibilità Sostenibilità
Enti della Pubblica Amministrazione	Rispetto della legislazione vigente e delle autorizzazioni

Parti interessate	Aspettative
	Trasparenza / collaborazione nella condivisione delle informazioni
Enti di certificazione	Rispetto dei requisiti delle norme tecniche e dei regolamenti di riferimento Trasparenza / collaborazione durante gli audit

7.1.3.2 Valutazione dei rischi

Il processo di valutazione dei rischi ha l'obiettivo di individuare, e ordinare in una scala di importanza ai fini decisionali sulle azioni da intraprendere, i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:

- fornire assicurazione che il SGQ possa conseguire gli esiti attesi;
- prevenire o ridurre gli effetti indesiderati, compresa la possibilità che le condizioni ambientali esterne influenzino l'organizzazione, o che l'organizzazione possa influenzare significativamente le condizioni ambientali e sociali;
- conseguire il miglioramento continuo.

Identificazione dei rischi

L'identificazione dei rischi è attuata considerando gli elementi di contesto individuati nella fase precedente quali possibili fonti di rischi e di opportunità, rispetto ai quali si identificano:

- gli eventi che potrebbero incidere, positivamente o negativamente, sul conseguimento degli esiti attesi dal SGQ con le relative possibili cause e potenziali conseguenze;
- le potenziali aree ("categorie di rischio") sulle quali gli eventi individuati potrebbero impattare, nonché i processi interessati.

L'identificazione degli eventi richiede quindi un approfondimento dell'analisi del contesto, finalizzato a individuare "cosa", "perché" e "come", potrebbe incidere su:

- prestazioni della qualità;
- soddisfacimento dei requisiti delle parti interessate rilevanti;
- raggiungimento degli obiettivi autonomamente definiti.

Le "aree di impatto" considerate ai fini della valutazione per il SGQ, sono state catalogate come segue:

- **Strategica:** potenziali impatti sulle scelte strategiche aziendali
- **Business continuity:** potenziali impatti sulla capacità di operare con continuità
- **Asset integrity:** potenziali impatti sulla integrità, sicurezza e affidabilità degli asset
- **Compliance:** potenziali impatti derivanti dal mancato adempimento agli obblighi di conformità o dal recepimento anticipato di obblighi di conformità
- **Reputazione:** potenziali impatti sull'immagine e sulla reputazione dell'azienda
- **Persone (Sociale):** potenziali impatti sulle persone, inclusi i lavoratori
- **Ambiente:** potenziali impatti locali e globali sull'ambiente.

Determinazione del livello di rischio

Il livello di rischio è determinato considerando la probabilità di accadimento dell'evento "rischioso" e la magnitudo dell'impatto sulla capacità dell'organizzazione di conseguire i risultati attesi dal SGQ.

Ci si interroga quindi su:

- qual è la probabilità che un evento, avverso o favorevole, considerati i controlli in essere, possa verificarsi? (probabilità)
- quanto è significativo l'impatto, o gli impatti, dell'evento considerato? (magnitudo).

La significatività è attribuita attribuendo i seguenti livelli di rischio e priorità di intervento:

IN CASO DI MINACCE:

	Evento ad elevata probabilità di accadimento OPPURE con probabilità di accadimento non determinabile (elevata incertezza) E con effetti determinanti per l'organizzazione.	Intervento obbligatorio urgente
	Evento ad elevata probabilità di accadimento OPPURE con probabilità di accadimento non determinabile (elevato grado di incertezza) MA con effetti importanti. OPPURE Evento con scarsa probabilità di accadimento MA con effetti importanti	Intervento obbligatorio, con scadenza determinabile dalla Direzione
	Evento a scarsa probabilità di accadimento e con effetti trascurabili/importanti per l'organizzazione	Intervento non obbligatorio

IN CASO DI OPPORTUNITA':

	Evento con effetti significativi, per il quale non sono ancora state avviate iniziative.	Intervento obbligatorio urgente
	Evento con effetti significativi, per il quale sono già state avviate iniziative (da monitorare)	Intervento di monitoraggio
	Evento non significativo.	Intervento non obbligatorio

Trattamento del rischio

La Direzione coinvolge e coordina i Responsabili aziendali nel valutare la tollerabilità del rischio residuo e identifica le potenziali strategie e misure di trattamento.

