



ITS - Fondazione MO.SO.S.

Accademia di specializzazione tecnica per la mobilità sostenibile e per il mare

[www.fondazionemosos.it](http://www.fondazionemosos.it)

# MANUALE DELLA QUALITÀ

## DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ

### secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015

Il presente Manuale del Sistema di Gestione Qualità è di proprietà di:

ITS - Fondazione MO.SO.S.

Sede Legale: Via G. Mercalli, 1 - 09129 – Cagliari

Tel/Fax. 0704524701

Email: [fondazionemosos@gmail.com](mailto:fondazionemosos@gmail.com) - [fondazionemosos@pec.it](mailto:fondazionemosos@pec.it)

ED.	REV.	DATA	CAUSALE	VERIFICA	APPROVAZIONE
1	0	10/05/2019	Nuova Edizione	Giovanni De Santis	Giovanni De Santis

ITS - Fondazione MO.SO.S.

Accademia di specializzazione tecnica per la mobilità sostenibile e per il mare

[www.fondazionemosos.it](http://www.fondazionemosos.it)

# INDICE

---

PRESENTAZIONE AZIENDALE	6
PRINCIPI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	7
APPROCCIO PER PROCESSI	7
1. GENERALITÀ	7
2. CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT	8
3. RISK-BASED THINKING	9
4.1 COMPRENDERE LA FONDAZIONE E IL SUO CONTESTO	14
4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE	15
4.3 DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	15
4.4 SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI	16
4.4.1 PROCESSI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	16
4.4.1.1 PROCESSI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	17
4.4.1.2 INFORMAZIONI DOCUMENTATE	18
4.4.1.3 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE	19
4.4.1.4 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	20
4.4.1.5 AGGIORNAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE	20
4.4.1.6 IL MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	21
4.4.1.7 GESTIONE DEI DOCUMENTI E DEI DATI	21
4.4.1.8 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI	22
5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO	23
5.1.1.1 GENERALITÀ	23
5.1.1.2 FOCALIZZAZIONE SUL CLIENTE/CORSISTA	24
5.2 POLITICA PER LA QUALITÀ	25
5.2.1.1 STABILIRE LA POLITICA PER LA QUALITÀ	25
5.3 RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELLA FONDAZIONE	26
6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ	26
6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO	29

6.3	PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ _____	30
6.4	PRESCRIZIONI LEGALI E REQUISITI DI TIPO COGENTE e NORMATIVO _____	30
7.1	RISORSE _____	31
7.1.1.1	GENERALITÀ _____	31
7.1.2	PERSONE _____	31
7.1.3	INFRASTRUTTURA _____	32
7.1.4	AMBIENTE PER IL FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI _____	32
7.1.5	RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE _____	33
7.1.6	CONOSCENZA ORGANIZZATIVA _____	33
7.2	COMPETENZA _____	34
7.3	CONSAPEVOLEZZA _____	34
7.3.1	Responsabilità ed autorità _____	34
7.4	COMUNICAZIONE _____	35
7.5	INFORMAZIONI DOCUMENTATE _____	35
7.5.1	GENERALITÀ _____	35
8.1	PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI _____	36
8.2	REQUISITI PER I PRODOTTI ED I SERVIZI _____	37
8.2.1	COMUNICAZIONE _____	37
8.2.2	DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI _____	38
8.2.3	RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI _____	38
8.2.4	MODIFICHE AI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI _____	39
8.3	PROGETTAZIONE E SVILUPPO SERVIZI _____	40
8.3.1	GENERALITÀ _____	40
8.3.2	PIANIFICAZIONE CORSI _____	40
8.3.3	INPUT ALLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO _____	40
8.3.4	CONTROLLI DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO _____	40
8.3.5	OUTPUT DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO _____	41
8.3.6	MODIFICHE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO _____	41
8.4	CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO _____	41

8.4.1	GENERALITÀ	41
8.4.2	PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO	42
8.4.3	VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI	43
8.4.4	INFORMAZIONI AI FORNITORI ESTERNI	43
8.5	EROGAZIONE DI PRODOTTI E SERVIZI	44
8.5.1	CONTROLLO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI	44
8.5.2	CONTROLLI NON PROGRAMMATI	44
8.5.3	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ	45
8.5.4	PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI O AI FORNITORI ESTERNI	45
8.5.5	CONTROLLO DELLE MODIFICHE	45
8.6	RILASCIO DEI SERVIZI	45
8.7	CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI	46
9.1	MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE	46
9.1.1	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E COMMITTENZA	47
9.1.2	GESTIONE DEI RECLAMI CLIENTE	47
9.1.3	ANALISI E VALUTAZIONE	47
9.1.4	MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI/SERVIZI	48
9.1.5	GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITÀ	48
9.1.6	ANALISI DEI DATI	49
9.2	AUDIT INTERNO	49
9.3	RIESAME DELLA DIREZIONE	50
10.1	GENERALITÀ	51
10.2	NON CONFORMITÀ	51
10.2.1	AZIONI CORRETTIVE	51
10.3	MIGLIORAMENTO CONTINUO	52

## INTRODUZIONE

---

L'adozione da parte della Fondazione (da qui ITS "MO.SO.S") di un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2015, ha aiutato a migliorare la prestazione complessiva dell'azienda ed a costruire una solida base per iniziative di sviluppo.

Il presente Manuale per la Qualità, rappresenta per la Fondazione uno strumento in grado di definire e divulgare l'approccio alla qualità sia all'interno che verso l'esterno, e descrive il suo Sistema di Gestione Qualità in relazione ai servizi offerti dall'Azienda e per garantire che il processo di erogazione avvenga secondo gli standard qualitativi definiti dall'impresa stessa, per garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle normative specifiche di settore applicabili.

Nella progettazione ed attuazione dell'attuale Sistema di Gestione Qualità sono stati valutati sia il contesto nel quale la Fondazione si inserisce ed opera che i rischi ad esso associati, le mutevoli esigenze della Fondazione, i prodotti e servizi che l'azienda fornisce ed i processi adottati.

Il presente Manuale Per la Qualità è strutturato in capitoli e paragrafi, con una struttura che rispecchia quello della norma internazionale di riferimento UNI EN ISO 9001:2015, utilizzando un approccio per processi, incorpora il ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) ed il Risk-Based Thinking, permettendo così alla Fondazione di poter pianificare i propri processi e le proprie interazioni, garantendo che i propri processi siano adeguatamente dotati di risorse e gestiti.

L'adozione di un Sistema di Gestione Qualità aggiornato alla nuova edizione 2015 da parte della Fondazione è avvenuto principalmente per:

- Dimostrare la sua abilità nell'erogare servizi conformi ai requisiti del cliente e ai requisiti delle leggi e regolamenti applicabili;
- Descrivere e dimostrare come la Fondazione è strutturata (indicando compiti, responsabilità e autorità di ogni funzione aziendale), per garantire la qualità dei propri processi e dei servizi/prodotti erogati, dimostrare la capacità di fornire sistematicamente prodotti e servizi conformi ai requisiti definiti dai clienti ed alle normative vigenti applicabili, oltre che il raggiungimento della soddisfazione dei Clienti;
- consolidare la fiducia dei mercati ed accrescere opportunità di business
- Dimostrare le capacità di erogare servizi che ottemperino ai requisiti dei clienti e a quelli cogenti applicabili
- comunicare le informazioni alle parti interessate.

Il raggiungimento del massimo grado di soddisfazione è il principale obiettivo che la Fondazione persegue al fine di mantenere ed incrementare il proprio livello di competitività nei confronti della miglior concorrenza, conquistare e conservare la fiducia dell'utenza e della committenza attuale, acquisirne di nuovi e garantire una sempre maggiore

penetrazione sul mercato di riferimento, e per questi motivi la Fondazione ritiene indispensabile una strategia di innovazione continua, per arrivare a fornire servizi che raggiungano un livello di "eccellenza".

Per dimostrare la capacità di fornire sistematicamente prodotti e servizi conformi ai requisiti definiti dai clienti e alle norme vigenti, la Fondazione ha scelto di avvalersi quindi del supporto di metodologie e strumenti propri di un Sistema di Gestione Qualità, secondo quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9001:2015, in un'ottica di miglioramento continuo.

La Direzione s'impegna quindi a sovrintendere il SGQ mediante:

- periodica emissione e riesame della propria Politica per la Qualità, allineandola ad obiettivi e strategie della Fondazione
- impegno nel garantire una corretta diffusione, comprensione ed attuazione della politica
- rispetto del contenuto dei regolamenti dell'Organismo di certificazione prescelto, per quanto riguarda il corretto utilizzo del marchio e del certificato.
- Verifiche dell'efficacia del proprio Sistema di Gestione, promuovendo il miglioramento e sostenendo tutti gli altri ruoli gestionali, incrementando la soddisfazione di tutte le parti interessate.

## PRESENTAZIONE AZIENDALE

L'ITS - Fondazione "MO.SO.S." - è stato costituito (atto notarile del 30 ottobre 2014 repertorio n. 178678) a seguito della Delibera Regionale n° 44/28 del 07.11.2014.

La scelta della Regione Autonoma della Sardegna di istituire una scuola speciale di tecnologia nei settori della mobilità sostenibile e dell'economia marittima è stata motivata dall'importanza strategica degli stessi per lo sviluppo economico e sociale della Sardegna. L' ITS - Fondazione MO.SO.S. persegue:

- le finalità di promuovere la diffusione della cultura tecnica e scientifica
- di sostenere le misure per lo sviluppo dell'economia e le politiche attive del lavoro

Essa agisce nell'area tecnologica della Mobilità Sostenibile con particolare riferimento all'economia del mare in Sardegna negli ambiti:

- della "Mobilità delle persone e delle merci"
- della produzione e manutenzione di mezzi di trasporto e/o relative infrastrutture
- della gestione infomobilità e infrastrutture logistiche

La Fondazione opera sulla base dei piani triennali con i seguenti obiettivi:

- assicurare, con continuità, l'offerta di tecnici superiori a livello post- secondario in relazione a figure che rispondano alla domanda proveniente dal mondo del lavoro pubblico e privato in relazione al settore di riferimento sopra indicato
- sostenere l'integrazione tra i sistemi di istruzione, formazione e lavoro, con particolare riferimento ai poli tecnico-professionali di cui alle normative vigenti, per diffondere la cultura tecnica e scientifica
- sostenere le misure per l'innovazione e il trasferimento tecnologico alle piccole e medie imprese
- diffondere la cultura tecnica e scientifica e promuovere l'orientamento dei giovani e delle loro famiglie verso le professioni tecniche
- stabilire organici rapporti con i fondi interprofessionali e le aziende per la formazione continua dei lavoratori
- formazione dei docenti e degli esperti nei settori di riferimento

### DATI IN SINTESI

Ragione sociale	ITS - Fondazione MO.SO.S.
Partita I.V.A	92224820925
Telefono:	+39 0704524701
E-mail:	fondazionemosos@gmail.com
Sede legale	Via Giuseppe Mercalli, 1 - 09129 - Cagliari

### PRINCIPI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Nello sviluppare implementare e gestire il proprio Sistema di Gestione per la Qualità, la Fondazione basa i propri principi fondamentali secondo quanto descritto dalla norma ISO 9001:2015: Focalizzazione del cliente, Leadership, Partecipazione attiva delle persone, Approccio per processi, Miglioramento continuo, Processo decisionale basato sulle evidenze, Gestione delle relazioni

### APPROCCIO PER PROCESSI

#### 1. GENERALITÀ

La Fondazione trova che l'adozione di un Sistema della Gestione della Qualità ed un approccio per processi siano gli strumenti più indicati per affrontare le sfide del proprio settore, il cui panorama è costituito da un contesto complesso, in cui i rischi sono influenzati da mutevoli esigenze associate ad un settore fortemente competitivo.

Per garantire una gestione ottimale, la Fondazione ha individuato i processi che determinano le proprie attività e le interazioni che essi comportano, puntando ad un miglioramento continuo della Fondazione e per raggiungere gli obiettivi di soddisfazione di tutte le parti interessate (clientela, utenza, dipendenti e di tutte le parti interessate).

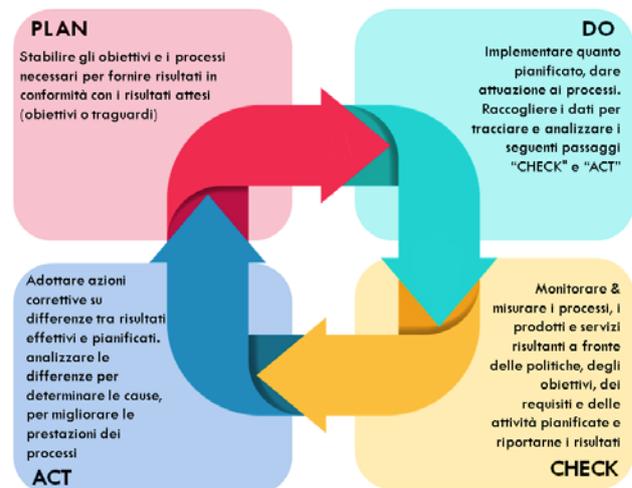
Il presente Manuale per la Qualità illustra in termini generali il Sistema di Gestione messo in atto dalla Fondazione e rappresenta il documento di maggiore autorità nell'ambito del Sistema di Gestione aziendale.

Vengono qui definiti indirizzi ed obiettivi, permettendo di individuare chiaramente, pianificare, tenere sotto controllo e documentare tutte le attività rilevanti ai fini del SGQ.

In particolare nel Manuale sono posti i dovuti riferimenti e definizioni riguardo a politiche, responsabilità e le competenze necessarie del personale, viene individuato ed analizzato il contesto in cui opera la Fondazione, le attività e la struttura organizzativa, i processi aziendali e le loro interazioni, oltre che il campo di applicazione del Sistema.

Il Manuale è il documento di riferimento per:

- il personale dell'azienda, che trova in esso l'indirizzo e la guida per operare
- i corsisti e per l'Organismo di Certificazione, che trovano in esso gli elementi per verificare come l'azienda soddisfa i requisiti di gestione della Qualità, come raggiunge la soddisfazione del cliente e in generale di tutte le parti interessate.



Il Responsabile di Gestione Qualità (RGQ) ha la responsabilità di redigere il Manuale in tutte le sue parti e sezioni, avvalendosi, dove necessario, anche della collaborazione dei dipendenti dell'azienda. Ha inoltre il compito di verificare la rispondenza del Manuale ai requisiti delle norme di riferimento con procedure, istruzioni e tutti i documenti del SGQ, ed alla Politica Aziendale.

Il RGQ firma nell'apposito spazio del cartiglio per attestazione della verifica effettuata e ne cura l'aggiornamento e la distribuzione.

Tutto il personale della Fondazione è chiamato a contribuire nell'applicazione, nell'aggiornamento e nel miglioramento del SGQ.

## 2. CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

LA FONDAZIONE ritiene che i risultati previsti si raggiungano efficacemente ed efficientemente attraverso la gestione per processi. Una corretta gestione per processi infatti assicura di poter:

- comprendere e soddisfare sistematicamente i requisiti;
- considerare i processi in termini di valore aggiunto;
- garantire un raggiungimento di prestazioni efficaci dei processi;
- migliorare il processo basato sulla valutazione dei dati e delle informazioni.

L'approccio per processi, promosso dalla norma UNI EN ISO 9001:2015, è stato applicato facendo ricorso alla metodologia PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT), al fine di accrescere la soddisfazione del cliente mediante il rispetto dei requisiti del cliente stesso, con particolare attenzione al pensiero basato sul rischio quale mezzo di prevenzione.

