

# MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE

[REV. 19]

IAL – Innovazione Apprendimento Lavoro Lombardia


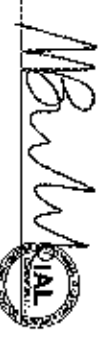

S.r.l. Impresa Sociale

**IAL**

INNOVAZIONE APPRENDIMENTO LAVORO  
Lombardia

## Distribuzione:

Interna: a tutti i dipendenti / Esterna: all'Ente di Certificazione

| Redatto da:  | Data:      | Verificato da:  | Data:      | Approvato da:  | Data:      |
|--|------------|---|------------|--|------------|
| (Responsabile<br>Organizzazione e<br>Sistema di Gestione)<br> | 13/10/2020 | (Amministratore Delegato)<br> | 13/10/2020 | (Amministratore Delegato)<br> | 13/10/2020 |

*Il documento è da intendersi "IN ELABORAZIONE" se provvisto delle firme di redazione, "VERIFICATO" se provvisto anche della firma di verifica ed "APPROVATO" se provvisto di tutte le firme.*

# Storia delle modifiche apportate (1/2)

| Rev. | Data  | Descrizione Cambiamenti  |
|------|-------|--|
| 19   | 20-10 | Modifiche apportate per inserimento nuova sede di Morbegno e nuovo Organigramma  |
| 18   | 19-03 | Modifiche apportate per semplificazione e riallineamento   |
| 17   | 17-04 | Modifiche apportate per adeguamento norma ISO 9001:2015  |
| 16   | 14-11 | Modifiche dovute all'informatizzazione delle procedure 72-01; 73-01; 74-01; 75-01; 82-03                                   |
| 15   | 14-02 | Modifiche dovute al riassetto organizzativo  |
| 14   | 13-01 | Revisione PG81-01 con adeguamento indicatori di efficacia ed efficienza riferiti al Bilancio Sociale 2011                  |
| 13   | 12-05 | Modifica campo di applicazione   |
| 12   | 12-05 | Inserimento nuova sede di Legnano  |
| 11   | 11-06 | Aggiornamento del Sistema di Gestione con introduzione del modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.lgs 231/01 |
| 10   | 09-09 | Aggiornamento del SGQ in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2008  |
| 09   | 08-09 | Modifiche apportate alle sezioni del Manuale per Nuovo Accredimento e modifiche normative regionali                        |
| 08   | 06-09 | Modifiche apportate alle sezioni del Manuale per nuovo Statuto e Nuovo regolamento dello IAL Lombardia                     |

# Storia delle modifiche apportate (2/2)

| Rev. | Data  | Descrizione Cambiamenti   |
|------|-------|---|
| 07   | 05-06 | Aggiornamento sez. 1 - sez. 2 e sez. 7  |
| 06   | 04-06 | Aggiornamento sezione 1 - 7 e App1  |
| 05   | 04-01 | Aggiornato paragrafo 0.1 – Aggiornata tabella 0.1.1                             |
| 04   | 03-09 | Aggiornamento sezione 5 – 6 – 7 – 8 – App1<br>Aggiornato paragrafo 0.1          |
| 03   | 02-12 | Aggiornamento sezioni 0 e 5   |
| 02   | 02-06 | Aggiornamento sezioni 0 -1- 4- 5- 7 - 8.<br>App. 1 e revisionato paragrafo 0.1. |
| 01   | 02-05 | Aggiornamento sez.6   |
| 00   | 01-05 | Prima emissione   |

## INDICE GENERALE (1/2)

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>0</b> | <b>Introduzione</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1</b> | <b>Scopo</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>Riferimenti Normativi</b>  | <b>10</b> |
| <b>3</b> | <b>Termini e definizioni</b>  | <b>13</b> |
| <b>4</b> | <b>Contesto dell'Organizzazione</b>   | <b>14</b> |
|          | 4.1 Comprendere l'Organizzazione e il suo contesto                                  | 14        |
|          | 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate                | 15        |
|          | 4.3 Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità | 16        |
|          | 4.4 Sistema di gestione per la qualità e suoi processi                              | 17        |
| <b>5</b> | <b>Leadership</b>   | <b>22</b> |
|          | 5.1 Leadership e impegno  | 22        |
|          | 5.2 Politica e programma di sviluppo per la qualità del Sistema di Gestione         | 25        |
|          | 5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione                            | 28        |
|          | 5.4 Gestione delle relazioni esterne  | 29        |
| <b>6</b> | <b>Pianificazione</b>   | <b>32</b> |
|          | 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità                                      | 32        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
|          | 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento | 35        |
|          | 6.3 Pianificazione delle modifiche                                       | 36        |
| <b>7</b> | <b>Supporto</b>  | <b>37</b> |
|          | 7.1 Risorse  | <b>37</b> |
|          | 7.2 Competenza   | 42        |
|          | 7.3 Consapevolezza   | 44        |
|          | 7.4 Comunicazione  | 45        |
|          | 7.5 Informazioni documentate   | 47        |
| <b>8</b> | <b>Attività operative</b>  | <b>51</b> |
|          | 8.1 Pianificazione e controlli operativi                                 | 51        |
|          | 8.2 Requisiti per i servizi  | 52        |
|          | 8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi                       | 54        |
|          | 8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno      | 55        |
|          | 8.5 Produzione ed erogazione del servizio                                | 57        |
|          | 8.6 Rilascio dei servizi   | 64        |
|          | 8.7 Controllo degli output non conformi                                  | 65        |