Le strategie di trattamento possono essere:

- accettare il rischio, senza attuare alcuna azione specifica. L'accettazione del rischio non è ammessa in caso di rischio (minaccia) critico;
- monitorare: si tratta di azioni finalizzate ad approfondire gli elementi che determinano il rischio, la probabilità di accadimento o i suoi effetti;
- intervenire sulla probabilità di accadimento (prevenire in caso di minaccia, agevolare in caso di opportunità);
- intervenire sulla magnitudo degli impatti (proteggere in caso di minaccia, amplificare in caso di opportunità);
- trasferire, condividendo il rischio (es. stipula di assicurazioni in caso di minaccia, condivisione con il gruppo in caso di opportunità).

Le strategie di trattamento sono quindi declinate nei controlli che si intendono attuare, siano essi di processo, di politica, procedurali, tecnologici, o di altro tipo.

I trattamenti individuati sono analizzati e valutati dalla Direzione, per:

- determinare i controlli da recepire nel SGQ;
- determinare le modalità con cui monitorare e valutare l'efficacia dei controlli implementati;
- definire il relativo piano di attività (azioni, obiettivi, responsabilità, risorse, tempi).

L'esito è documentato dal Responsabile SGQ in apposito documento di pianificazione.

Nella definizione del piano dei trattamenti si considerano il bilanciamento dei costi e degli sforzi di attuazione a fronte dei benefici derivanti, le opzioni tecnologiche e le disponibilità di risorse, fatto salvo l'impegno al soddisfacimento degli obblighi di legge.

L'implementazione e l'efficacia delle attività sono monitorate come pianificato.

L'esito del monitoraggio dell'efficacia comporta l'aggiornamento della valutazione del rischio residuo e successivo trattamento, fino ad accettazione del livello di rischio residuo raggiunto.

7.1.4 REGISTRAZIONI

- Analisi di contesto e dei rischi
- Matrice di valutazione dei rischi

7.2 AUDIT INTERNI

7.2.1 OBIETTIVI

Il processo di gestione degli audit interni ha la finalità e l'obiettivo di fornire alla Direzione le informazioni necessarie per valutare se il sistema di gestione implementato:

- è conforme ai requisiti delle norme di riferimento per il SGQ e a tutti i pertinenti obblighi di conformità;
- è efficacemente attuato e mantenuto.

7.2.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Auditor
- Tutto il personale

7.2.3 Procedura

7.2.3.1 Programmazione degli audit interni

Gli audit interni sono programmati dalla Direzione in sede di Riesame annuale del sistema, a fronte di quanto emerso nel corso dello stesso e considerando i seguenti elementi:

- risultati degli audit precedenti, inclusi gli audit di terza parte
- importanza dei processi per il conseguimento degli obiettivi aziendali, e rischi associati agli stessi
- variazioni di contesto che possono influire sui processi e sugli obiettivi aziendali
- la necessità di sottoporre tutti i processi e tutte le attività collegate a prescrizioni di legge almeno ad un audit nel corso di un anno.

Il programma degli audit copre un anno e contiene almeno le seguenti informazioni:

- gli obiettivi del programma di audit
- l'estensione del programma di audit, vale a dire i processi che devono essere sottoposti ad audit per conseguire gli obiettivi del programma e la loro frequenza
- le date indicativamente previste per l'esecuzione di ciascun audit programmato.

Il programma degli audit definito e documentato in sede di riesame può essere revisionato in ogni momento dalla Direzione.

All'approssimarsi del periodo previsto per l'esecuzione degli audit, la **Direzione** seleziona l'auditor che può essere interno o esterno, purché in possesso delle seguenti competenze: conoscenza dei requisiti delle norme di riferimento; conoscenza dei requisiti cogenti in materia ambientale; conoscenza della norma UNI EN ISO 19001.

Gli auditor esterni sono formalmente incaricati con le modalità indicate nella procedura di gestione degli acquisti.

7.2.3.2 Pianificazione e preparazione degli audit interni

L'auditor pianifica l'audit assegnatogli; allo scopo viene compilato il modulo "Piano di audit" indicando:

- campo, obiettivi, metodi e modalità di reporting dell'audit, coerentemente con il Programma di audit

- Responsabili di processo/funzione da coinvolgere
- i criteri dell'audit (documenti di riferimento)
- la data prevista di esecuzione
- i componenti del team di audit evidenziando il responsabile.

L'auditor riesamina la modulistica da utilizzare a supporto dell'audit e per registrare attività svolte ed evidenze raccolte.