A questo scopo, la Fondazione ha determinato:

- i processi necessari per la realizzazione e l'erogazione dei servizi (processi primari o operativi) ed i processi di supporto;
- la sequenza e le interazioni tra i processi;
- i criteri ed i metodi per assicurare il controllo ed il funzionamento dei processi;

In questo modo è stato ed è possibile ottenere i risultati desiderati e prefissati con notevoli vantaggi in termini di efficienza ed efficacia aziendale.

La metodologia PDCA, descritta brevemente, individua i processi e gli elementi in uscita da un processo aziendale costituiscono direttamente gli elementi in ingresso al processo successivo

### 3. RISK-BASED THINKING

Nel Sistema di Gestione per la Qualità dell'ITS Mo.So.S, è stato analizzato e considerato l'effetto dell'incertezza di un determinato risultato ed il concetto di risk-based thinking, considerando il rischio quale effetto dell'incertezza, e che tale incertezza può avere effetti positivi o negativi.

LA FONDAZIONE comprende che il concetto di Risk-Based Thinking porta a considerare il rischio qualitativamente e dipendente dal contesto qualitativo dell'azienda, e diventa quindi indispensabile per il conseguimento di un efficace sistema di gestione per la qualità, e lo inserisce quindi nei requisiti per stabilire, implementare, mantenere e migliorare continuamente il proprio SGQ.

Per essere conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015, la Fondazione pianifica ed attua ogni azione per affrontare i rischi e cogliere opportunità, così da accrescere l'efficacia del sistema di gestione per la Qualità stesso, conseguendo risultati migliori e prevenendo gli effetti negativi.

Per ciascun processo, la Fondazione ha stabilito i livelli di rischio in termini di abilità nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, le conseguenze sui processi, prodotti servizi e le non conformità di sistema.

# 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

---

La Fondazione è consapevole che adottare ed implementare un Sistema di Gestione Qualità, da un punto di vista formale e sostanziale, e una sua logica gestione sistemica porti ad una maggior efficacia e miglior efficienza, miglior ottimizzazione delle risorse, miglior rispetto legislativo e controllo dei costi, una miglior immagine e maggior cura e attenzione verso la propria e altrui sicurezza.

Il Sistema di Gestione della Fondazione è composto di una serie di procedure (PRO), che regolano la gestione delle attività organizzative e dei processi aziendali, e da istruzioni operative (IO), che costituiscono e definiscono specifiche modalità di esecuzione di attività di processo, entrambe integrate nel Sistema e ne rafforzano le disposizioni così da raggiungere gli obiettivi prefissati in termini di qualità del servizio.

La Fondazione recepisce le direttive della norma di riferimento, decidendo di perseguire un miglioramento continuo dei livelli qualitativi nell'esecuzione ed erogazione dei propri servizi, ponendosi poi come fine ultimo dell'implementazione del Sistema di Gestione Qualità il controllo di tutti i processi interni alla Fondazione così da poterne migliorare l'efficienza e poter risultare sempre più competitivi con una miglior gestione delle risorse, costi e tempi di esecuzione.

Il Manuale individua e definisce i processi che costituiscono il SGQ della Fondazione e va utilizzato integrando il contenuto dei capitoli con le procedure specifiche del SGQ in esso riportate (vedi MO750 01 Matrice Gestione Informazioni documentate), dove sono riportate e definite le responsabilità e tutte le modalità di gestione dei processi aziendali.

Quanto descritto nel presente Manuale è applicato a tutte le attività aziendali svolte dalla Fondazione al fine di acquisire, conservare e migliorare le prestazioni e le capacità della Fondazione, identificando le esigenze e le aspettative della propria utenza e di tutte le parti interessate (ad es. il personale, i Fornitori, la committenza, la collettività) affinché possano essere soddisfatte efficacemente ed efficientemente, erogando i propri servizi in totale conformità normativa e di contratto.

Il Sistema di Gestione Qualità è applicato a tutti i processi aziendali coperti dal presente MQ e si applica:

---

## PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE PER LA MOBILITÀ SOSTENIBILE E PER IL MARE

---

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

LA FONDAZIONE gestisce i propri processi aziendali attenendosi ai riferimenti normativi:

SIGLA	TITOLO
UNI EN ISO 9000:2015	Sistemi di gestione per la qualità – Termini e vocabolario
UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti
UNI EN ISO 9004:2000	Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni
UNI EN ISO 19011:2012	Linee guida per gli Audit dei sistemi di gestione.
UNI EN ISO 29990:2011	Servizi per l'apprendimento relativi all'istruzione e alla formazione non formale

LA FONDAZIONE opera nel pieno rispetto di tutta la normativa Regionale, Nazionale, Comunitaria, di settore e di tutti gli altri ambiti applicabili. L'aggiornamento delle leggi e delle norme è effettuato dal RGQ in collaborazione con la DIR.

Stante la corposità del corpo legislativo in vigore non se ne riportano gli estremi anagrafici, rimandando agli archivi specifici gestiti da ogni funzione in relazione alle proprie necessità e al MO613 01 Censimento normative dove sono registrati i riferimenti alle principali leggi e norme applicabili.

## 3. TERMINI E DEFINIZIONI

I termini e le definizioni utilizzati sono quelli definiti dalla norma 9000:2015 "Sistemi di Gestione per la Qualità – Fondamenti e vocabolario". Di seguito sono riportati i termini e le definizioni peculiari, riferiti agli argomenti trattati nei seguenti capitoli del manuale.

- **Archivio:** luogo fisico (armadio, raccoglitore, ecc) dove sono raccolti i documenti suddivisi per Committente.
- **Attrezzature:** Attrezzatura, automezzi, macchinari ed accessori necessari allo svolgimento delle comuni attività presenti all'interno dell' ITS "MO.SO.S"
- **Azione Correttiva (AC):** Azione tesa ad eliminare la causa di una non conformità rilevata o di un'altra situazione indesiderabile rilevata.
- **Audit :** Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze dell'audit e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono stati soddisfatti.
- **Auditor:** Persona che ha le caratteristiche personali dimostrate e la competenza per effettuare un audit.
- **Commessa:** Entità gestionale, relativa ad un ordine o contratto del committente, per la pianificazione e il controllo di tutte le attività in termini di qualità, costi e ricavi.
- **Committente:** Ente pubblico o privato, che ha firmato un ordine o un contratto di fornitura servizi con la

Fondazione e ne riceve le relative fatture.

- **Contratto**: E' l'accordo di due o più parti per costituire, regolare ed estinguere tra loro un rapporto giuridico patrimoniale (art. 1321 c.c.). Nel testo delle presenti linee guida il termine "contratto" include ogni tipo di accordo o convenzione stipulato dalla Fondazione con qualunque controparte pubblica o privata
- **Conformità**: Soddisfacimento dei requisiti specificati
- **Corsista**: Il soggetto che riceve prodotto o servizio (o una combinazione dei due) dalla Fondazione.
- **Direzione (DIR)** : Massimo organo operativo societario. Si identifica con il C.d.A. della Fondazione e si occupa dell'amministrazione ordinaria e straordinaria.
- **Documenti di registrazione**: Documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.
- **Documenti tecnico-amministrativi**: Documentazione inerente alle attività d'apertura commessa, di riesame del contratto, d'approvvigionamento materiali e servizi.
- **Evidenza Oggettiva**: Dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.
- **Fase**: Elemento o combinazione di elementi che compongono un processo
- **Formazione**: Acquisizione, mantenimento e miglioramento nel tempo di un'adeguata preparazione ai fini di indurre nuove e/o migliori capacità gestionali e comportamentali all'interno della Fondazione aziendale.
- **Fornitore**: Il soggetto che fornisce un prodotto o un servizio (o una combinazione dei due) a una Fondazione.
- **Funzione Unità**: organizzativa aziendale che dipende direttamente dalla DIR.
- **Infrastrutture**: Sistema di mezzi, attrezzature e servizi necessari per il funzionamento della Fondazione
- **Leggi/Decreti**: Sono documenti prescrittivi delle autorità competenti cui l'azienda si deve attenere nello svolgimento delle attività.
- **Manuale Qualità (MQ)**: Documento che enuncia la politica per la Qualità e descrive il Sistema di Gestione per la Qualità.
- **Manutenzione Ordinaria**: La manutenzione ordinaria prevede l'ispezione e la revisione, ad intervalli regolari, per assicurare al sistema il previsto livello di prestazioni, affidabilità e sicurezza.
- **Manutenzione Straordinaria**: La manutenzione straordinaria è resa necessaria da malfunzionamenti ed arresti improvvisi dei mezzi utilizzati.
- **Miglioramento continuo**: Processo di accrescimento del Sistema di Gestione Per la Qualità per ottenere miglioramenti della prestazione complessiva in accordo con la politica della Fondazione
- **Modulo (MO)**: Documento di registrazione
- **Monitoraggio**: Controllo continuo delle condizioni:
  - parametri di processo o di prodotto
  - operative erogate dall'azienda al Cliente
  - tempistica e qualità delle forniture

- adeguatezza ed attuazione del SGQ e dei suoi processi

- **Non Conformità (NC)**: Mancato soddisfacimento di un requisito.
- **Normative e Regolamenti**: Le Normative e i Regolamenti sono i documenti tecnici prescrittivi cui l'azienda si deve attenere nello svolgimento delle attività, sono aggiornati a cura dei responsabili di funzione, secondo competenza.
- **Operatore**: Figura professionale che eroga un'attività nell'ambito di un servizio.
- **Organigramma**: Struttura organizzativa dell'azienda. Esso definisce le interfacce reciproche e le dipendenze operative tra le varie Funzioni aziendali e l'alta direzione.
- **Fondazione**: Fondazione, attività, Fondazione commerciale, impresa, istituzione od associazione o parte di esse, incorporata o meno, pubblica o privata, che disponga di proprie funzioni e di propria amministrazione.
- **Parte interessata**: Singolo individuo o gruppo di persone, all'interno o all'esterno del posto di lavoro interessato od influenzato dalle prestazioni SSL della Fondazione
- **Pianificazione**: Programmazione dell'attività specifica per ottenere in coerenza con gli obiettivi della politica per la qualità, l'erogazione del servizio con il soddisfacimento dei requisiti del Cliente e quelli cogenti.
- **Politica Qualità**: Intenti e direzione di una Fondazione correlata alla performance della Qualità, come formalmente espressa dalla DIR
- **Posto di lavoro**: Ogni luogo fisico nel quale le attività correlate al lavoro sono condotte sotto il controllo della Fondazione
- **Procedura operativa (PRO)**: Descrive le modalità secondo cui il SGQ risponde ai requisiti della normativa di riferimento e della gestione di una attività.
- **Processo**: Insieme di risorse e di attività fra loro interconnesse, mirate a realizzare un risultato predeterminato
- **Prodotti o servizi critici**: Prodotti e servizi le cui caratteristiche funzionali (qualità, affidabilità e sicurezza) influenzano direttamente la qualità dei prodotti.
- **Registrazione**: Documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.
- **Responsabile di Funzione (RdF)**: Persona alla quale è affidata la conduzione di una Funzione o di un processo aziendale.
- **Responsabile Gestione Sistema Per la Qualità (RGQ)**: Responsabile del Sistema di Gestione Per la Qualità
- **Sistema di Gestione Qualità (SGQ)**: Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo la Fondazione con rif. alla qualità
- **Sistema Informativo (SI)**: Hardware e software gestionali e operativi
- **Utente**: Persona alla quale la Fondazione fornisce prestazioni in relazione alle sue esigenze e secondo quanto previsto dal contratto con il committente

- **Valutazione:** Esame sistematico per determinare in quale misura il fornitore è capace di soddisfare i requisiti richiesti
- **Verifica:** Utilizzo di informazioni supplementari rispetto al monitoraggio, ottenute tramite analisi o altri strumenti.

## 4. CONTESTO DELLA FONDAZIONE

LA FONDAZIONE ha determinato le componenti rilevanti per le attività ed in grado di influenzare la propria capacità di conseguire i risultati attesi per il Sistema di Gestione per la Qualità, per monitorarle e riesaminarle costantemente, determinando il proprio contesto operativo come segue:

### SERVIZI EROGATI

- Corsi di formazione con particolare riferimento all'economia del mare in Sardegna negli ambiti della mobilità delle persone e delle merci, della produzione e manutenzione di mezzi di trasporto e/o relative infrastrutture e della gestione infomobilità e infrastrutture logistiche

### MERCATO DI RIFERIMENTO

- La Fondazione eroga servizi rivolti ad una giovani di età compresa tra 18 e 29 anni in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore e i giovani che hanno frequentato un percorso quadriennale di Istruzione e Formazione tecnica Professionale (IeFP) integrato da un percorso Istruzione e Formazione tecnica Superiore (IFTS) della durata di un anno, con particolare riferimento all'economia del mare in Sardegna

### PAESE

- La Fondazione ITS Mo.So.S. opera nella città metropolitana di Cagliari, con corsisti provenienti sia dal territorio regionale che nazionale.

### 4.1 COMPRENDERE LA FONDAZIONE E IL SUO CONTESTO

Il SGQ implementato dalla Fondazione è in continuo aggiornamento tramite una costante pianificazione, audit ed il riesame della direzione, tutti processi che permettono di poter determinare le parti rilevanti per il suo scopo ed indirizzo strategico, oltre che comprendere la capacità della Fondazione di raggiungere gli obiettivi.

ITS "MO.SO.S" determina, verifica e riesamina costantemente gli elementi del contesto interno ed esterno che possano avere effetti sull'effettiva capacità di fornire costantemente prodotti e/o servizi conformi ai requisiti del cliente e/o di leggi e regolamenti, ovvero sui risultati attesi dal Sistema di Gestione per la Qualità

Quale contesto esterno è stato identificato l'ambiente esterno in cui la Fondazione si propone di raggiungere i suoi obiettivi, prendendo in considerazione i fattori che emergono da aspetti ambientali, tecnologici, competitivi, di mercato, culturali ed economici (nazionali ed internazionali, regionali o locali).

Il contesto interno invece è l'ambiente interno in cui la Fondazione si propone di raggiungere i suoi obiettivi considerando i valori, la cultura, la conoscenza e le prestazioni della Fondazione stessa.

#### 4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

Le parti interessate hanno un grosso effetto impattante, sia esso reale o anche solo potenziale, sulla capacità della Fondazione di fornire adeguatamente prodotti e servizi che soddisfino le richieste del contesto ed i requisiti di tutte le parti interessate ed i requisiti della coerenza applicabili.

LA FONDAZIONE pertanto determina le parti interessate rilevanti e, allo stesso tempo, quali sono i requisiti rilevanti per la corretta gestione del sistema stesso e quali possano diventare obblighi di conformità.

Per la redazione della presente revisione del Manuale per la Qualità, sono state determinate le parti interessate rilevanti per il SGQ ed i requisiti rilevanti, che hanno valenza obbligatoria e diventano obblighi di conformità, avendo questi un potenziale impatto sul proprio Sistema di Gestione.

La Fondazione, nell'ottica di perseguire un continuo vantaggio competitivo, individua le proprie principali parti interessate:

ITS "MO.SO.S"
Insieme di persone, mezzi e infrastrutture, con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni.
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CORSISTI/POTENZIALI CORSISTI</b> Ciascuno dei soggetti che si valgono o possono valersi dei servizi della Fondazione</li><li>• <b>STAKEHOLDER (Condizioni di supporto)</b> Soggetti direttamente o indirettamente coinvolti a supporto dell'attività della Fondazione.</li><li>• <b>CONCORRENTI (Condizioni di svantaggio)</b> Soggetti in grado di replicare i servizi della Fondazione</li><li>• <b>AMBIENTE (Condizione di base)</b> Insieme delle condizioni normative, sociali e culturali del Paese in cui la Fondazione opera.</li></ul>

#### 4.3 DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

LA FONDAZIONE stabilisce i confini e l'applicabilità del Sistema di Gestione Qualità considerando quelli che sono i fattori interni ed esterni, i requisiti delle parti interessate ed i prodotti ed i servizi forniti dalla Fondazione stessa.