## INDICE GENERALE (2/2)

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>9</b>  | <b>Valutazione delle prestazioni</b>                 | <b>66</b> |
|           | 9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione | 66        |
|           | 9.2 Audit interno                                    | 74        |
|           | 9.3 Riesame di direzione                             | 78        |
| <b>10</b> | <b>Miglioramento</b>                                 | <b>82</b> |
|           | 10.1 Generalità                                      | 82        |
|           | 10.2 Non conformità e azioni correttive              | 82        |
|           | 10.3 Miglioramento continuo                          | 83        |
|           | <b>Allegato 1: Indice delle procedure</b>            | <b>84</b> |
|           | <b>Allegato 2: Abbreviazioni interne</b>             | <b>86</b> |
|           | <b>Allegato 3: Transcodifica</b>                     | <b>87</b> |

# 0. Introduzione

## Presentazione dello IAL

Lo IAL - Innovazione Apprendimento Lavoro Lombardia, è uno degli enti di formazione più grandi d'Italia. E' un'impresa sociale senza scopo di lucro costituita nella forma di società a responsabilità limitata dal 2011. Lo IAL svolge la sua attività nell'ambito dei servizi formativi e per il lavoro per giovani e adulti, disoccupati e occupati, su commessa di enti pubblici e privati, e/o su richiesta diretta dei fruitori.

L'Ente è stato costituito dalla CISL nel 1955 per favorire l'inserimento dei giovani nel mercato del lavoro e rispondere alle esigenze di crescita professionale dei lavoratori.

Lo IAL realizza attraverso finanziamenti pubblici e privati, azioni formative in grado di agevolare il passaggio del sistema della formazione alla realtà lavorativa e percorsi mirati all'adeguamento delle competenze in un'ottica di formazione per tutto l'arco della vita.

IAL è un Ente accreditato dalla Regione Lombardia per l'obbligo formativo, per l'attività di formazione superiore, continua e permanente, per i servizi di orientamento e di accompagnamento al lavoro. Tra i requisiti per l'accreditamento è prevista anche l'adozione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

L'Ente inoltre realizza interventi di consulenza e di formazione progettati in relazione alle specifiche esigenze delle imprese. Lo IAL è governato da un Consiglio di Amministrazione nominato dall'assemblea dei soci costituita dalle Unioni Sindacali territoriali CISL della Lombardia, dalla CISL Regionale e Nazionale.

## Dati Identificativi

RAGIONE SOCIALE IAL – Innovazione Apprendimento Lavoro Lombardia S.r.l. Impresa Sociale

SEDE LEGALE E REGIONALE Viale Fulvio Testi, 42  
Sesto San Giovanni (MI)

TELEFONO 02 252011300

FAX 02 252011317

E-mail [sede.regionale@ialombardia.it](mailto:sede.regionale@ialombardia.it)

## Le sedi territoriali

### **IAL CREMONA**

Via Dante, 121  
26100 CREMONA  
Tel. 0372 36450  
Fax 0372 33834  
sede.cremona@ialombardia.it

### **IAL BRESCIA**

Viale Castellini, 7  
25123 BRESCIA  
Tel. 030 2893811  
Fax 030 2893850  
sede.brescia@ialombardia.it

### **IAL COMO**

Via Clerici, 1  
22100 CAMNAGO-VOLTA (CO)  
Tel. 031 3371769  
Fax 031 309717  
sede.como@ialombardia.it

### **IAL VARESE**

Via Bernardino Luini, 8 - 21100 Varese (VA)  
21100 VARESE (VA)  
Tel. 0332/1647157  
334/5016094  
sede.varese@ialombardia.it

### **IAL GRAVEDONA ED UNITI**

Via V.Veneto, 1  
22015 GRAVEDONA ED UNITI (CO)  
Tel. 0344 89028  
Fax 0344 85881  
sede.gravedona@ialombardia.it

### **IAL SARONNO**

Via Marx, 1 - Via Volta, 105  
21047 SARONNO (VA)  
Tel. 02  
96702399/96367204  
Fax 02 9605138  
sede.saronno@ialombardia.it