7.2.3.3 Esecuzione degli audit interni

L'audit ha inizio con una riunione di apertura alla quale partecipano l'auditor incaricato e **Direzione**, che ha lo scopo di confermare il piano dell'audit.

L'attività si svolge quindi coerentemente con quanto pianificato; in particolare, nel corso dell'audit:

- gli auditor devono essere sempre accompagnati da un referente aziendale
- tutto il personale è tenuto a fornire la massima collaborazione all'auditor, comportandosi con la massima professionalità ed evidenziando se eventuali richieste esulano dalle proprie conoscenze e competenze
- l'auditor raccoglie le evidenze oggettive dell'audit mediante l'esecuzione di interviste, l'esame di documenti, l'osservazione di attività e di operazioni, e le registra secondo quanto pianificato.

L'auditor valuta le evidenze raccolte a fronte dei relativi criteri, per dar luogo alle risultanze dell'audit.

Le risultanze dell'audit possono indicare conformità o non conformità rispetto ai criteri dell'audit, o segnalare opportunità di miglioramento in forma di "raccomandazioni".

7.2.3.4 Preparazione e discussione delle risultanze dell'audit

Le non conformità e le raccomandazioni sono riesaminate dall'auditor con **Direzione** per assicurarsi che le stesse non derivino da fraintendimenti e/o mancate evidenze.

Si effettua quindi un incontro di chiusura con **Direzione** per presentare le risultanze e le conclusioni dell'audit.

7.2.3.5 Redazione e distribuzione del rapporto di audit

A conclusione dell'audit l'auditor redige il relativo rapporto, che può essere predisposto utilizzando l'apposita modulistica aziendale o su altro formato dell'auditor esterno.

In tutti gli altri casi, il rapporto di audit deve almeno contenere:

- una descrizione delle attività svolte
- un breve giudizio generale sugli esiti dell'audit
- la descrizione delle evidenze raccolte, che può includere riferimenti documentali, allegati, immagini, con relativi criteri di riferimento
- le eventuali non conformità e raccomandazioni individuate
- eventuali osservazioni della **Direzione** o del personale coinvolto.

7.2.3.6 Gestione follow-up

Le non conformità e le raccomandazioni sono analizzate, gestite e registrate secondo la procedura descritta nella sezione 6.3 (Gestione non conformità, reclami e azioni correttive).

7.2.3.7 Verifica dell'attuazione dei trattamenti e delle azioni correttive

Il Responsabile SGQ:

- monitora la corretta esecuzione dei trattamenti e delle azioni correttive
- valuta la loro efficacia nella soluzione dei problemi evidenziati; eventuali azioni non conclusive comportano che la non conformità / osservazione di origine non possa essere chiusa
- registra la chiusura dei trattamenti, delle azioni correttive e delle azioni preventive e di miglioramento mediante compilazione dell'apposito database

Le informazioni inerenti allo stato di attuazione del Programma di Audit, le risultanze degli audit e lo stato di attuazione dei relativi follow-up sono oggetto di analisi in sede di Riesame annuale della Direzione.

7.2.4 REGISTRAZIONI

- Programma di audit
- Piano di audit
- Rapporto di audit
- Check list di supporto

7.3 MONITORAGGIO E ANALISI PRESTAZIONI

7.3.1 OBIETTIVI

Il processo di monitoraggio e analisi delle prestazioni ha la finalità e l'obiettivo di conoscere e valutare con dati oggettivi per quanto possibile, l'efficacia del SGQ e individuare potenziali aree di miglioramento.

7.3.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Responsabili di funzione

7.3.3 PROEDURA

La disponibilità di dati e informazioni sulla qualità sintetici e affidabili è di primaria importanza per un'efficace conduzione aziendale per la qualità, e in particolare per:

- verificare l'efficacia del SGQ;
- evidenziare le tendenze qualitative e individuare punti critici nei processi e le loro cause;
- stabilire obiettivi di miglioramento e misurare i progressi conseguiti;
- stabilire efficaci comunicazioni sia interne sia esterne (con clienti e fornitori).

La base per l'analisi dell'andamento del SGQ è rappresentata dagli indicatori evidenziati nel "Cruscotto indicatori", per i quali in sede di riesame la Direzione definisce gli obiettivi per l'anno a seguire, che rappresentano il riferimento per valutare, per l'appunto, l'andamento del SGQ e decidere azioni di miglioramento.