LA FONDAZIONE applica i requisiti delle norme internazionali UNI EN ISO 9001:2015, se applicabili, nell'ambito del proprio Sistema di Gestione Qualità.

Il campo di applicazione è reso disponibile e mantenuto costantemente aggiornato tramite idonee informazioni documentate, dove vengono dichiarati i tipi di servizi offerti, fornendo una giustificazione per qualsiasi requisito della norma di riferimento che la Fondazione determina quale “non applicabile” al proprio sistema gestionale.

Eventuali requisiti ritenuti “non applicabili” non potranno influenzare la capacità o la responsabilità di assicurare la conformità dei propri prodotti e servizi ed il livello generale di soddisfazione del cliente.

#### 4.4 SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI

Al fine di raggiungere i risultati attesi, ivi compreso l'accrescimento delle proprie prestazioni in termini di qualità, la Fondazione stabilisce, attua, mantiene e migliora in modo continuo il proprio Sistema di Gestione Qualità, in conformità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Nello stabilire e mantenere il proprio SGQ la Fondazione considera la conoscenza che deriva dalla comprensione della Fondazione e del proprio contesto (Rif. MQ 4.1) e delle esigenze e le aspettative delle parti interessate (Rif. MQ 4.2). Il SGQ messo in atto da ITS “MO.SO.S” ha consentito quindi di determinare la rete dei processi, determinando quelle che sono le interazioni ed i fattori di interazione, stabilire i criteri e i metodi necessari per un efficace funzionamento e controllo dei processi stessi, identificare il fabbisogno di risorse e informazioni utili a supportare il funzionamento e il monitoraggio dei processi, definendo quindi le modalità del monitoraggio, definire e effettuare azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo dei processi.

##### 4.4.1 PROCESSI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

L' ITS “MO.SO.S”, nel revisionare il proprio SGQ ha individuato una serie di processi interdipendenti, tenuti sotto controllo, per conseguire i risultati pianificati, attuando azioni svolte al loro miglioramento al fine di rendere sempre più competitiva la Fondazione.

Sono stati quindi stabiliti input ed output di tali processi, la loro sequenza ed interconnessione tra loro, i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento dei processi, ed una loro tenuta sotto controllo, oltre che le risorse necessarie, le disponibilità, responsabilità ed autorità dei singoli processi. LA FONDAZIONE ha anche effettuato una valutazione sia dei rischi e delle opportunità (Rif. MQ Sez. 6.1) che di ciascun processo e l'attuazione di ogni modifica necessaria per conseguire il risultato atteso nell'ottica di un miglioramento dei processi e del SGQ.

## 4.4.1.1 PROCESSI DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ



Legenda:  Processi principali  Processi di supporto (indirizzo e controllo)  Processi di supporto (Servizi e qualità)

Il grafico illustra i processi della Fondazione, i quali si suddividono in:



I processi chiave sono illustrati, scomposti e valutati nelle loro interazioni nella sezione 4.4.1.1 del MQ.

La griglia seguente identifica le interazioni fra i processi:

INPUT	PROCESSO	OUTPUT
Richiesta Cliente/ Direzione	Bando	Selezione richiedenti
Richiesta Cliente/ Direzione	Pianificazione dei corsi	Calendario dei Corsi
Fabbisogni formativi/Programma corsi	Selezione e valutazione fornitori del servizio	Selezione docente (lettera incarico)
Richiesta Cliente/ Direzione	Controllo e Monitoraggio	Recupero/Approfondimento/Bilancio competenze
Richiesta Cliente/ Direzione	Pianificazione stage	Calendario stage
Richiesta Cliente/ Direzione	Controllo e Monitoraggio	Recupero/Approfondimento/ Bilancio competenze
Richiesta Cliente/ Direzione	Verifica di fine corso/ Esame	Erogazione del titolo

L'approccio per processi consente di:

- stabilire i propri obiettivi ed ottenere i risultati in accordo con i requisiti del Cliente e con le proprie politiche
- attuare i propri processi
- monitorare e misurare i processi nei confronti degli obiettivi e politiche precedentemente individuati
- adottare le misure necessarie per migliorare i propri servizi sulla base dei controlli e delle misurazioni

Il sistema di gestione per la qualità esprime un sistema di regole di funzionamento della struttura organizzativa e dei servizi/prodotti offerti.

Nella procedura PRO 610 Valutazione dei Rischi e delle Opportunità verranno considerate le minacce e le opportunità e le relative modalità di gestione.

A supporto dei processi individuati vengono mantenute le procedure, le istruzioni, i moduli, i diagrammi di flusso, le tabelle e i capitoli del presente manuale, identificati nel modulo MO750 01 Matrice Gestione Informazioni documentate.

#### 4.4.1.2 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

La Fondazione ITS "MO.SO.S" nella misura e nelle forme necessarie:

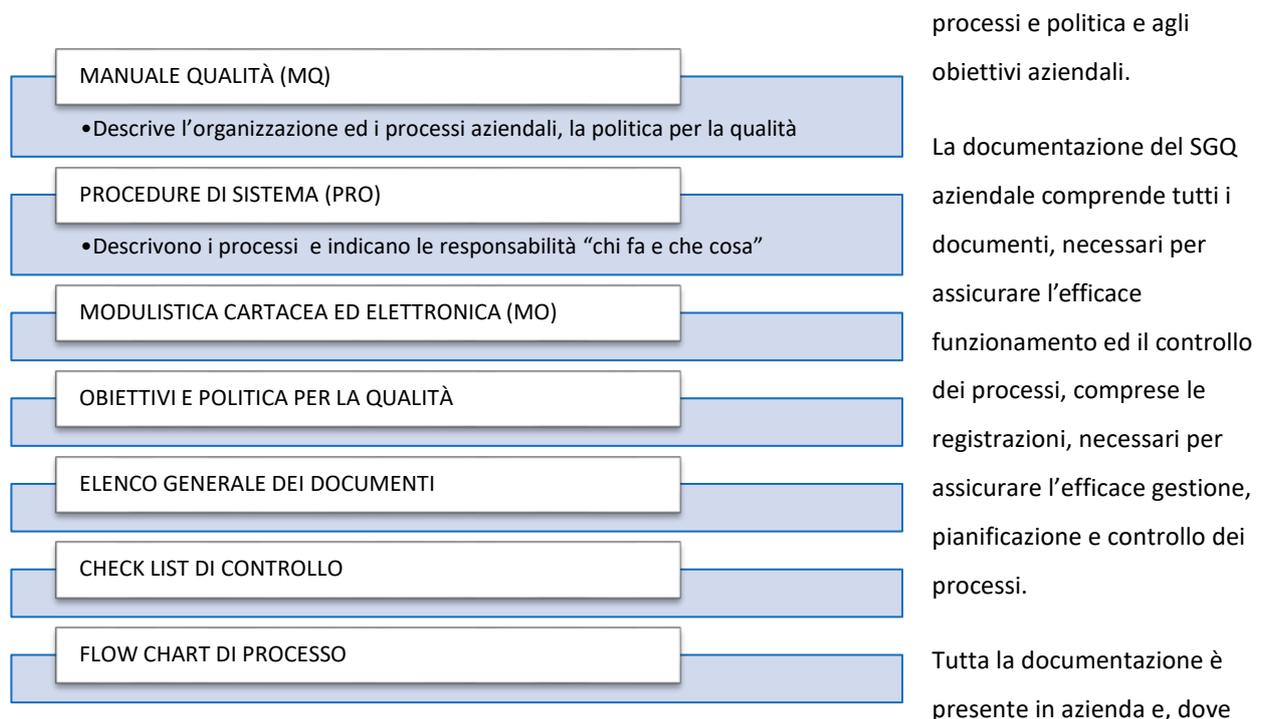
- cura la redazione ed il periodico aggiornamento di un manuale di gestione per la qualità, conforme con la norma UNI EN ISO 9001:2015
- redige, utilizza, mantiene attive ed aggiorna apposite procedure gestionali per ogni processo aziendale, definendone adeguate istruzioni operative, mantenendo informazioni documentate

- conserva informazioni documentate per dimostrare che i processi siano condotti come pianificato
- identifica i processi necessari per il SGQ e lo mette in atto, applicando le apposite procedure documentate
- definisce e documenta come saranno soddisfatti i requisiti della qualità
- predispone una pianificazione coerentemente con i requisiti specifici del SGQ, e prepara i piani qualità per commesse ed i piani di controllo qualità
- misura, monitora ed analizza i processi ed attua le azioni necessarie per conseguire i risultati previsti ed il miglioramento continuo.

#### 4.4.1.3 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

La Fondazione, per avere un SGQ efficace, si è dotata di diverse tipologie di documenti quali, il Manuale della Qualità (MQ), un sistema di Procedure (PRO), con relativa modulistica (MO) ed Istruzioni Operative (IO) atte a costituire riferimenti della metodologia e della operatività sia al proprio interno che all'esterno, anche in caso di visita di un ente esterno, estendendoli a tutte le attività aziendali svolte, ed estendendolo anche ai propri fornitori.

Per la gestione della documentazione e dei dati del sistema, la Fondazione si è dotata di specifica procedura PRO750 Informazioni Documentate, nella cui elaborazione si è tenuto conto della funzionalità della documentazione, facilità della gestione, risorse necessarie per la gestione, necessità relative alla gestione dei



richiesto e necessario, anche nei luoghi di pertinenza ai fini dell'utilizzo, e può avere qualsiasi forma, sia essa cartacea, elettronica, o altra forma, ed è disponibile alla consultazione da parte di tutte le funzioni aziendali della Fondazione.

#### 4.4.1.4 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

La Fondazione ha istituito il proprio SGQ, per assicurare che i servizi formativi erogati dalla Fondazione siano conformi ai requisiti ed alle aspettative dei corsisti e di tutte le parti interessate, in relazione alle attività svolte dalla Fondazione.

Lo scopo di questa sezione è quello di descrivere la struttura del SGQ, con la definizione della struttura documentale e dei punti focali per poter garantire che l'intera gestione aziendale sia conforme ai requisiti delle norme e delle leggi scelte a riferimento, costituendo lo standard di riferimento per la definizione di responsabilità e prescrizioni su cui valutare l'efficacia del funzionamento reale dello standard qualità in azienda.

Le modalità specifiche relative ad emissione, riesame, aggiornamento, approvazione, stato della revisione documentale, disponibilità, identificazione, distribuzione e gestione dei documenti di legge sono indicate nella procedura PRO 750 Informazioni documentate.

Le attività descritte nel presente MQ sono svolte in accordo con altri documenti scritti, conformi alle norme applicabili, ai quali fare riferimento, laddove il presente MQ stesso non fornisca già una istruzione completa.

#### 4.4.1.5 AGGIORNAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE

L'aggiornamento del MQ e del resto della documentazione del SGQ è effettuato sistematicamente dal RGQ in base alle variazioni della struttura organizzativa, dei processi aziendali e sulla base delle indicazioni provenienti dal Presidente, dall'area di indirizzo, dall'area esecutiva e dalle funzioni aziendali di volta in volta coinvolte. Le modifiche al manuale possono essere proposte da tutti i destinatari dei documenti.

L'aggiornamento del MQ viene contraddistinto dal numero di revisione progressivo e dalla data di emissione e verrà poi distribuito previa firma per redazione, verifica ed approvazione dal RGQ e dalla DIR.

Il SGQ è gestito e reso operante dal RGQ, che ha la responsabilità di verificare tutte le fasi dell'attività aziendale, in collaborazione diretta con l'intera Fondazione, per garantire il rispetto dei requisiti specificati nel presente MQ e nelle prescrizioni contrattuali e/o di legge. Il RGQ ha inoltre l'incarico di coordinare le attività ed i metodi di preparazione, gestione e identificazione della documentazione di sistema (procedure, modulistica, istruzioni operative ecc.) sino alla definitiva approvazione e verifica, oltre che la promozione delle informazioni su tutto ciò che attiene i temi della qualità, verso tutto il personale interessato.

Il RGQ è inoltre tenuto a coinvolgere tutte le funzioni aziendali, affinché si provveda a:

- pianificare, controllare e verificare tutti i processi rilevanti ai fini del sistema
- effettuare la stesura e l'aggiornamento delle procedure settoriali e specifiche di prodotto/processo/servizio
- coinvolgere il personale competente, addestrato e specificamente qualificato per lo svolgimento dei processi rilevanti ai fini degli obiettivi della Fondazione

- ricercare ed identificare le cause di non conformità o anomalie, per le quali è richiesta una rapida analisi e correzione
- intervenire con le azioni correttive identificate e definite
- valutare lo stato e delle performance di qualità realizzate in azienda
- promuovere il miglioramento costante di ogni attività avente influenza sulle performance aziendali

La DIR ha la responsabilità di definire la Politica per la Qualità (PQ) dell'azienda e gli obiettivi e di verificare costantemente l'applicazione e l'adeguatezza del SGQ, approvare il MQ, le PRO e le IO.

La proposta di modifiche al MQ, alle procedure ed alla modulistica, la necessità di nuove procedure e/o istruzioni può essere proposta da ogni funzione aziendale, verranno prese in carico dal RGQ che, in accordo con la Norma di riferimento e la Politica per la qualità aziendale, verificherà tali richieste e agirà di conseguenza.

#### 4.4.1.6 IL MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

È il documento che descrive strutture e correlazioni organizzative, delinea modalità gestionali e individua le responsabilità connesse alla realizzazione, al mantenimento e alla correzione del SGQ.

Tale documento è espressione della Politica per la Qualità, ed evidenzia le direttive per l'attuazione delle attività contemplate nella UNI EN ISO 9001:2015, degli altri riferimenti normativi e legislativi, e regolamenti interni. Inoltre include il campo di applicazione del SGQ, compresi dettagli e giustificazioni relativi ad eventuali esclusioni, i riferimenti alle procedure documentate predisposte ed una descrizione delle interazioni tra i processi del sistema di gestione.

Il manuale verrà revisionato nel caso intervengano cambiamenti nella Fondazione, nelle procedure aziendali e/o nella normativa applicabile, e l'emissione di tali revisione è compito del RGQ, con approvazione e verifica con le stesse modalità. La registrazione delle modifiche che hanno portato alla revisione vengono riportate nella pagina di copertina del presente manuale e la copia dei documenti superati viene conservata dal RGQ.

La modifica di una sola pagina del MQ determinerà la revisione dell'intero documento.

#### 4.4.1.7 GESTIONE DEI DOCUMENTI E DEI DATI

I documenti facenti parte del SGQ della Fondazione possono avere: origine interna, ovvero emessi dalla Fondazione stessa, oppure origine esterna.

##### ORIGINE INTERNA

L'attività viene condotta secondo quanto previsto dalle procedure interne (PRO 750 Informazioni documentate) ed in generale prevedendo le seguenti modalità operative:

I documenti e i dati gestiti dalla Fondazione, come già visto nel paragrafo 4.4.2A, vengono classificati in:

- Politica per la Qualità

- Obiettivi della Qualità
- Manuale Per la Qualità
- Procedure
- Modulistica
- Allegati
- Elenco generale dei documenti
- Check list di controllo
- Flow chart di processo

Il MQ, le Procedure, i Moduli ed eventuali manuali tecnici sono messi a disposizione di tutte le parti interessate in appositi dossier, secondo le esigenze ed attività aziendali, e diffuse e mantenute attraverso il sito ufficiale della Fondazione [www.fondazionemosos.it](http://www.fondazionemosos.it).