### **IAL MILANO**

Viale Fulvio Testi, 42  
20099 Sesto San Giovanni (MI)  
Tel. 02 29515801  
Fax 02 29531895  
sede.milano@ialombardia.it

### **IAL MORBEGNO**

Via Stelvio, 86 23017 Morbegno (SO)  
Tel. 0342 18.56.602  
sede.morbegno@ialombardia.it

### **IAL LECCO**

Via Besonda, 11  
23900 LECCO  
Tel. 0341 366885  
Fax 0341 366073  
sede.lecco@ialombardia.it

### **IAL LODI**

P.le G. Forni, 1  
26900 LODI  
Tel. 0371 59101  
sede.lodi@ialombardia.it

### **IAL BERGAMO**

Via Carnovali, 88/a  
24126 BERGAMO  
Tel. 035 324753  
sede.bergamo@ialombardia.it

### **IAL VIADANA**

Via Garibaldi, 50  
46019 VIADANA (MN)  
Tel. 0375 833668  
Fax 0375 833669  
sede.viadana@ialombardia.it

### **IAL LEGNANO**

Via Cuttica, 1  
20025 LEGNANO (MI)  
Tel. 0331 428011  
Fax 0331 428016  
sede.legnano@ialombardia.it

### **IAL MONZA**

Via Dante, 17  
20062 MONZA (MB)  
Tel. 039 2399252  
Fax 02 29515801  
sede.monza@ialombardia.it



# 1. Scopo

Lo scopo del presente documento è quello di descrivere il Sistema di gestione di IAL e la modalità di governo e miglioramento dei processi, delle attività, dei metodi, delle procedure, dell'organizzazione e delle responsabilità e in ultima analisi dei risultati dell'ente anche in termini di soddisfazione dei clienti. Lo IAL si pone l'obiettivo infatti di assicurare costantemente la soddisfazione del sistema cliente e in modo particolare degli utenti che di tale sistema sono parte significativa in quanto primi destinatari dell'attività formativa e dei servizi al lavoro.

Il Manuale contiene la descrizione della politica e dell'organizzazione aziendale e illustra i principi che guidano le attività dello IAL, in conformità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015 e del modello ex. D.lgs 231/01 adottato dall'ente.

Il Manuale rappresenta il principale veicolo attraverso il quale lo IAL fa conoscere e applica la politica dell'ente, integrata dal Codice Etico, impegnando le varie componenti aziendali al raggiungimento degli obiettivi ed all'applicazione dei principi in essa definiti.

Il Manuale pertanto illustra il sistema di gestione progettato, applicato e mantenuto attivo dallo IAL per conseguire risultati di miglioramento continuo delle proprie prestazioni e di prevenzione di Rischi e Non Conformità, in riferimento a tutti i campi di attività.

La sede regionale e le sedi territoriali sono chiamate ad applicare in modo uniforme e costante le procedure previste dal Sistema di Gestione.

## 2. Riferimenti Normativi (1/3)

| Descrizione   | Riferimento   |
|---|---|
| Norma di riferimento per la Certificazione del Sistema di Gestione Qualità.       | UNI EN ISO 9001:2015   Sistemi di gestione per la Qualità - Requisiti   |
| Termini e definizioni   | UNI EN ISO 9000:2015<br>Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia                                  |
| Norma di riferimento per l'ottenimento del successo durevole nelle organizzazioni | UNI EN ISO 9004: 2009<br>Gestire un'organizzazione per il successo durevole - L'approccio della gestione per la qualità |
| Norma di riferimento per la conduzione degli Audit Interni                        | UNI EN ISO 19011 – Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambiente            |
| Responsabilità Amministrativa degli Enti  | D.Lgs 231/01 e s.m.i.   |
| Codice in materia di trattamento dei dati personali                               | D.Lgs 196/03  |
| Regolamento Privacy   | UE 2016/679   |
| Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro  | D.Lgs. 81/08 e s.m.i  |