7.3.4 REGISTRAZIONI

- Cruscotto indicatori

7.4 RIESAME DI DIREZIONE

7.4.1 OBIETTIVI

Il processo di Riesame della Direzione ha la finalità e l'obiettivo di verificare che il sistema di gestione continui ad essere adeguato, idoneo ed efficace.

Per questo motivo il sistema di gestione è riesaminato almeno annualmente dalla Direzione con la collaborazione delle persone a cui sono affidati incarichi rilevanti ai fini del SGQ.

7.4.2 FIGURE COINVOLTE

- Direzione
- Collaboratori con incarichi rilevanti ai fini del SGQ

7.4.3 PROCEDURA

Il Riesame di Direzione è effettuato con cadenza almeno annuale, normalmente nel periodo settembre / ottobre per poter disporre di informazioni semi-definitive anche di tipo economico (bilancio).

Il Responsabile SGQ predispone le informazioni in ingresso per il riesame, che consistono in:

- azioni conseguenti a precedenti riesami;
- cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il SGQ, con particolare riferimento a:
 - informazioni dal mercato;
 - esigenze e aspettative delle parti interessate, compresi gli obblighi di conformità;
 - rischi e opportunità individuati;
- stato di avanzamento dei programmi di miglioramento;
- efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi e opportunità;
- informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del SGQ, compresi gli andamenti relativi a:
 - soddisfazione dei clienti
 - comunicazioni provenienti dalle parti interessate esterne rilevanti
 - raggiungimento degli obiettivi per la qualità
 - prestazioni dei processi e conformità di prodotti e servizi
 - non conformità e azioni correttive
 - risultati del monitoraggio e della misurazione
 - risultati degli audit interni e di quelli dell'organismo di certificazione
 - prestazioni dei fornitori
 - formazione;
- comunicazioni con Enti
- adeguatezza delle risorse
- opportunità per il miglioramento, sia di provenienza interna che esterna.

Le informazioni in ingresso consentono di raggiungere una valutazione complessiva dell'efficacia dell'applicazione del SGQ.

Gli output del riesame della direzione comprendono conclusioni, decisioni e azioni relative a:

- continua idoneità, adeguatezza ed efficacia del SGQ, con particolare riferimento a:
 - validità e completezza delle politiche, degli obiettivi e degli impegni e loro coerenza con le aspettative dei Clienti e delle normative ambientali;
 - correttezza, completezza e miglioramento delle specifiche dei prodotti, in funzione dei requisiti cogenti, dei Clienti, e conseguente aggiornamento, se necessario, dei documenti e delle registrazioni che descrivono i servizi/prodotti;
 - azioni da attuare in caso di mancato conseguimento degli obiettivi prefissati;
- opportunità di miglioramento, inclusa l'opportunità di migliorare l'integrazione degli elementi del SGQ
- necessità di modifica del SGQ;
- esigenze di risorse (professionali e materiali) per il raggiungimento degli obiettivi pianificati;
- ogni altra implicazione per la direzione strategica dell'azienda.

Le decisioni adottate, le risorse necessarie al loro raggiungimento ed al relativo monitoraggio sono definite nei programmi di miglioramento che vengono comunicati alle persone interessate.

7.4.4 REGISTRAZIONI

- Verbale di riesame e relativi allegati

Appendice 1 - Correlazione Manuale – ISO 9001

Sezione Manuale SGQ		UNI EN ISO 9001:2015
1	Introduzione (solo titolo)	-
1.1	Scopo del Manuale	-
1.2	Campo di applicazione del SGQ	4.3
1.3	Riferimenti normativi	(2)
2	Presentazione dell'organizzazione	4.1, 4.2
2.1	Dati identificativi	4.1, 4.2
2.2	Storia	4.1, 4.2
2.3	Mercato di riferimento	4.1, 4.2
2.4	Servizi offerti	4.1, 4.2
2.5	Struttura organizzativa e leadership	5.1, 5.3
3	Politica per la Qualità	5.2
4	Processi aziendali	4.4
5	Processi operativi (solo titolo)	-
5.1	Progettazione dei servizi e sviluppo dell'offerta formativa	8.1, 8.3
5.2	Gestione vendite	8.2
5.3	Comunicazione e marketing	8.2
5.4	Erogazione, controllo e valutazione dei servizi	8.5, 8.6, 8.7
6	Processi di supporto (solo titolo)	-
6.1	Gestione degli acquisti	8.4
6.2	Gestione del personale	7.1, 7.2, 7.3
6.3	Controllo e manutenzione infrastrutture	7.1, 8.5
6.4	Gestione non conformità, reclami e azioni correttive	8.7, 10.1, 10.2
6.5	Gestione informazioni documentate	7.5
6.7	Gestione comunicazioni	7.4
	Gestione delle emergenze	-
7	Pianificazione, riesame e miglioramento del SGQ (solo titolo)	-
7.1	Analisi di contesto, delle parti interessate e dei rischi per il SGQ	4.1, 4.2, 6.1, 6.2
7.2	Audit interni	9.2
7.3	Monitoraggio e analisi prestazioni	9.1
7.4	Riesame di direzione	9.3, 10.1, 10.3