La comunicazione di emissioni o revisioni di documenti viene fatta agli interessati previa distribuzione alle funzioni competenti mediante gli elenchi di distribuzione (MO750 01 Matrice Gestione Informazioni documentate).

A seguito dell'approvazione della modifica, i documenti vengono riemessi seguendo l'iter della prima emissione modificando gli indici di revisione.

Il controllo dello stato di revisione, solo per i documenti prescrittivi, assicura che il documento in vigore sia l'unico disponibile nel centro di utilizzazione, cosicché i documenti non validi e/o superati siano tempestivamente rimossi e distrutti dal destinatario.

#### ORIGINE ESTERNA

La documentazione di origine esterna è costituita da documenti cogenti e di riferimento (norme, regolamenti, disciplinari, leggi ecc.) e da documenti di consultazione (manuali, progetti, schemi, cataloghi ecc.).

Le funzioni responsabili dell'archiviazione sono anche responsabili dell'aggiornamento della documentazione, sono tenute a conservare tali aggiornamenti in appositi dossier, nonché provvedere anche della rimozione dei documenti che risultassero superati.

L'identificazione e la distribuzione dei documenti esterni riguarda solo quelli collegati al SGQ.

#### 4.4.1.8 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI

Ogni funzione aziendale è tenuta a predisporre un'area destinata all'archiviazione e conservazione dei documenti di sua pertinenza affinché venga garantita l'integrità, la leggibilità e la pronta rintracciabilità, risultando pertanto responsabile della redazione, approvazione, distribuzione e archiviazione dei documenti di sua competenza, collaborando con le altre funzioni aziendali per quanto necessario o ritenuto utile.

Le registrazioni, sia in forma cartacea che informatica, forniscono evidenza oggettiva dell'applicazione del SGQ e dimostrano che l'esecuzione delle attività svolte in conformità alla norma di riferimento ed a quanto predisposto.

Per evitare perdite, e per rendere partecipi tutte le parti interessate, le informazioni documentate verranno diffuse e mantenute attraverso il sito ufficiale della Fondazione, [www.fondazionemosos.it](http://www.fondazionemosos.it)

Sarà in ogni caso cura di tutto il personale dell'azienda, rispettare le prescrizioni del presente MQ e gestire correttamente (compresa la compilazione) i documenti di registrazione.

I particolari della tenuta sotto controllo dei documenti di registrazione del SGQ sono riportati nella specifica procedura di riferimento.

## 5. LEADERSHIP

---

Questa sezione definisce le responsabilità proprie della DIR dell'ITS "MO.SO.S", e porta a conoscenza tutte le parti interessate la Politica aziendale che l'Alta Direzione ha assunto per una conduzione che soddisfi i requisiti di qualità dei servizi, in linea con gli standard di riferimento. Il personale dovrà, secondo le proprie competenze e il proprio ruolo, assumere le responsabilità inerenti l'attuazione della Politica aziendale, in linea con l'informazione ricevuta.

In questa sezione è anche descritta la struttura organizzativa che l'Alta Direzione ha instaurato in azienda, per attribuire alle diverse posizioni aziendali la dimensione e l'autorità bilanciate, al fine di contribuire al meglio all'attuazione della politica definita.

### 5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO

#### 5.1.1.1 GENERALITÀ

Il SGQ della Fondazione risponde a precise direttive e linee guida emanate dalla DIR con lo scopo di ottenere, mantenere e migliorare i livelli di qualità dei processi aziendali. È compito della DIR stabilire la Politica relativa alla qualità e definire gli obiettivi e gli indirizzi generali da perseguire in base a quanto formulato nella politica.

Al fine di concretizzare e dare evidenza del proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del SGQ, la DIR si impegna a:

- Assicurare che la politica e gli obiettivi siano stabiliti e siano compatibili con la strategia aziendale e il contesto in cui la Fondazione opera
- Assicurare che l'intera Fondazione abbia l'adeguata conoscenza e la necessaria consapevolezza sull'importanza di ottemperare ai requisiti richiesti dal contesto in cui opera (interno e esterno) ed a quelli cogenti, sviluppando nel personale la necessaria consapevolezza sul ruolo
- Assicurare che la diffusione all'interno dell'azienda della Politica e degli obiettivi sia comunicata, compresa ed applicata all'interno della Fondazione e che i collaboratori esterni e fornitori operino in conformità dei principi dettati dalla norma e definiti all'interno del SGQ aziendale

- Impiegare risorse adeguate per gestire lo sviluppo, mantenimento e il miglioramento del SGQ in relazione al recepimento e soddisfacimento delle due norme di riferimento ISO 9001:2015 e 29990:2011
- Monitorare costantemente il SGQ al fine di misurarne l'efficacia per garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali posti ed il rispetto delle norme di riferimento, recependo tempestivamente ogni modifica relativa
- Sensibilizzare i propri dipendenti verso i requisiti e le esigenze dei clienti/utenti, senza per questo disattendere i requisiti che concorrono alla erogazione dei servizi, creando un ambiente che incoraggi il coinvolgimento e lo sviluppo del personale
- Assicurare la disponibilità delle risorse (attrezzature, personale, software, ecc.) necessarie per la gestione dei processi.
- Supportare gli altri ruoli di responsabilità a dimostrare che la loro leadership sia applicata nella loro area di influenza
- Promuovere l'utilizzo dell'approccio per processi (PDCA) e del Risk-Based Thinking
- Monitorare il livello di soddisfazione del cliente/corsista
- Effettuare il periodico riesame sul SGQ
- Rispettare le leggi in vigore e le normative contrattuali
- Migliorare costantemente le tecnologie applicate

La pianificazione aziendale avviene attraverso:

- valutazione di tutti i requisiti normativi applicabili, siano essi obbligatori o volontari
- identificazione e valutazione dei rischi in funzione della tipologia di attività e del contesto di riferimento
- identificazione e valutazione dei fabbisogni delle parti interessate
- un approccio per processi facendo ricorso al PDCA, con particolare attenzione al Risk-Based Thinking.

È preciso impegno della DIR assicurare che in tutte le attività aziendali siano sempre e comunque garantiti il rispetto delle leggi e norme vigenti. Le evidenze di tali azioni si traducono nelle informazioni documentate disposte dalla DIR e conservate a cura dei vari responsabili di funzione individuati.

La DIR ha definito e documentato in maniera chiara i compiti, le responsabilità e i rappresentanti reciproci del personale, sia esso assunto o a contratto, e di tutte le funzioni aziendali, coinvolgendolo nel perseguimento della qualità garantendo la necessaria autorità e libertà organizzative. La DIR riconosce che la Qualità del servizio non è solo prerogativa del RGQ, ma che ogni addetto è responsabile nell'ambito delle proprie funzioni, dell'applicazione dei criteri stabiliti da questo documento, sia nella sede operativa sia nei rapporti con la Clientela

#### 5.1.1.2 FOCALIZZAZIONE SUL CLIENTE/CORSISTA

LA FONDAZIONE opera fattivamente affinché le esigenze e le aspettative del cliente/corsista e delle parti interessate vengano adeguatamente comprese, traslate in requisiti e ottemperate per garantirne la soddisfazione.

La Fondazione monitora la soddisfazione del cliente/corsista e di tutte le parti interessate, somministrando adeguati questionari, documentando ed analizzando i reclami presentati, e attraverso tale attività valuta e definisce le cause che hanno determinato la non conformità nell'erogazione del servizio e/o l'insoddisfazione del cliente/corsista sul servizio erogato, individuando correzioni ed azioni correttive immediate.

La DIR ha stabilito gli strumenti e le procedure di valutazione degli interessi delle parti interessate, e ne riesamina periodicamente i risultati ottenuti, attraverso tre modalità principali:

1. valutazione diretta dell'evoluzione nel tempo delle aspettative delle diverse parti interessate e del loro grado di soddisfazione, per mezzo di apposite indagini
2. identificazione e applicazione di tutte le prescrizioni tecnico-normative relative alle attività aziendali in materia di qualità dei servizi forniti
3. valutazioni indirette relativamente alla fruibilità dei servizi erogati.

La Direzione valuta periodicamente le informazioni raccolte secondo i tre metodi indicati, identificando gli aspetti significativi connessi alle attività svolte, e definire i rispettivi obiettivi di miglioramento.

Le esigenze e le aspettative dei cliente/corsista vengono individuate:

- nella conformità delle prestazioni fornite
- nella disponibilità di adeguate risorse
- nella corretta e puntuale esecuzione dei progetti formativi
- nella sicurezza del servizio e della responsabilità del prodotto.

Le interfacce coinvolte nei rapporti con l'utente e con la committenza sono state individuate nella: DIR, il personale dell'area di indirizzo e dell'area esecutiva, comprendendo anche i docenti ed i tutor. Queste figure hanno il compito di assicurare che siano determinati e soddisfatti i requisiti del Cliente e i requisiti cogenti applicabili, e che tutti i processi siano rivolti e focalizzati sull'aumento della soddisfazione del cliente.

## 5.2 POLITICA PER LA QUALITÀ

### 5.2.1.1 STABILIRE LA POLITICA PER LA QUALITÀ

ITS "MO.SO.S" , in considerazione della crescente richiesta di standard qualitativi elevati e dello specifico settore di attività della Fondazione, convinto dei miglioramenti conseguibili con lo sviluppo di una cultura interna della qualità, stabilisce i principi e gli obiettivi generali nel documento "Politica per la Qualità", definendo il campo di applicazione del proprio SGQ e affinché essa risulti:

- appropriata agli scopi che la Fondazione si è prefissata ed alle esigenze dei corsisti e delle parti interessate del contesto in cui opera la Fondazione, della normativa cogente e volontaria di carattere nazionale e comunitario
- appropriata alle finalità ed al contesto della Fondazione e che supporti i propri indirizzi strategici

La Politica per la Qualità includerà inoltre l'impegno a rispettare i requisiti stabiliti dalla presente norma e le leggi ed i regolamenti vigenti, e fornirà un adeguato quadro di riferimento per stabilire e riesaminare gli obiettivi della qualità, includendo l'impegno a soddisfare i requisiti applicabili e al miglioramento del SGQ.

La Politica è riesaminata con cadenza annuale e/o in ragione delle mutate condizioni organizzative della Fondazione. Essa ha ripercussione su tutti i processi aziendali, e viene giustamente considerata di vitale importanza per la Fondazione stessa.

La politica aziendale è messa a disposizione di tutte le parti interessate esterne alla Fondazione attraverso pubblicazione sul sito internet aziendale ed è comunicata, insieme agli obiettivi, al personale interno tramite ordini di servizio, comunicazioni interne su modulistica ufficiale, in bacheca, messaggi e-mail/fax, riunioni formali ed informali, così da garantirne la conoscenza e la divulgazione a tutto il personale.

La Politica per la Qualità della Fondazione è inserita come allegato del Manuale Qualità (All.01 MQ Politica Qualità).

### 5.3 RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELLA FONDAZIONE

Al fine di garantire e favorire un'efficace gestione per la qualità, l'Alta Direzione ha definito e reso note le relative funzioni, nonché le relative responsabilità e autorità del Personale che opera all'interno di ITS "MO.SO.S", la cui attività ha diretta influenza sulla qualità del servizio fornito, accertandosi che quanto stabilito sia stato correttamente compreso e recepito.

I ruoli, le autorità e le responsabilità sono definite ed assegnate per:

- assicurare che la conformità del SGQ ai requisiti della norma
- assicurare che l'output dei processi sia quanto previsto
- assicurare la focalizzazione al cliente/corsista in tutta l'organizzazione

A tal fine la DIR emette e mantiene aggiornato l'organigramma aziendale (All.01 MQ Organigramma) e il Regolamento della Fondazione, approvato dalla DIR e li diffonde a tutti i livelli operativi, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale.

## 6. PIANIFICAZIONE

---

### 6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ

La pianificazione di ITS "MO.SO.S" è espressa in procedure che prevedono sia le responsabilità delle attività da eseguire sia la sequenza delle attività. Inoltre, come già affrontato nel cap. 0.3, tutte le attività ed i relativi processi sono progettati (compreso il presente MQ) secondo la logica PDCA (Plan – Do – Check – Act) così da poter avere un

approccio di tipo preventivo che consenta anche un controllo durante i processi e tutti i segnali di ritorno siano adeguatamente gestiti.

Nel pianificare i propri processi e le proprie attività, si tiene conto di quelli che sono i requisiti interni ed esterni, le esigenze del mercato e dell'utenza, non tralasciando la larga esperienza maturata nel settore, con l'obiettivo e la necessità di migliorare continuamente sia nella gestione che nell'efficienza ed efficacia delle proprie attività e, conseguentemente, anche nei risultati.

La Fondazione ITS "MO.SO.S" ha quindi individuato i processi, le attività e le risorse necessarie alla loro attuazione e ha, in seguito, definito le misurazioni da attuare per valutare i risultati raggiunti e poter attuare processi di miglioramento. Poiché il SGQ è uno strumento dinamico di gestione delle attività e di miglioramento continuo, quando la Fondazione individua nuovi requisiti che possono derivare da esigenze interne o esterne, la DIR si impegna ad esaminarli e verificare la necessità di:

- definire nuovi processi o modificare i processi esistenti
- aggiornare la documentazione, compresa quella prescrittiva e di registrazione del SGQ
- addestrare il personale
- adeguare le risorse tecniche, di processo e di controllo
- assicurare che il SGQ consegua i risultati attesi
- accrescere gli effetti desiderati
- prevenire o ridurre gli effetti indesiderati
- mettere in atto il miglioramento continuo
- gestire i processi di erogazione dei servizi in corrispondenza alle normative nazionali ed internazionali
- valutazione e monitoraggio dei docenti
- miglioramento continuo del SGQ
- Soddisfare i Soci fondatori nei risultati conseguiti e confermare l'impegno finanziario e formativo assunti a sostegno della Fondazione

L'efficacia delle azioni attuate verrà poi in seguito verificata tramite appositi audit interni e/o durante i periodici, od anche straordinari laddove se ne paventasse la necessità, riesami della direzione.

LA FONDAZIONE nel far ciò pianifica anche le azioni per affrontare i rischi valutati e poter cogliere le opportunità, oltre ad integrare ed anche le modalità per integrare e attuare le azioni nei processi del proprio SGQ e valutarne poi l'efficacia.

LA FONDAZIONE nello stabilire i rischi e le relative opportunità ha istituito un apposita procedura PRO 610 Valutazione dei Rischi e delle Opportunità, attuando una specifica gestione del rischio, con un approccio Risk-

Based Thinking. Per ogni processo sono valutati e classificati i rischi e le opportunità da affrontare per ottenere i risultati attesi, accrescere gli effetti desiderati e prevenire o ridurre quelli indesiderati per conseguire gli obiettivi fissati ed il miglioramento.

Nel valutare le opportunità, la Fondazione assicura che si possano conseguire i risultati attesi, aumentando la crescita dei livelli formativi dei corsisti riuscendo a prevenire o ridurre gli effetti indesiderati.

La DIR della Fondazione pianifica la gestione della Fondazione e dei propri processi, assicurando ai corsisti ed alle Aziende che agiscono come Soci fondatori e sostenitori, nell'ambito delle attività di formazione promosse dalla Fondazione, che si possano conseguire i risultati attesi con particolare riguardo per i corsisti che vogliono avviarsi alla carriera di Ufficiale nella Marina Mercantile (Convenzione STCW alle Sez. II/1 e A- III/1), aumentando la crescita del livello dell'offerta formativa in termini di spendibilità delle competenze acquisite nel settore marittimo e della logistica, tutto questo in virtù della capacità da parte della Fondazione di riuscire a prevenire o ridurre gli effetti indesiderati e conseguire il miglioramento continuo, ed accedere in questo modo alla premialità delle risorse finanziarie che le istituzioni preposte mettono a disposizione.