Appendice 2 – Termine, Acronimi, Definizioni

Traendo spunto dalle definizioni date nella norma UNI EN ISO 9000:2015, si riportano alcune definizioni fondamentali per il sistema di gestione.

Qualità: un'organizzazione focalizzata sulla qualità promuove una cultura che ha per risultato comportamenti, attitudini, attività e processi tali da apportare valore attraverso il soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative dei clienti e delle altre parti interessate rilevanti.

La qualità dei prodotti e servizi di un'organizzazione è determinata dalla capacità di soddisfare i clienti e dall'impatto previsto e non previsto sulle parti interessate rilevanti.

La qualità di prodotti e servizi comprende non solo le loro funzioni e prestazioni previste, ma anche il loro valore percepito e il beneficio per il cliente.

Sistema di gestione per la qualità: un SGQ comprende le attività mediante le quali l'organizzazione identifica i propri obiettivi e determina i processi e le risorse richiesti per conseguire i risultati desiderati.

Politica per la qualità: orientamenti e indirizzi di un'organizzazione espressi in modo formale dalla sua alta direzione relativamente alla qualità.

Alta direzione: persona o gruppo di persone che, dal livello più elevato, guidano e tengono sotto controllo un'organizzazione

Gestione per la qualità: gestione con riferimento alla qualità.

Pianificazione della qualità: parte della gestione per la qualità focalizzata sullo stabilire gli obiettivi per la qualità e sullo specificare i processi operativi e le relative risorse necessarie per conseguire tali obiettivi.

Controllo della qualità: parte della gestione per la qualità focalizzata sul soddisfare i requisiti per la qualità.

Organizzazione: persona o gruppo di persone avente funzioni proprie con responsabilità, autorità e relazioni per conseguire i propri obiettivi

Contesto di un'organizzazione: combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere un'influenza sull'approccio di un'organizzazione per sviluppare e conseguire i suoi obiettivi. La comprensione del contesto dell'organizzazione è un processo. Quest'ultimo determina i fattori che influenzano le finalità, gli obiettivi e la sostenibilità dell'organizzazione. Esso considera fattori interni quali valori, cultura, conoscenza e prestazioni dell'organizzazione, così come fattori esterni quali ambiente legale, tecnologico, competitivo, di mercato, culturale, sociale ed economico.

Esempi dei modi in cui le finalità di un'organizzazione possono essere espresse comprendono la sua vision, la sua mission, le sue politiche e i suoi obiettivi.

Alta direzione: persona o gruppo di persone che, al livello più elevato, guidano e tengono sotto controllo un'organizzazione

Supporto (dell'alta direzione): il supporto dell'alta direzione al SGQ e la partecipazione attiva delle persone permettono:

- La fornitura di adeguate risorse umane e di altro tipo
- Il monitoraggio dei processi e dei risultati
- La determinazione e la valutazione dei rischi e delle opportunità
- L'attuazione di azioni appropriate

L'acquisizione, il dispiegamento, il mantenimento, l'accrescimento e lo smaltimento responsabili delle risorse supportano l'organizzazione nel conseguimento dei suoi obiettivi.

Persone

Le persone sono risorse essenziali nell'ambito dell'organizzazione. Le prestazioni dell'organizzazione dipendono da come le persone si comportano all'interno del sistema in cui esse lavorano.

Nell'ambito di un'organizzazione, le persone divengono parte attiva e allineate attraverso una comune comprensione della politica per la qualità e dei risultati attesi dell'organizzazione.

Competenza

Un SGQ è più efficace quando tutto il personale comprende e applica le abilità, la formazione, l'istruzione e l'esperienza necessari per eseguire i loro ruoli e responsabilità. È responsabilità dell'alta direzione fornire alle persone le opportunità di sviluppare queste necessarie competenze.

Consapevolezza

La consapevolezza si ottiene allorché le persone comprendono le loro responsabilità e come le loro azioni contribuiscono al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Comunicazione

Una comunicazione pianificata ed efficace interna (ossia, all'interno dell'organizzazione) ed esterna (ossia, con le parti interessate rilevanti) accresce la partecipazione attiva delle persone e una maggiore comprensione:

- Del contesto dell'organizzazione
- Delle esigenze e aspettative dei clienti e delle altre parti interessate rilevanti
- Del SGQ

Focalizzazione sul Cliente: la gestione per la qualità si focalizza principalmente sul soddisfacimento dei requisiti del Cliente e sull'impegno nel superare le relative aspettative.

Il successo durevole è raggiunto quando un'organizzazione attrae e conserva la fiducia dei Clienti e delle altre parti interessate rilevanti. Ogni aspetto dell'interazione con il Cliente fornisce un'opportunità di creare maggior valore per il Cliente stesso. La comprensione delle esigenze attuali e future dei Clienti e delle altre parti interessate contribuisce al successo durevole dell'organizzazione.

Parte interessata, stakeholder: persona o organizzazione che può influenzare, essere influenzata, o percepire se stessa come influenzata, da una decisione o attività. Il concetto di parti interessate si estende al di là della sola focalizzazione sul cliente. È importante considerare tutte le parti interessate rilevanti.

Parte del processo per comprendere il contesto dell'organizzazione consiste nell'identificazione delle sue parti interessate. Le parti interessate rilevanti sono quelle che presentano un rischio significativo per la sostenibilità dell'organizzazione, qualora le loro esigenze e aspettative non siano soddisfatte. Le organizzazioni definiscono quali risultati occorre fornire a tali parti interessate rilevanti per ridurre tale rischio.

Le organizzazioni, attraggono, acquisiscono e conservano il supporto delle parti interessate rilevanti dalle quali dipende il loro successo

Cliente: persona o organizzazione che potrebbe ricevere, o che riceve, un prodotto o un servizio che è previsto per, o richiesto da, questa persona o organizzazione.

Fornitore: Organizzazione che fornisce un prodotto o un servizio.

Fornitore esterno: fornitore che non fa parte dell'organizzazione.

Affidare all'esterno: stipulare un accordo per il quale un'organizzazione esterna esegue parte di una funzione o di un processo di un'organizzazione.

Infrastruttura: sistema di mezzi, apparecchiature e servizi necessari per il funzionamento di un'organizzazione.

Leadership: i leader stabiliscono, a tutti i livelli, unità di intenti e di indirizzo e creano condizioni in cui le persone partecipano attivamente al conseguimento degli obiettivi per la qualità dell'organizzazione.

L'individuazione di unità di finalità e di indirizzo e la partecipazione attiva delle persone permettono ad un'organizzazione di allineare le proprie strategie, politiche, processi e risorse al fine di conseguire i propri obiettivi.

Coinvolgimento: prendere parte in un'attività, evento o situazione

Partecipazione attiva: coinvolgimento in, e contributo a, attività per conseguire obiettivi condivisi

Partecipazione attiva delle persone: Persone competenti, responsabilizzate e impegnate attivamente a tutti i livelli nell'ambito di tutta l'organizzazione, sono essenziali per accrescere la capacità dell'organizzazione stessa di creare e fornire valore.

Per gestire un'organizzazione efficacemente ed efficientemente, è importante rispettare e coinvolgere tutte le persone a tutti i livelli. Il riconoscimento, la responsabilizzazione e l'accrescimento della competenza facilitano la partecipazione attiva delle persone nel conseguire gli obiettivi per la qualità dell'organizzazione.

Processo: insieme di attività correlate o interagenti che utilizzano input per consegnare un risultato atteso

Approccio per processi: si conseguono risultati costanti e prevedibili più efficacemente ed efficientemente quando le attività sono comprese e gestite come processi interrelati che agiscono come un sistema coerente.

Il SGQ è costituito da processi interrelati. Comprendere come da questo sistema siano prodotti risultati permette ad un'organizzazione di ottimizzare il sistema stesso e le relative prestazioni.

Miglioramento: attività per accrescere le prestazioni. Le organizzazioni di successo sono continuamente focalizzate sul miglioramento.