Per ogni singolo processo identificato vengono individuate poi le parti interessate, le risorse da impiegare per eseguire le attività proprie del processo e dei servizi, le responsabilità e le conseguenti misure di prevenzione da adottare.

Le modalità di pianificazione dei processi sono dettagliate nelle relative procedure, analizzando tutti i singoli processi, specificando le funzioni coinvolte, rispettive responsabilità e compiti.

Nel pianificare adeguatamente le proprie attività tiene conto:

- dell'analisi delle norme cogenti, con particolare riferimento alle disposizioni impartite dagli organi preposti in materia di Navigazione, norma STCW e le disposizioni del MIT, Guardia Costiera e Capitaneria di Porto.
- Delle finalità degli ITS, creando una relazione con le Aziende che sostengono la Fondazione - a partire dal Consiglio di Indirizzo - alla predisposizione ed organizzazione dei percorsi formativi
- del controllo delle attività di progettazione e sviluppo, nonché degli argomenti/programmi dei corsi svolti in aula e dei loro obiettivi
- del controllo di tutte le operazioni inerenti l'approvvigionamento di prodotti, materiali e servizi
- del processo di erogazione dei servizi, sia prima, che durante ed al termine del ciclo, valutando le risorse necessarie
- della gestione di tutte le risorse necessarie (materiali, registri, attrezzature, mezzi, infrastrutture, etc.)
- del controllo e del corretto utilizzo di tutti i dispositivi di monitoraggio e misurazione
- qualificazione e necessità di addestramento del personale
- del programma di audit interni sullo stato di attuazione ed efficacia di tutti gli elementi del SGQ
- delle informazioni documentate codificate e gestite nell'apposita procedura

ITS - Fondazione MO.SO.S.

- delle attività di modifica e miglioramento del sistema come descritto in procedura PRO 1020 Non Conformità e Azioni Correttive.

## 6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

La DIR della Fondazione , in sede di riesame, definisce gli obiettivi, misurabili e comparabili, in accordo con la Politica per la Qualità, allo scopo di perseguire il miglioramento continuo.

È stata istituita un'apposita procedura, PRO 620 Obiettivi, identificando il processo che genera nuovi obiettivi e che verificando il raggiungimento di quelli già fissati, avendo cura che essi siano coerenti con la Politica per la Qualità, con le esigenze, con gli indirizzi strategici scelti e che questi tengano conto del contesto in cui opera ed intende operare la Fondazione . Questi obiettivi individuati dovranno essere fortemente pertinenti alla conformità dei prodotti/servizi ed all'incremento della soddisfazione dell'utenza e di tutte le parti interessate, e dovranno essere monitorati e misurabili in modo oggettivo, così da poter verificare il livello raggiunto, individuando le aree di miglioramento.

Gli obiettivi saranno poi aggiornati ed integrati nel tempo dalla DIR, e sono divulgati a tutta la Fondazione ai diversi livelli, così da garantire il coinvolgimento di tutti per il loro raggiungimento.

Nello stabilire detti obiettivi e nel pianificare le modalità di raggiungimento, la DIR valuta e definisce inoltre le risorse impegnate e da impegnare, la tempistica per il loro raggiungimento, gli indicatori di monitoraggio (chi, come e quando) del loro raggiungimento.

### 6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

L' ITS "MO.SO.S", alla luce di possibili sofferenze riscontrate nella erogazione del servizio, ne definisce la pianificazione considerando lo scopo di tali modifiche e le potenziali conseguenze, mantenendo ed assicurando l'integrità del SGQ stesso, verificando la disponibilità delle risorse necessarie ed analizzando l'eventuale necessità di assegnare o trasferire responsabilità o autorità mancanti, od anche di indirizzarsi verso altri obiettivi.

Tali considerazioni verranno poi documentate all'interno del riesame della direzione, ovvero in relazioni specifiche elaborate dalla DIR e/o dal RGQ. Possono rendersi necessarie modifiche del Sistema di Gestione nel caso, ad esempio, nel caso di:

- ripetute Non Conformità in ambito normativo e procedurale
- indice di abbandono superiore al 15% degli iscritti al primo anno
- indice di mancato inserimento nel comparto marittimo dei corsisti pari al 30% ad un anno dal conseguimento del titolo
- azioni di monitoraggio interne che indicano un livello di insoddisfazione rispetto al servizio erogato pari o superiore al 30%
- azioni di monitoraggio esterno che indicano ripetuti livelli di imprecisioni/errori procedurali afferenti la didattica e la pianificazione dei corsi
- gestione delle risorse (sia umane che materiali) inefficace rispetto agli obiettivi indicati nella Politica della qualità e dalla Carta dei servizi, etc.

### 6.4 PRESCRIZIONI LEGALI E REQUISITI DI TIPO COGENTE e NORMATIVO

La Fondazione, nell'erogare i suoi servizi, determina i propri obblighi di conformità per adempierli e gestirli nel tempo, istituendo una procedura specifica PRO 613 Conformità legislativa, dove vengono affrontate le modalità operative per la gestione e la periodica valutazione del rispetto della cogenza ed altre prescrizioni applicabili.

La Fondazione ha pianificato quindi le azioni per affrontare gli aspetti qualitativi significativi, gli obblighi di conformità, i rischi e le opportunità, integrando ed attuando le azioni previste nel SGQ e in altri processi aziendali e valutandone poi l'efficacia, tenendo conto dei propri requisiti tecnologici, finanziari e operativi.

La DIR, in collaborazione con il RGQ e le funzioni responsabili coinvolte, compreso il corpo docente, sono responsabili per l'identificazione, la raccolta, la selezione, la conservazione e l'aggiornamento della legislazione, delle prescrizioni applicabili ed autorizzazioni rilevanti per l'azienda e la diffusione delle informazioni agli interessati, provvedendo a monitorarne costantemente la conformità.

## 7. SUPPORTO

---

## 7.1 RISORSE

### 7.1.1.1 GENERALITÀ

LA FONDAZIONE rende disponibili tutte le risorse necessarie alla completa applicazione, mantenimento e miglioramento del SGQ valutando la capacità delle risorse interne, considerandone i relativi vincoli, e fissando cosa ottenere dai fornitori esterni, accrescendo la soddisfazione di tutte le parti interessate.

La gestione delle risorse coinvolge inevitabilmente anche quelle economico finanziarie. Infatti, il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di gestione influisce in maniera determinante sulle risorse economico-finanziarie della Fondazione. Uno degli obiettivi della Fondazione è quello di ottimizzare e migliorare costantemente la gestione finanziaria della Fondazione , affinché l'azienda possa sempre fornire risultati economici-finanziari in linea con le aspettative, non compromettendo gli alti livelli di qualità ed efficienza stabiliti. A questo proposito è stata istituita un'apposita procedura PRO 710 Gestione risorse, che afferisce ai criteri di efficacia economica, trasparenza e tracciabilità, e fa riferimento alla Politica della Qualità, lo Statuto della Fondazione ITS "Mo.So.S." , alle norme di legge (il cui controllo è affidato a soggetti esterni alla Fondazione stessa, quali ad es. il Revisore dei Conti, e il Prefetto della Provincia di Cagliari) e alle azioni di monitoraggio di sistema.

La Direzione si impegna ad assicurare la disponibilità delle risorse necessarie per garantire il continuo miglioramento aziendale.

### 7.1.2 PERSONE

Per una corretta gestione delle risorse umane, è stata predisposta la procedura PRO 710 Gestione delle risorse, nella quale vengono esplicitati gli specifici requisiti e le modalità di selezione del personale docente e dei tutor formativi, nonché del personale non docente.

Tutte le figure aziendali coinvolte nei vari processi della Fondazione, alle quali vengono attribuite specifiche e definite responsabilità, dovranno possedere un adeguato livello di competenza assicurato dalla combinazione dei seguenti elementi, in misura variabile in base a responsabilità e mansioni, quali:

- adeguato grado di istruzione
- esperienza lavorativa
- addestramento e formazione continua
- aperto scambio di informazioni in tutta la Fondazione

L'organigramma aziendale (MQ 02 Organigramma) definisce tutte le aree aziendali e le funzioni con i corrispondenti ruoli, sia relativamente alle attività proprie di erogazione dei servizi che quelle strettamente connesse alla gestione del SGQ, e nel Mansionario sono riportate le responsabilità ed i requisiti minimi per ricoprire quel determinato ruolo.

Le risorse necessarie sono stabilite in base alle esigenze della Fondazione e alla quantità e caratteristiche dei contratti di servizio da gestire.

### 7.1.3 INFRASTRUTTURA

Per infrastrutture sono identificate sia la sede che gli spazi di lavoro, le attrezzature ed apparecchiature di processo, oltre che i mezzi per l'erogazione del servizio.

Le infrastrutture della Fondazione possono essere suddivise in AREE:

AREA DI GESTIONE AZIENDALE: Uffici presso la sede della Fondazione, sita in via Mercalli 1, Cagliari

AREA CORSI: aule per lo svolgimento delle lezioni frontali e le simulazioni, presso la sede della Fondazione

Ogni singola area è completa di tutte le attrezzature necessarie (hw e sw) per il corretto ed idoneo svolgimento delle attività e dei servizi e, al momento dell'installazione di nuovi strumenti, la DIR provvederà a valutare l'idoneità delle attrezzature acquistate. In sede di verifiche ispettive interne e di riesame della direzione, si provvede a verificare l'adeguatezza delle infrastrutture.

LA FONDAZIONE è consapevole dell'importanza che le infrastrutture rivestono nel processo di realizzazione dei propri servizi, e per questo tiene cura della sicurezza e della salubrità dei propri spazi di lavoro, oltre che l'acquisto, la gestione e la manutenzione dei mezzi e delle attrezzature necessarie a garantire un'adeguata conformità dei servizi.

La modalità di gestione delle attrezzature adottata, vista la tipologia e la loro rilevanza ed impatto nell'erogazione dei servizi, prevede sia una programmazione e registrazione della manutenzione ordinaria e straordinaria, demandate a ditte terze qualificate.

Gli spazi di lavoro sono gestiti nel rispetto della legislazione relativa alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro. La DIR in base alla legislazione in materia di Sicurezza, in funzione degli obiettivi che intende raggiungere e delle indicazioni delle varie funzioni, adotta le misure necessarie allo scopo di assicurare costantemente l'idoneità e l'adeguatezza dei propri spazi di lavoro.

### 7.1.4 AMBIENTE PER IL FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI

L'ambiente di lavoro è una combinazione di fattori umani e fisici. Questi fattori influenzano il grado di motivazione, soddisfazione del personale con un impatto sulla qualità finale dei prodotti/servizi, e questi possono pure influenzare il benessere del personale e la sua capacità di contribuire al conseguimento degli obiettivi della Fondazione.

In considerazione della rilevanza che può avere sulle prestazioni della Fondazione, la DIR pone particolare cura nella gestione degli ambienti di lavoro attraverso un management adeguato, compatto e impegnato verso il raggiungimento degli obiettivi, un'efficace comunicazione orizzontale e verticale, coinvolgendo tutto il personale

affinché sia consapevole della rilevanza delle proprie attività e del proprio contributo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla DIR.

#### 7.1.5 RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE

Per verificare la conformità del servizio ai requisiti (per i percorsi di Conduzione del Mezzo Navale la norma STCW e tutti gli standard nazionali ed internazionali afferenti la navigazione), e nel garantire le risorse necessarie per il loro svolgimento, la Fondazione adotta Procedure relative al Monitoraggio e alla misurazione - con frequenza periodica.

Le azioni di monitoraggio attuate sono di due tipi:

- INTERNE: curate dalla Fondazione
- ESTERNE: attuate da soggetti istituzionali che verificano la conformità del servizio e che in relazione ai dati espressi in termini di efficienza ed efficacia della prestazione didattica assegnano risorse finanziarie e soprattutto il riscontro occupazionale (nell'ottica della premialità) alla Fondazione per il proseguo dei corsi.

Per attuare le azioni di monitoraggio interno vengono redatti dalla DIR - in sintonia con il RQ - appositi questionari che verranno somministrati ai corsisti, come definito nella procedura PRO 910 Monitoraggio, misurazione ed analisi.

Con il monitoraggio esterno, la Fondazione attua tali azioni attraverso l'inserimento dei dati inerenti la didattica e la progettualità per l'effettuazione del servizio nella piattaforma INDIRE (Istituto Nazionale Documentazione Innovazione Ricerca Educativa). Attraverso tale piattaforma, qualora il sistema dovesse registrare incongruenze sui dati inseriti, la Fondazione verrà immediatamente richiamata affinché si allinei alle linee programmate.

Entrambe le azioni di monitoraggio (interne ed esterne) saranno utilizzate dalla Fondazione come input al Riesame della Direzione, al fine di valutare le opportunità di miglioramento, verificare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità, ma anche per porre maggior attenzione alle opportunità di miglioramento, eventuali esigenze di modifica al SGQ o nella determinazione delle risorse necessarie per svolgere le azioni correttive e/o di miglioramento.

#### 7.1.6 CONOSCENZA ORGANIZZATIVA

LA FONDAZIONE ha stabilito la conoscenza minima necessaria al funzionamento dei propri processi atti a conseguire la conformità dei prodotti e dei servizi e ne monitora costantemente i livelli di conoscenza e ne mantiene la registrazione.

In previsioni di sviluppi, ed in considerazione delle tendenze dei parametri del contesto aziendale, la Fondazione considera le conoscenze esistenti, e determina il modo di acquisire supplementari conoscenze necessarie, così come definito nelle relative procedure.

## 7.2 COMPETENZA

Tutto il personale, nell'ambito delle attività che ad esso fanno capo, concorre attivamente nello sviluppo e miglioramento del SGQ e nel raggiungimento degli obiettivi per la Qualità.

Per sviluppare le professionalità interne, la Fondazione pianifica la formazione interna per il personale con regolarità, quando se ne paventasse la necessità. La DIR provvede a definire e documentare la competenza necessaria per ogni funzione aziendale dell'organigramma, così come definito nello statuto e nel mansionario.

Le registrazioni riguardanti i "dati sensibili" vengono adeguatamente conservate e archiviate per garantire, in conformità alle norme vigenti, il rispetto della Privacy nel trattamento e nella gestione dei dati, così come richiesto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.lgs 2018/101. Tutto il personale operante per la Fondazione è tenuto a rispettare i requisiti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 2018/101 relativamente alle informazioni e/o dati personali di cui può venire a conoscenza durante lo svolgimento delle specifiche attività.

Tutto il personale viene debitamente informato dalla DIR, al momento del conferimento dell'incarico o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, in modo che sia consapevole dell'importanza del proprio ruolo e del fatto che l'efficienza e l'efficacia aziendale dipendono dal singolo individuo e dalla professionalità che questo ha nel svolgere i propri compiti.

## 7.3 CONSAPEVOLEZZA

LA FONDAZIONE assicura che le persone che operano all'interno della Fondazione siano a conoscenza della politica per la Qualità, degli obiettivi generali, l'effetto della loro attività sull'efficienza, i benefici derivanti dal miglioramento continuo delle prestazioni e delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del SGQ stesso.