Il miglioramento è essenziale perché un'organizzazione mantenga gli attuali livelli prestazionali, reagisca ai cambiamenti inerenti le sue condizioni interne ed esterne e crei nuove opportunità.

Miglioramento continuo: attività ricorrente per accrescere le prestazioni.

Processo decisionale basato sull'evidenza: le decisioni basate sull'analisi e sulla valutazione di dati e informazioni producono, con maggiore probabilità, i risultati desiderati.

Il processo decisionale può essere complesso e comporta sempre una componente di incertezza. Spesso coinvolge molteplici tipi e fonti di input, così come la loro interpretazione, che può essere soggettiva. È importante comprendere le relazioni di causa ed effetto e le potenziali conseguenze involontarie. L'analisi dei fatti, delle evidenze e dei dati porta a una maggiore obiettività e fiducia nel processo decisionale.

Tenuta sotto controllo delle modifiche: attività per il controllo dell'output dopo l'approvazione formale delle relative informazioni sulla configurazione di prodotto.

Progettazione e sviluppo: insieme di processi che trasforma i requisiti relativi a un oggetto in requisiti più dettagliati per l'oggetto stesso.

Gestione: attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione

Gestione per la qualità: gestione con riferimento alla qualità

Gestione delle relazioni: per il successo durevole, le organizzazioni gestiscono le loro relazioni con le parti interessate rilevanti, quali i fornitori.

Le parti interessate rilevanti influenzano le prestazioni di un'organizzazione. Il successo durevole si consegue con maggiore probabilità quando l'organizzazione gestisce le relazioni con tutte le sue parti interessate per ottimizzare l'impatto sulle proprie prestazioni. La gestione delle relazioni con le proprie reti di fornitori e partner è di particolare importanza.

Consulente del SGQ: persona che assiste l'organizzazione nella realizzazione di un sistema di gestione per la qualità, dando consigli o informazioni

Autorità di configurazione, comitato di controllo della configurazione, autorità decisionale: persona o gruppo di persone con responsabilità e autorità assegnate per assumere decisioni sulla configurazione

Risolutore delle dispute: singola persona incaricata da un mandatario di assistere le parti nella risoluzione di una disputa

Requisito: esigenza o aspettativa che può essere esplicita, generalmente implicita oppure obbligatoria.

Non conformità: mancato soddisfacimento di un requisito,

Rintracciabilità: capacità di risalire alla storia, all'applicazione o all'ubicazione di un oggetto.

Sistema di gestione: Insieme di elementi correlati o interagenti di un'organizzazione finalizzato a stabilire politiche, obiettivi e processi per conseguire tali obiettivi

Obiettivo: Risultato da conseguire.

Rischio: Effetto dell'incertezza; per effetto si intende uno scostamento da quanto atteso – positivo e/o negativo.

Rischi e opportunità: Potenziali effetti negativi (minacce) e potenziali effetti positivi (opportunità).

Valutazione del rischio: Processo complessivo di identificazione del rischio, analisi del rischio e ponderazione del rischio.

Identificazione del rischio (UNI ISO 31000:2010): Processo di ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'identificazione del rischio implica l'identificazione delle fonti di rischio, degli eventi, relative cause e delle loro potenziali conseguenze.

Analisi del rischio (UNI ISO 31000:2010): Processo di comprensione della natura del rischio e di determinazione del livello di rischio.

Livello di rischio (UNI ISO 31000:2010): Espressione quantitativa di un rischio o combinazione di rischi, espresso in termini di combinazione di conseguenze (esiti) e della loro verosimiglianza (possibilità, plausibilità di un accadimento ipotizzabile).

Criteri di rischio (UNI ISO 31000:2010): Termini di riferimento a fronte dei quali è valutata la significatività del rischio.

Controllo del rischio (UNI ISO 31000:2010): misura che sta modificando il rischio. Azione intrapresa per gestire il rischio ed aumentare le possibilità di conseguimento degli obiettivi e dei traguardi stabiliti.

Trattamento del rischio (UNI ISO 31000:2010): processo per modificare il rischio. Il trattamento del rischio può generare nuovi rischi o modificare rischi esistenti.

Acronimi

CDA: Consiglio di Amministrazione

RSPP: Responsabile del servizio di protezione e prevenzione.

SGQ: Sistema di gestione per la Qualità e l'Accreditamento

NC: Non conforme, Non conformità

AC: Azione correttiva