Tutte le attività di informazione, formazione ed addestramento sono orientate a:

- rendere consapevoli il personale della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e del proprio contributo allo scopo di far funzionare in maniera efficace il SGQ e per raggiungere gli obiettivi per la Qualità
- ottenere una corretta esecuzione delle attività operative e tecnico-gestionali necessarie per eseguire correttamente le attività alle quali il personale stesso è destinato.

### 7.3.1 Responsabilità ed autorità

Tutti i processi che hanno influenza sul SGQ sono governati da apposite procedure, dove vengono definite le responsabilità nell'ambito del processo descritto.

La DIR, ha predisposto uno Statuto “Statuto della Fondazione - Allegato "I" all'atto notarile n. 39213 del 30 ottobre 2014”- nel quale sono riportate le responsabilità, autorità e mansioni nell’ambito delle singole aree, riportate poi nel Mansionario “All-02 MQ Mansionario” e l’ Organigramma, All. 03 Organigramma, rappresenta graficamente la struttura organizzativa dell’ ITS “MO.SO.S”, reso disponibile a tutte le parti interessate anche sul sito aziendale.

La DIR avrà la responsabilità di definire le strategie e gli indirizzi dell’azienda e la responsabilità di tutte le attività aziendali.

## 7.4 COMUNICAZIONE

Una comunicazione efficace è essenziale per il corretto funzionamento del SGQ e di tutta la Fondazione, e per questo motivo la Fondazione apposta procedura, PRO 740 Comunicazione, definendo le comunicazioni in:

- comunicazioni interne
- comunicazioni esterne istituzionali
- comunicazioni rivolte ai corsiti e alle parti interessate

## 7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

### 7.5.1 GENERALITÀ

Nel SGQ della Fondazione sono incluse:

- tutte le informazioni documentate obbligatorie e richieste dalla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 29990
- le informazioni documentate che la Fondazione ritiene necessarie per l’efficacia del SGQ

Le informazioni documentate sono identificate attraverso titolo, codice di riferimento, data di emissione e revisione e i riferimenti delle funzioni interne che hanno partecipato alla redazione, verifica e approvazione.

È stata implementata una specifica procedura PRO 750 Informazioni documentate, allo scopo di tenere sotto controllo gli aspetti relativi alla creazione, aggiornamento e controllo, dettagliando quelle che sono le modalità de:

- approvazione dei documenti prima della loro immissione nel sistema
- riesame, aggiornamento e nuova revisione e/o edizione
- identificazione dello stato di revisione dei documenti vigenti
- assicurazione che i documenti siano facilmente leggibili, identificabili e rintracciabili e disponibili ed idonei all’utilizzo, dove e quando necessario;
- assicurazione che i documenti di origine esterna vengano adeguatamente catalogati, aggiornati e tenuti sotto controllo, e la loro distribuzione controllata

- prevenzione dell'uso di documenti superati, sia di origine interna sia di origine esterna.

La Fondazione tiene sotto controllo le informazioni documentate richieste dal SGQ, così da poter assicurare la loro disponibilità ed idoneità all'utilizzo, dove e quando necessario, utilizzando anche il sito internet aziendale. Queste sono conservate come evidenza di conformità e sono protette da alterazioni volontarie ed involontari, protette e salvaguardate da perdita di riservatezza, utilizzo improprio o perdita di integrità.

Le informazioni documentate di origine esterna che la Fondazione ritiene necessarie per la pianificazione e conduzione del SGQ, vengono sempre identificate in modo appropriato e tenute sotto controllo.

La gestione informatica delle registrazioni, attraverso la rete intranet/intranet della Istituto, è gestita in modalità controllata il cui accesso è limitato da credenziali d'accesso, riservata esclusivamente al personale autorizzato e ricade sotto la responsabilità della DIR così come le modalità di inserimento, gestione ed eliminazione delle registrazioni e di gestione degli accessi.

## 8. ATTIVITÀ OPERATIVE

---

In questa sezione vengono descritte le modalità e le responsabilità della gestione in forma controllata dei processi della Fondazione affinché l'insieme di questi processi soddisfi i requisiti specificati per i servizi.

Le prescrizioni della presente sezione si applicano ai processi di seguito identificati:

- Progettazione e pianificazione della realizzazione dei progetti formativi
- Processi relativi ai corsi: analisi e verifica delle prescrizioni normative di settore, specifiche richieste da parte delle parti interessate (allievi, fornitori, enti preposti ai controlli ed alle verifiche, partner, aziende, etc.), attrezzature necessarie, etc.
- Gestione dei fornitori
- Gestione dei controlli
- Monitoraggio e misurazione

LA FONDAZIONE è strutturata come un insieme di processi. Un processo consiste in dati di input, attività e lavori e di output. I processi che costituiscono la struttura aziendale sono tra loro interdipendenti e molte delle uscite di ognuno di essi costituiscono gli ingressi del successivo.

### 8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

I processi aziendali necessari per soddisfare i requisiti per l'erogazione dei servizi e dei corsi e per attuare le azioni necessarie sono pianificati, attuati e tenuti sotto controllo.

Nell'ambito della pianificazione del SGQ dell'ITS "MO.SO.S", per l'attività di verifica sono definiti i processi correlati all'erogazione della formazione, e verrà predisposta adeguata documentazione per poterne garantire l'attuazione, il monitoraggio ed una corretta registrazione, nel rispetto della Politica per la Qualità e degli obiettivi stabiliti.

In particolare sono realizzate azioni per:

- determinare i requisiti e le risorse necessarie per ciascun corso da erogare
- definire i criteri per l'accettazione dei processi e dei servizi
- tenere sotto controllo ogni singolo processo, in conformità ai criteri stabiliti dal SGQ
- curare la redazione, l'aggiornamento ed il mantenimento di adeguate informazioni documentate, al fine di verificare che i processi siano stati attuati come pianificato e per dimostrarne la conformità

Durante tali attività viene sostanzialmente definita la programmazione, anche temporale, del corso in oggetto, prendendo in considerazione le fasi essenziali del processo, le risorse necessarie, valutandone la disponibilità, e le attività fondamentali applicabili per la realizzazione, oltre che le prestazioni previste associate ad una programmazione temporale che copre la completa esecuzione.

LA FONDAZIONE tiene sotto controllo le revisioni delle pianificazioni, riesaminando le conseguenze dei cambiamenti involontari, intraprendendo azioni per mitigare gli effetti negativi, se, quando e dove necessario.

Allo stesso modo, tiene sotto controllo qualsiasi processo, affidato in outsourcing, che abbia o possa avere un potenziale impatto sul SGQ.

## 8.2 REQUISITI PER I PRODOTTI ED I SERVIZI

### 8.2.1 COMUNICAZIONE

LA FONDAZIONE pone molta attenzione nella gestione delle comunicazioni con i corsisti/aspiranti corsisti e con le parti interessate quali ad es. Enti e Organismi Istituzionali, in quanto considera questo processo la base fondamentale per poter instaurare una collaborazione attiva e poter garantire alla Fondazione il rispetto dei requisiti e della corretta erogazione dei propri servizi, portando così un valore aggiunto al processo di erogazione della formazione, nell'ottica di un miglioramento continuo.

La Direzione in prima persona, in collaborazione con la Segreteria di Direzione, è preposta alla comunicazione con tali stakeholders sui prodotti e servizi erogati.

Per ciò che attiene le comunicazioni provenienti dai vari Enti e Organismi Istituzionali, e che possono interessare il personale della Fondazione o anche gli utenti (ad es. leggi, norme, circolari, regolamenti che provengono dalla Capitaneria di Porto, dal Ministero dei Trasporti, norme internazionali, iniziative che interessano il personale o gli utenti, etc.) è compito della DIR, e più nello specifico nella figura del Presidente, far circolare le comunicazioni ed i documenti provenienti dall'esterno secondo le modalità più opportune: pubblicizzate nella sezione news del sito della Fondazione, affissione all'albo o nelle specifiche bacheche, consegna ai diretti interessati.

Per quanto attiene le comunicazioni che riguardano i rapporti Fondazione– corsisti ed aspiranti corsisti e afferiscono le informazioni sulle attività di formazione, le modalità di iscrizione e la rispondenza del servizio ai requisiti richiesti, etc. . I mezzi utilizzati per veicolare le informazioni con le parti interessate, possono essere di varia tipologia in funzione del tipo di messaggio da trasmettere e possono essere: cartacei (circolari, ordini di servizio, comunicati vari, brochure, manifesti, media ecc) ed informatici (email e sito WEB).

### 8.2.2 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

Al fine di pianificare e tenere sotto controllo i processi e l'erogazione del servizio di formazione e della didattica, la Fondazione determina i requisiti richiesti per ogni servizio da essa offerto o in fase progettuale, così da soddisfare i requisiti afferenti al servizio stesso, impegnandosi inoltre a verificare che siano resi disponibili alle parti interessate.

Ogni requisito relativo alla predisposizione ed organizzazione dei percorsi formativi è univocamente determinato dalla DIR in collaborazione con il Consiglio di Indirizzo, e deve le norme cogenti in particolare le disposizioni impartite dagli organi preposti in materia di Navigazione, la norma STCW e le disposizioni di legge del Ministero dei Trasporti, Guardia Costiera e Capitanerie di porto, così come definito nell'apposita procedura.

Verranno definiti così:

- Requisiti: requisiti cogenti relativi al campo applicativo del servizio, definendo obiettivi e argomenti delle attività formative, materiali, programmi temporali, requisiti di accesso, definizione dei mezzi, le modalità di erogazione, etc.
- Risorse necessarie da impiegare per poter soddisfare i suddetti requisiti
- Modalità per la gestione delle informazioni documentate necessarie alla corretta erogazione del servizio, quelle per risolvere le problematiche di tipo contrattuale, per gestire efficacemente la comunicazione con il gli allievi e tutte le parti interessate

### 8.2.3 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

Nella Formazione erogata dall' ITS "MO.SO.S", sarà inoltre cura della DIR assicurarsi della realizzazione di un corretto ed adeguato esame dei requisiti relativi ai fabbisogni formativi:

- Rispetto delle norme cogenti, con particolare riguardo alle disposizioni impartite dagli organi preposti in materia di Navigazione, la norma STCW e le disposizioni di legge del Ministero dei Trasporti, Guardia Costiera e Capitanerie di porto.
- Rispondenza alle finalità degli ITS, creando una relazione con le Aziende che sostengono la Fondazione - a partire dal Consiglio di Indirizzo - alla predisposizione ed organizzazione dei percorsi formativi;
- livello di preparazione dell'allievo, con informazioni inerenti la sua istruzione e/o eventuale addestramento (qualifiche, attestati, abilitazione conseguite, etc.) necessari
- finalità, aspettative, obiettivi ed esigenze delle parti interessate;

- garantire all'allievo periodi di imbarco che avranno una durata complessiva di 12 mesi non continuativi, integrati da azioni di tutoraggio, di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo
- eventuali esigenze relative alla lingua, cultura, alfabetizzazione e/o altre particolari esigenze

Sarà cura della DIR verificare tali esigenze in fase preliminare, nel caso in cui gli obiettivi posti siano definiti in un quadro normativo regolato da leggi, norme o linee guida (es. accordo stato-regioni nell'ambito della sicurezza del lavoro) o tramite apposita progettazione, nel caso in cui sia necessario ricorrere a progettisti o comitati multidisciplinari con specifiche competenze ed esperienze.

Una volta effettuata l'analisi dei fabbisogni, la proposta formativa dovrà rispettare i seguenti requisiti:

- presentare un contenuto didattico e processo di apprendimento che tenga conto delle esigenze di tutte le parti interessate, compresi i requisiti cogenti
- analizzare in modo efficace ogni necessità derivante da uno specifico contenuto didattico e processo di apprendimento (accertarsi che l'allievo sia in possesso dei requisiti richiesti dal Bando per la partecipazione al Corso, possesso da parte del discente di abilità acquisite in precedenza, competenze specifiche, etc.)
- utilizzare metodiche di formazione e addestramento pratico adeguati, individuando in maniera pertinente e puntuale i materiali appropriati, definendo in modo chiaro i contenuti e che siano sufficienti a soddisfare gli obiettivi stabiliti;
- presentare un contenuto didattico e processo di apprendimento che tenga conto dei risultati richiesti.

Sarà cura della DIR, in ogni caso, assicurarsi che:

- i requisiti del prodotto siano stati correttamente individuati e definiti, predisponendo le adeguate schede di progetto formativo inerenti il corso in oggetto. Eventuali modifiche dovranno essere attuate unitamente alla revisione della documentazione correlata
- i collaboratori e/o partner siano in possesso delle adeguate qualifiche e idoneità per le funzioni di loro competenza
- le risorse e le infrastrutture da utilizzare siano adeguate agli scopi
- vengano rispettate le prescrizioni contenute nella normativa tecnica e cogente applicabile
- la documentazione redatta sia strutturata in maniera chiara e comprensibile

Le registrazioni del risultato del Riesame saranno poi conservate e archiviate.

#### 8.2.4 MODIFICHE AI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

Nel caso di modifica dei requisiti relativi ai prodotti o ai servizi, la Fondazione aggiorna in modo tempestivo le informazioni documentate affinché le risorse umane coinvolte siano rese consapevoli in merito ai requisiti modificati.

## 8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO SERVIZI

### 8.3.1 GENERALITÀ

LA FONDAZIONE ha stabilito un processo di progettazione e sviluppo appropriato per assicurare una erogazione di servizi adeguati e gestione dei processi aziendali finalizzati all'erogazione del servizio di formazione in base alle normative di settore, sia nazionali che internazionali, ed al contesto in cui la Fondazione opera, progettando e sviluppando i propri servizi affinché questi siano adeguati a soddisfare i requisiti degli stessi.

Il processo di progettazione e sviluppo si compone delle fasi di Pianificazione, Input, Controlli e Output della Progettazione e Sviluppo, così come definito nella procedura 830 Progettazione corsi.

### 8.3.2 PIANIFICAZIONE CORSI

L'ITS "MO.SO.S", per l'espletamento del proprio servizio, utilizza una modalità ormai consolidata da anni e, ogni qualvolta si dovesse verificare una necessità di modifica o predisposizione di una nuova specifica di erogazione di nuovi corsi, la Fondazione utilizzerà come modalità di progettazione quanto esposto all'interno della procedura PRO 830 Progettazione corsi, dove sono riportate le fasi di progettazione che porteranno poi alla predisposizione di una nuova apposita specifica, definendo gli elementi di input ed output di progettazione e sviluppo, riesame, verifica e validazione della progettazione e dello sviluppo.

### 8.3.3 INPUT ALLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO

I dati e i requisiti di base per la progettazione sono riportati nella PRO 830, e saranno, ad es.:

- Analisi dei bisogni formativi
- requisiti normativi che regolano il settore d'attività in cui opera il Cliente/utente/Committente
- requisiti richiesti dalle parti interessate
- processi individuati nel corso della mappatura effettuata in fase di apertura di progetto
- standard di realizzazione del progetto (elaborati progettuali, valutazioni, pianificazione, etc.)
- progetti/servizi precedentemente realizzati nel medesimo o in analoghi settori di attività.

Nel caso di informazioni ambigue o incomplete, sarà compito del Consiglio di Indirizzo e della DIR richiedere chiarimenti, mantenendo documentazione di tali successive informazioni.

### 8.3.4 CONTROLLI DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO

LA FONDAZIONE effettua sistematici controlli sulla progettazione e sullo sviluppo, assicurandosi che vengano definiti i risultati da conseguire, siano verificati gli output in relazione ai requisiti in ingresso e sia intrapresa ogni azione necessaria sui problemi emersi durante il riesame o le attività di verifica e validazione.

Nel corso della prima valutazione della fattibilità dell'intervento formativo, la DIR, in collaborazione con i componenti del Consiglio di Indirizzo, in funzione della complessità dello stesso, pianifica una o più sedute di

ITS - Fondazione MO.SO.S.

riesame della progettazione, coinvolgendo tutte le funzioni interessate e coinvolte, così da poter assicurarne una corrispondenza alle specifiche generali di base. Per fare ciò, la Fondazione utilizza e conserva adeguate informazioni documentate riguardo le attività relative ai controlli del processo di progettazione e sviluppo.

### 8.3.5 OUTPUT DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Il risultato finale della progettazione è espresso in forma di documenti, il più possibile coerenti rispetto ai requisiti espressi, che verranno verificati dal Consiglio di Indirizzo prima della loro consegna definitiva per la validazione, autorizzazione e successivo avvio del corso.

Il risultato della progettazione è rappresentato dall'elaborazione del Progetto formativo o di servizio, comprendente ad esempio:

- la descrizione degli obiettivi e delle finalità dei servizi offerti;
- la struttura del programma formativo o del servizio (corso/fase/moduli/unità didattiche)
- in relazione alle competenze da acquisire (obiettivi finali dell'intervento) e con
- indicazione dei tempi di realizzazione;
- la definizione di modalità e strumenti didattici (attività d'aula, formazione a distanza online, attività di campo, laboratorio);
- il numero dei partecipanti al corso

### 8.3.6 MODIFICHE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Può rendersi necessario apportare delle modifiche alla progettazione, siano esse in fase di sviluppo che a progetto terminato, per risolvere eventuali problemi emersi. Tutte le fasi del processo sono verificate, validate e/o approvate dalla funzione che ne ha autorità.

La Fondazione identifica, riesamina e tiene sotto controllo tutte le modifiche effettuate durante o successivamente alla fase di progettazione e sviluppo di servizi, così da poter assicurare che non vi siano impatti negativi sulla conformità ai requisiti stabiliti.

L'azienda utilizza e conserva adeguate informazioni documentate riguardo le modifiche della progettazione con specifici richiami ai risultati dei riesami, alle autorizzazioni delle singole modifiche ed alle azioni intraprese per prevenire eventuali impatti negativi.

## 8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO

### 8.4.1 GENERALITÀ

La Fondazione ITS "MO.SO.S" assicura che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno siano conformi ai requisiti e dovrà individuare i controlli da attuare sui processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno quando:

- prodotti e servizi di fornitori esterni sono destinati ad essere incorporati nei prodotti e servizi da ITS "MO.SO.S"
- prodotti e servizi sono forniti direttamente alla Committenza da fornitori esterni, per conto di ITS "MO.SO.S"
- un processo, o una sua parte, vien fornito da un fornitore esterno, quale esito di una decisione di ITS "MO.SO.S"

LA FONDAZIONE ha determinato ed applicato criteri specifici per la valutazione, selezione e monitoraggio delle prestazioni così come per la valutazione periodica dei fornitori esterni, compreso il corpo docente, sulla base della loro capacità di fornire processi o servizi conformi ai requisiti.

La Fondazione utilizza e conserva adeguate informazioni documentate di queste attività e di ogni necessaria azione che scaturisce delle valutazioni, e assicura che i processi forniti dall'esterno non influenzino negativamente la capacità della stessa di rilasciare con regolarità ai propri clienti prodotti e servizi conformi.

In particolare la Fondazione tramite la suddetta procedura:

- assicura che i processi forniti dall'esterno restino sempre sotto il controllo del proprio SGQ
- definisce sia i controlli che essa intende applicare al fornitore esterno, sia quelli che intende applicare agli output risultanti
- tiene in considerazione l'impatto potenziale dei processi, prodotti e servizi forniti sulla capacità della Fondazione di soddisfare con regolarità i requisiti vari applicabili
- tiene in considerazione l'efficacia dei controlli attuati dal fornitore esterno
- determina le attività di verifica necessarie ad assicurare che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno soddisfino i requisiti.

#### 8.4.2 PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO

L' ITS "MO.SO.S", determina la Procedura degli acquisti dei beni materiali che segue il criterio della massima trasparenza e tracciabilità in quanto fa riferimento a norme di legge e bandi di evidenza pubblica il cui controllo è affidato ad un organismo della Fondazione, Revisore dei Conti, ed ad un soggetto esterno, il Prefetto della Provincia di Cagliari che assicurano imparzialità ed obiettività nelle loro azioni di verifica e monitoraggio.

In relazione alla particolare delicatezza e rilevanza del compito svolto, la Fondazione ha sviluppato ed implementato una specifica procedura PRO 840 Approvvigionamento e valutazione fornitori, dove sono determinati i controlli da attuare sui processi e servizi forniti dall'esterno, identificando e applicando criteri per la valutazione, selezione, monitoraggio delle prestazioni dei fornitori esterni, utilizzando opportuna modulistica, nella quale vengono valutati sulla base dei criteri identificati in procedura.

Sono qualificati i fornitori di prodotti e servizi che incidono sulla qualità complessiva del servizio erogato. La scelta è effettuata sulla base degli standard di qualità previsti dall' ITS "MO.SO.S", da conoscenza diretta del fornitore e del rapporto qualità/prezzo, e dai risultati dei bandi e/o gare di volta in volta effettuate dalla Fondazione.

Per quanto riguarda il corpo docente, inquadrato dalla Fondazione stessa come partner e/o fornitore esterno, è stata sviluppata apposita procedura PRO 710 Gestione delle Risorse e modulistiche (MO 910) per la loro qualifica e valutazione. Essendo un servizio non valutabile direttamente dalla DIR in prima persona, è utilizzato il metodo della valutazione, da parte dei discenti, durante e al termine dei corsi di formazione. Tali dati, saranno poi utilizzati per valutare l'adeguatezza dei servizi offerti dal/i docenti, durante il periodico Riesame della Direzione.

Le non conformità eventualmente accertate sui prodotti approvvigionati e/o immagazzinati sono gestite in accordo alle procedure di gestione delle NC PRO 1020 Non Conformità e Azioni Correttive.

#### 8.4.3 VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI

Il controllo dei prodotti avviene al ricevimento e la conformità della fornitura valutata da chi prende in consegna i prodotti o ha il compito di verificare la qualità dei servizi/prodotti erogati. Nel caso di difformità fra i prodotti/servizi ordinati e quelli verificati o monitorati, sarà cura del verificatore aprire un Rapporto di non Conformità e darne informazioni al fornitore.

Per i prodotti acquistati direttamente presso il fornitore qualificato il controllo è effettuato a monte dell'acquisto stesso. LA FONDAZIONE determina la procedura degli acquisti dei beni materiali per la loro valutazione, selezione ed eventuale monitoraggio dei beni e per la rivalutazione dei fornitori esterni sulla base della loro capacità di fornire prodotti che siano conformi ai requisiti.

I prodotti derivanti dalle attività in outsourcing, prima della loro utilizzazione ai fini delle attività lavorative della Fondazione, saranno esaminati dalle funzioni preposte almeno sotto il profilo della conformità del contratto stipulato ove non fosse possibile verificarne l'attendibilità.

Si fa presente che la scelta delle figure professionali a cui affidare le attività in outsourcing è effettuata per la gran parte in base a verifiche di esperienza e capacità, tramite collaborazioni preesistenti di cui si è verificata la piena efficacia e tramite il criterio della massima trasparenza e tracciabilità in quanto fa riferimento a norme di legge e bandi di evidenza pubblica il cui controllo è affidato ad un organismo della Fondazione, il Revisore dei Conti, ed ad un soggetto esterno, il Prefetto della Provincia di Cagliari.

#### 8.4.4 INFORMAZIONI AI FORNITORI ESTERNI

L'azienda assicura l'adeguatezza dei requisiti specifici, stabiliti prima della loro comunicazione ai fornitori esterni, ai quali saranno comunicati i requisiti relativi a:

- processi, prodotti e servizi da fornire
- approvazione di prodotti, servizi, metodi, processi ed apparecchiature
- approvazione del rilascio di prodotti e servizi
- competenza necessaria alla fornitura, comprese le eventuali qualifiche delle risorse umane
- interazioni fra il fornitore esterno e la Fondazione stessa

- controllo ed il monitoraggio da applicare sulle prestazioni del fornitore esterno da parte della Fondazione
- attività di verifica o di validazione che la Fondazione o i propri clienti intendono effettuare presso le sedi del fornitore esterno

## 8.5 EROGAZIONE DI PRODOTTI E SERVIZI

LA FONDAZIONE è una scuola speciale di tecnologia nei settori della mobilità sostenibile e dell'economia marittima con particolare riferimento all'economia del mare in Sardegna negli ambiti della "Mobilità delle persone e delle merci", della produzione e manutenzione di mezzi di trasporto e/o relative infrastrutture, della gestione infomobilità e infrastrutture logistiche, e tutti i processi relativi alla corretta erogazione della formazione sono verificati da successive attività di monitoraggio o di misurazione per evidenziare eventuali carenze che possono verificarsi dopo che l'erogazione del corso.

### 8.5.1 CONTROLLO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI

LA FONDAZIONE pianifica e svolge le proprie attività di erogazione di corsi di formazione in condizioni controllate, utilizzando un'apposita procedure PRO 850 Erogazione del servizio, e opportuna modulistica, a disposizione del corpo docente e tutor (Registro Didattico (RD)), con i quali sono registrare le attività didattiche svolte in aula, l'indicazione del Modulo, della UFC (Unità Formativa Capitabilizzabile) e degli argomenti svolti (il Programma), oltre che riportate la presenza/assenza dei corsisti. La procedura diventa così garanzia della trasparenza e della tracciabilità del servizio in quanto il Registro Didattico (RD) è consultabile quotidianamente dalle parti interessate e le presenze caricate su apposita piattaforma telematica. La Fondazione realizza ed eroga i propri servizi, assicurando il pieno raggiungimento dei requisiti progettuali, focalizzando la propria attenzione sulla soddisfazione del corsista.

I diversi processi saranno illustrati nelle specifiche procedure predisposte a cura della DIR e del RGQ, cui spetta anche la responsabilità di tenerle costantemente aggiornate e archiviate per la consultazione da parte degli addetti ai lavori.

Le attività di controllo del processo di erogazione di prodotti e servizi sono tutte quelle necessarie ad accertarsi di "governare" anziché "subire" il processo, al fine di non correre il rischio di generare situazioni di non conformità, rispetto alle prescrizioni di Qualità. Tali attività riguardano il rispetto dei tempi entro cui sono pianificati e interagenti i processi, il rispetto delle condizioni di lavoro in sicurezza e delle condizioni interne e a contorno del processo.

### 8.5.2 CONTROLLI NON PROGRAMMATI

La Fondazione definisce come controlli non programmati quei controlli stabiliti di volta in volta dalla DIR, allo scopo di valutare la corretta effettuazione del servizio che derivano da segnalazioni da parte delle Autorità e dai corsisti, verifiche sul territorio e situazioni anomale in ogni altro modo riscontrate. Tali segnalazioni verranno poi registrate e trattate come prescritto dalla PRO 1020 Non Conformità e Azioni Correttive.

### 8.5.3 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

Qualora si rendesse necessari l'identificazione di un determinato servizio o prodotto, identifica adeguatamente gli output del processo, basandosi su un sistema di identificazione e rintracciabilità sia informatica che cartacea, riponendo la documentazione di registrazione prodotta in appositi faldoni, custoditi negli uffici amministrativi della Fondazione.

La Fondazione, per ogni corso, è in grado di ricostruire e di rintracciare dati dei corsisti, del corpo docente e del personale coinvolto, calendario corso, programma del corso, supporti didattici e attrezzature, moduli trattati, etc.. L'azienda impiega e conserva adeguate informazioni documentate necessarie a consentire la tracciabilità.

### 8.5.4 PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI O AI FORNITORI ESTERNI

In linea generale, la Fondazione non gestisce proprietà degli allievi durante l'erogazione dei suoi servizi/prodotti, ma solo dati personali comuni dell'utente, così come previsto e ai sensi dal Regolamento (UE) 2016/679 e normativa nazionale vigente.

In ogni caso la Fondazione verifica preventivamente lo stato in cui si trova la proprietà dei corsisti con cui dovesse venire a contatto/possesso e ne tiene traccia documentate, prima di entrarne in possesso, effettuando anche dei sopralluoghi, laddove questi siano necessari, ma in genere anche a prescindere da una richiesta esplicita in tal senso.

La Fondazione garantisce, quando occorre, la conservazione delle attrezzature fornite in comodato d'uso, fino alla loro restituzione, secondo quanto previsto nei documenti contrattuali, rispondendo di eventuali danni.

### 8.5.5 CONTROLLO DELLE MODIFICHE

La Fondazione riesamina e tiene sotto controllo le modifiche, anche non pianificate, relative al processo di erogazione dei servizi al fine di assicurare la conformità ai requisiti specificati.

Sono conservate le idonee informazioni documentate relative ai risultati dei riesami delle modifiche, alle persone autorizzate ad approvare le modifiche e alle azioni intraprese a seguito del riesame.

## 8.6 RILASCIO DEI SERVIZI

LA FONDAZIONE attua quanto pianificato per verificare che i requisiti dei servizi/prodotti offerti siano stati soddisfatti.

L'erogazione dei servizi ai corsisti è sempre preceduta dalle attività pianificate per la verifica di conformità e, in ogni caso, non vengono mai effettuate prima che quanto pianificato sia stato completato in modo soddisfacente.

La Fondazione impiega e conserva idonee informazioni documentate dell'erogazione dei servizi, che comprendono sempre l'evidenza della conformità ai criteri individuati, e la riferibilità alle persone autorizzate e coinvolte.

## 8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI

La Fondazione identifica e tiene sotto controllo gli output dei processi e servizi non conformi ai requisiti identificati, al fine di prevenire errori e quindi insoddisfazione della committenza e degli allievi.

La Fondazione intraprende appropriate azioni in base alla natura delle non conformità ed all'effetto di queste ultime sulla conformità dei prodotti/servizi erogati. Questo vale anche per le non conformità dopo l'erogazione del corso. Una volta che gli output non conformi vengono corretti, sarà nuovamente verificata la conformità ai requisiti.

Tutta la documentazione di registrazione delle non conformità e delle modalità eseguite per la loro risoluzione viene raccolta ed archiviata in appositi registri, con identificazione dell'autorità che decide le azioni in riferimento alle non conformità.

# 9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

---

## 9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

Per poter tenere sotto controllo l'efficacia del proprio SGQ, e garantire che il SGQ stesso, i processi e i servizi siano conformi a quanto stabilito dalla propria Politica e dai relativi obiettivi, permettendo così di erogare servizi che rispondano ai requisiti (per i percorsi di Conduzione del Mezzo Navale la norma STCW e tutti gli standard nazionali ed internazionali afferenti la navigazione) la Fondazione si impegna a mettere a disposizione le risorse necessarie per il loro svolgimento, pianificando e gestendo i processi di monitoraggio, misurazione, analisi e miglioramento del SGQ in termini di utilità ed efficacia, avvalendosi di azioni di monitoraggio sia interne, curate dalla Fondazione stessa, sia esterne, attuate da soggetti istituzionali che verificano la conformità del servizio, come previsto in procedura PRO 910 Monitoraggio e misurazione. Le risultanze di queste azioni saranno poi analizzate durante il Riesame della Direzione.

La finalità di dette attività di misurazione e analisi è quella di ottenere le informazioni necessarie a dimostrare la conformità dei servizi erogati, valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi coinvolti, oltre che per le opportunità di miglioramento, per verificare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità.

Gli strumenti di monitoraggio e misurazione impiegati vanno dallo strumento degli audit interni, ai moduli per i reclami reperibile sul sito aziendale, questionari di soddisfazione dei corsisti (inizio corso, in itinere e fine corso), e le azioni correttive. Le risultanze saranno discusse in sede di riesame da parte della DIR, costituendo quest'ultimo il momento privilegiato per l'analisi dei dati e la definizione di azioni di miglioramento. In quest'occasione occasione, vengono anche identificati i parametri da monitorare e misurare per tenere sotto controllo l'andamento delle attività della Fondazione, verificando e garantendo la conformità dei processi e dei servizi, assicurando la conformità del SGQ in un'ottica di miglioramento continuo.

### 9.1.1 SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E COMMITTENZA

La Fondazione tiene sotto controllo la percezione della sua utenza ed il suo grado di soddisfazione in merito alla soddisfazione delle sue esigenze espresse e dei corsi erogati. Per tenere sotto controllo questi aspetti, la Fondazione tratterà le informazioni derivanti da indagini sull'utenza e questionari a loro sottoposti, dati relativi alla qualità dei servizi erogati e dal feedback e commenti trasmessi, oltre che i reclami pervenuti.

Il grado di soddisfazione dei corsisti è per la Fondazione uno dei principali indici di prestazione del SGQ e per questo motivo viene costantemente monitorato così da poter ottenere informazioni utili a capire quanto la Fondazione sia riuscita a soddisfare i requisiti individuati, e nel caso modificare i processi necessari per garantirne il mantenimento o la crescita.

LA FONDAZIONE rileva il livello di soddisfazione dei propri corsisti, utilizzando apposita modulistica così come definito nella procedura PRO 910 Monitoraggio e valutazione. Sulla base dell'analisi dei feedback, il processo di erogazione del servizio potrà subire delle modifiche o una curvatura rispetto al servizio erogato.

Il RGQ con la DIR, in fase di Riesame, definiscono gli indici aziendali che permettono di comprendere e valutare come l'azienda soddisfa le richieste e le esigenze espresse ed implicite dei propri clienti.

### 9.1.2 GESTIONE DEI RECLAMI CLIENTE

Ogni reclamo che perverrà alla Fondazione, presentato su apposito modulo reperibile sul sito internet della Fondazione, sarà interpretato e valutato, dalla Fondazione, a tutti gli effetti come una NC, assicurandosi che la risposta inerente il reclamo sia avvenuta nei tempi previsti, e che questa abbia soddisfatto la richiesta e che abbia dato corso alle modifiche che chi ha inoltrato il reclamo, così come riportato in procedura PRO 1020 Non Conformità, Reclami e Azioni Correttive.

### 9.1.3 ANALISI E VALUTAZIONE

I dati derivanti dalle azioni di monitoraggio e misurazione sono analizzati e valutati, ed i risultati utilizzati per:

- Dimostrare la conformità dei prodotti/servizi ai requisiti
- Determinare e comprendere i requisiti del corsista delle parti interessate
- Determinare e comprendere i requisiti cogenti, normativi, etc. applicabili
- Accrescere la soddisfazione del corsista
- Mantenere il focus sul corsista
- Dimostrare le prestazioni e l'efficacia del SGQ
- Dimostrare che quanto pianificato sia stato poi effettivamente realizzato
- Valutare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- Valutare le prestazioni dei fornitori esterni

- Individuare l'esigenza di miglioramento del SGQ

E andranno a costituire i dati in ingresso ai vari riesami della direzione.

#### 9.1.4 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI/SERVIZI

LA FONDAZIONE si è dotata di adeguati metodi per il monitoraggio dei processi del SGQ, al fine di ottenere i risultati pianificati, per valutare la capacità di soddisfazione del cliente e l'adeguatezza dei processi nei confronti delle finalità che ne hanno motivato l'esistenza, e vengono tutti determinati in occasione del periodico riesame della direzione.

Durante la riunione di Riesame della Direzione, verrà verificata l'idoneità degli indicatori adottati ed i valori di accettabilità. Per ogni processo che non raggiungerà i valori richiesti, verrà adottato un opportuno obiettivo di miglioramento o azione correttiva idonea.

#### 9.1.5 GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITÀ

La rilevazione delle non conformità (NC) compete a chiunque operi all'interno dell'Azienda, secondo i modi previsti dalla procedura istituita, PRO PRO 1020 Non Conformità e Azioni Correttive.

Fonti di non conformità potranno essere:

- Segnalazioni, anche informali, provenienti da fornitori di beni o servizi
- reclami e rilievi mossi dai corsisti, docenti, soci fondatori, personale amministrativo, anche in via informale
- rilievi mossi dal cliente o da un ente, anche pubblico
- visite ispettive interne o esterne
- rilievi formalizzati dalle funzioni aziendali

La Fondazione al fine di gestire quanto rilevato e giudicato come non conforme, ha predisposto ed implementato un'apposita procedura PRO 1020 Non Conformità, Reclami e Azioni Correttive e cura in maniera particolare la tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi, in quanto la conformità degli stessi è necessaria per la conformità nell'impegno assunto dalla DIR della Fondazione riguardo la focalizzazione sul corsista e la sua soddisfazione. La funzione aziendale che ha identificato la non conformità la registra su apposito modulo, MO1020 01 Rapporto NC-Reclamo e piano delle AC, riportando la fonte della NC, e l'eventuale azione correttiva individuata, così come previsto dalla procedura di riferimento.

In seguito all'analisi delle cause di una non conformità, o per non conformità particolarmente gravi o ricorrenti, sarà compito dei responsabili di funzione aziendali interessati intraprendere l'adeguata azione correttiva mirata ad eliminarne alla fonte le cause per evitare il ripeterne.

Le non conformità rilevate, suddivise per tipologia, costituiscono un importante strumento di analisi finalizzato al miglioramento continuo sia dei processi che dell'intero SGQ. In caso di reclami, questo costituirà una non conformità che andrà trattata quindi come tale, dando vita all'apertura di un'azione correttiva.

ITS - Fondazione MO.SO.S.

### 9.1.6 ANALISI DEI DATI

Per poter prendere decisioni, basate su dati di fatto, la DIR analizza i dati di ritorno dei propri indicatori sia per quanto riguarda la gestione che per il loro miglioramento.

I vari RdF, una volta raccolti i dati derivanti dalle attività di misurazione e monitoraggio, saranno sottoposti all'attenzione della DIR, almeno una volta all'anno in occasione del periodico Riesame della Direzione, per poter essere analizzati e valutati, al fine di approvare le opportune azioni correttive e di miglioramento, e valutare l'adeguatezza del SGQ e individuare possibili miglioramenti.

Lo scopo fondamentale dell'analisi dei dati sarà quello di poter ottenere informazioni relative a:

- Soddisfazione/insoddisfazione del corsista
- Conformità ai requisiti
- Caratteristiche dei prodotti, dei processi e del loro andamento
- Prestazioni dei fornitori
- Efficienza/efficacia processi per le esigenze della Fondazione
- Andamento degli indicatori dell'ottenimento della qualità
- Stato formazione e addestramento delle funzioni aziendali e corpo docente
- Esiti verifiche ispettive
- Gestione non conformità e azioni correttive
- Rapporti con i fornitori

Gli indicatori di processo danno evidenza della conformità ai requisiti di prodotto/servizio e dell'andamento di ogni singolo processo.

## 9.2 AUDIT INTERNO

LA FONDAZIONE tiene costantemente sotto controllo il proprio SGQ attraverso l'attuazione di Audit interni, così come previsto in procedura PRO 920 Audit interni che vengono pianificati a monte, con l'utilizzo di apposito modulo MO 920 02 Programma annuale audit interni, che viene emesso dal RGQ dopo approvazione da parte della DIR ed è divulgato a tutte le funzioni aziendali mediante affissione in bacheca. La pianificazione degli Audit Interni viene effettuata in base alle criticità e delle anomalie delle varie aree aziendali, di eventuali reclami ricevuti dalla clientela e, in ogni caso, tutte le Funzioni aziendali saranno sottoposte a verifica almeno una volta l'anno.

Gli Audit interni saranno condotti da personale appositamente formato, sia esso interno o esterno alla Fondazione, secondo le prescrizioni della norma UNI EN ISO 19011:2012, e regolamentate registrati ed archiviati a cura dallo stesso RGQ, così come riportato nell'apposita procedura PRO920 Audit interni. Nel caso l'Audit interno venga condotto dal RGQ o suo delegato, la verifica della funzione del RGQ stessa è condotta da altro valutatore

qualificato. In questo modo l'auditor e tutta l'attività di Audit, assicurano l'imparzialità e l'obiettività di tale attività, e sono eseguiti allo scopo di valutare che gli elementi del SGQ vengano osservati e applicati.

Al termine dell'attività di Audit, l'Auditor compilerà il MO920 02 Rapporto di Audit.

I periodici audit interni vengono condotti ad intervalli pianificati, seguendo le cadenze naturali dell'erogazione del servizio: attività in aula e stage, allo scopo di valutare punti di forza e debolezza, e per dare evidenza che il SGQ sia conforme ai requisiti propri della Fondazione, ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015, quadro normativo e altri requisiti cogenti applicabili e che questo sia efficacemente attuato e mantenuto. In questo modo la Fondazione si assicura che il proprio SGQ venga monitorato relativamente a quanto pianificato e che risponda a quanto stabilito dalla DIR nella propria Politica aziendale così da raggiungere gli obiettivi.

Le risultanze dell'Audit possono portare alla rilevazione di anomalie sia sui servizi erogati ma anche sull'applicazione del SGQ, ed in questo caso sarà richiesto alle funzioni aziendali di intraprendere opportune azioni correttive, che saranno riportate dal RGQ sul MO1020 01 Rapporto NC, Reclamo e piano AC.

Sono conservate informazioni documentate, ad evidenza del rispetto del programma di Audit, e dei risultati di ciascun Audit. I risultati degli Audit interni sono registrati, datati e firmati da chi di competenza sono archiviati dal RGQ e saranno poi analizzati ed esaminati durante il Riesame annuale della Direzione.

### 9.3 RIESAME DELLA DIREZIONE

La DIR effettua un Riesame generale del proprio SGQ almeno una volta all'anno, al fine di assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento agli indirizzi strategici della Fondazione.

Durante il Riesame viene posta particolare attenzione all'esame dell'adeguatezza della Politica per la Qualità e dello stato del SGQ, dell'efficacia del sistema di monitoraggio degli indicatori, della soddisfazione dei corsisti, della situazione economico finanziaria e la qualità dei servizi/prodotti offerti. La DIR, in fase di Riesame definisce gli obiettivi prestazionali che ogni funzione aziendale deve perseguire in conformità con la politica aziendale, definendo obiettivi ed indicatori di monitoraggio. È possibile programmare ed indire riesami straordinari a seguito del verificarsi di particolari situazioni o particolari esigenze (es. modifiche organizzative, modifiche ai processi, mutamenti legislativi, ecc.), e sarà compito del RGQ valutare ed eventualmente stabilire tempi e modalità del riesame.

L'esame sullo stato del SGQ della Fondazione, andrà a comprendere tutte le informazioni necessarie per valutare l'andamento della Fondazione come definito nella procedura PRO 930 Riesame della Direzione. Durante il riesame saranno anche definiti il piano di miglioramento, identificando gli indicatori e gli obiettivi e le relative responsabilità.

La Fondazione adotta e conserva adeguate informazioni documentate quale evidenza dei risultati del riesame della direzione e le mette a disposizione delle funzioni interessate.

## 10. MIGLIORAMENTO

---

### 10.1 GENERALITÀ

La Fondazione si pone l'obiettivo di far crescere l'adeguatezza e l'efficacia del proprio SGQ e dell'erogazione dei propri servizi, individuando, pianificando e gestendo i processi necessari per il loro miglioramento continuo, utilizzando i dati analizzati nel riesame della direzione (es. politica della qualità, obiettivi, risultati degli Audit Interni, analisi dei dati di ritorno, analisi degli indicatori, valutazione di azioni correttive, etc.) ed individua e seleziona le opportunità di miglioramento ed attua ogni azione necessaria per soddisfare i requisiti del corsista ed accrescerne il livello generale di soddisfazione gestendo tutto i processi con un approccio migliorativo.

### 10.2 NON CONFORMITÀ

Nel verificarsi di una non conformità, inclusi i reclami, la Fondazione è pronta ad agire per intraprendere azioni per tenerla sotto controllo, correggerla e per affrontarne le conseguenze.

Viene sistematicamente valutata l'esigenza di azioni per eliminare le cause delle non conformità in modo che non si ripetano o non verifichino ulteriormente.

La Fondazione attua prontamente azioni per impedire a monte la manifestazione di una non conformità, o comunque in grado di abbattere la probabilità che si riverifichi e, laddove si dovesse presentare la necessità, i rischi e le opportunità determinati nel corso della pianificazione vengono prontamente aggiornati, così come viene modificato ed aggiornato tutto il SGQ.

Le azioni correttive, in linea di massima proposte dal RGQ, e approvate dalla DIR, saranno sempre adeguate agli effetti delle non conformità riscontrate. Tutto il personale aziendale sarà sensibilizzato dal RGQ a rilevare e segnalare prontamente le eventuali anomalie e non conformità in qualunque fase dei processi, affinché vengano intraprese idonee azioni correttive.

Queste attività e la loro efficacia sono elementi in ingresso per il riesame della direzione e sono regolate dalla procedura PRO 1020 Non Conformità, Reclami e Azioni Correttive.

LA FONDAZIONE impiega e conserva adeguate informazioni documentate quale evidenza della natura delle non conformità e di ogni successiva azione intrapresa oltre che dei risultati di ciascuna azione correttiva.

#### 10.2.1 AZIONI CORRETTIVE

Per azione correttiva viene identificato tutto ciò che interviene a modificare un prodotto, un processo, una parte del SGQ per correggerlo e migliorarlo con l'obiettivo finale di eliminare le cause che hanno determinato le non conformità.

LA FONDAZIONE ha predisposto una specifica procedura, PRO 1020 Non Conformità, Reclami e Azioni Correttive, dove vengono trattate dettagliatamente le azioni correttive conseguenti alle non conformità riscontrate sui servizi/prodotti erogati e/o utilizzati nello svolgimento delle attività nell'ottica di:

- riportarli in stato di conformità dopo averli ricontrollati/ricollaudati
- risolvere le non conformità relative a reclami ricevuti dal Cliente o anche in seguito a situazioni non conformi rilevate nel corso di Audit interni e/o esterni o di riesami da parte della DIR

Il RGQ, la DIR ed i pertinenti RdF analizzano le non conformità così da individuarne le cause e valutano le azioni da intraprendere, verificandone poi l'effettiva efficacia. Sarà compito del RGQ poi dare seguito a questa analisi e valutarne l'effettiva risoluzione.

Il RGQ valuta con le varie funzioni coinvolte le cause che hanno portato alla richiesta di AC individuando le idonee azioni da intraprendere nell'immediato. In fase di Audit interno o di Riesame, provvederà poi a valutare l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

### 10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Nell'ottica di un miglioramento continuo, la Fondazione pianifica e gestisce tutti i processi descritti dal proprio SGQ valutandone periodicamente l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia.

Il miglioramento viene definito e tenuto sotto controllo attraverso il costante monitoraggio dei processi e delle attività svolte dalla Fondazione, attraverso anche il feedback sul grado di soddisfazione dei corsisti, come precedentemente esposto.

Le azioni di miglioramento vengono definite anche attraverso valutazioni di carattere economico, accesso alle premialità e fondi strutturali, analisi delle casistiche relative ai consumi energetici, possibili investimenti per lo sviluppo tecnologico, in funzione anche di una maggior competitività e del miglioramento.