## 2. Riferimenti Normativi (2/3)

| Descrizione   | Riferimento   |
|---|---|
| Norme in materia di istruzione, formazione professionale e accreditamento | <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Legge n.845/78 "Legge quadro in materia di formazione professionale"</li><li>❑ Legge 53/2003 "Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale"</li><li>❑ Legge 196/97 "Norme in materia di promozione dell'occupazione"</li><li>❑ Legge 144/99 "Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all' occupazione e della normativa che disciplina l' INAIL, nonchè disposizioni per il riordino degli enti previdenziali" art. 69 "Istruzione e formazione tecnica superiore"</li><li>❑ Legge Biagi n. 30/2003 - Legge delega in materia di occupazione e mercato del lavoro</li><li>❑ Legge Regionale 22/06 "Il mercato del lavoro in Lombardia"</li><li>❑ Legge Regionale 19/07 "Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia"</li><li>❑ Linee Guida regionali per la definizione di modelli di organizzazione, gestione e controllo per gli Enti accreditati di cui all'Allegato B del D.d.u.o. 1 dicembre 2009 – n. 12921 Regione Lombardia</li><li>❑ Bando Programma "Lombardia Eccellente" Decreto 3267 3-04-09</li><li>❑ Linee Guida di rendicontazione e monitoraggio per il programma "Lombardia Eccellente" allegato n. 2 al Decreto 8189 del 23 agosto 2010</li><li>❑ <b>Legge regionale 30/2015: modifica e integra la legge regionale 19/07 e la legge regionale 22/06</b></li></ul> |

## 2. Riferimenti Normativi (3/3)

Il Responsabile Organizzazione e Sistema di Gestione (ROSG) e referenti territoriali del Sistema di Gestione (RSG), tramite segnalazione delle diverse funzioni aziendali o attraverso i siti istituzionali e/o comunicazioni da parte di Enti Finanziatori, diffondono leggi, normative, requisiti specifici e relativi aggiornamenti riguardanti i servizi erogati. ROSG valuta in collaborazione con Amministratore Delegato (AD) se, a fronte di nuove norme o modifiche a quelle esistenti, è necessario implementare azioni di adeguamento che riguardano le procedure previste dal SG.

Vengono quindi presi in considerazione e adeguatamente soddisfatti i requisiti stabiliti dal Regolamento per l'accREDITAMENTO degli enti di formazione promulgato dalla Regione Lombardia.

L'archivio dei testi delle leggi e delle normative applicabili è in formato cartaceo e/o elettronico ed è gestito dai RSG o dalle pertinenti funzioni; tali archivi comprendono anche ove necessario documenti utili per la pianificazione dei processi aziendali.

# 3. Termini e definizioni

La terminologia usata nel presente documento è coerente con le definizioni date nella Norma UNI EN ISO 9000, UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 9004.

Vengono inoltre riportate nell'allegato 2, per facilità di consultazione del presente Manuale, le definizioni di alcuni termini e le abbreviazioni aventi un significato specifico.

# 4. Contesto dell'organizzazione

## 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

Ial ha individuato attraverso il questionario di «Analisi del contesto e dei rischi» i fattori esterni e interni rilevanti per orientare i propri indirizzi e obiettivi strategici, con la finalità di conseguire i risultati attesi.

In particolare l'alta direzione (AD, Area Manager e Direttori Generali) con il supporto delle Direzioni Territoriali ha analizzato il contesto, in termini di fattori esterni e interni (ad esempio di tipo tecnologico, sociale, culturale, ecc.), sia positivi che negativi e il loro impatto sull'operatività aziendale, con l'obiettivo di definire i seguenti elementi:

- Rischi ed Opportunità
- Gravità del rischio/ livello di opportunità
- Azione e responsabilità

Il documento sarà monitorato e riesaminato annualmente o in qualsiasi momento intervenga un cambiamento a cura dell'alta direzione, con il supporto di ROSG.

## 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

L'ente attraverso il questionario di «Analisi del contesto e dei rischi» ha individuato inoltre, all'interno dei fattori esterni e interni, le parti interessate rilevanti per il proprio Sistema di Gestione della Qualità.

Per quanto riguarda i fattori esterni le parti interessate individuate sono:

- Istituzioni
- Clienti/Utenti
- Fornitori
- Altri stakeholder

Per quanto riguarda i fattori interni le parti interessate individuate sono :

- Leadership
- Risorse umane

I fattori sono stati analizzati in termini di requisiti ed impatto sull'operatività aziendale.

Il documento sarà monitorato e riesaminato annualmente o in qualsiasi momento intervenga un cambiamento a cura dell'alta direzione, con il supporto di ROSG.

### 4.3 Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione è il seguente:

***"Attività di progettazione ed erogazione di servizi: Obbligo formativo, Formazione superiore e continua. Servizi di orientamento di base; Servizi di orientamento specialistici; Servizi di accompagnamento e sostegno al lavoro"***

Il Sistema di Gestione è applicato nella sede regionale e in tutte le sedi territoriali.

**Tutti i requisiti della norma di riferimento risultano applicabili al Sistema di Gestione.**

IAL può affidare ad altre organizzazioni o enti attività e/o processi rientranti nel campo di applicazione del Sistema di Gestione quali ad esempio interventi formativi, servizi al lavoro e stage. Per tali processi viene effettuato il monitoraggio al fine di garantire le prestazioni attese nel rispetto degli accordi contrattuali.



## 4.4 Sistema di gestione per la qualità e suoi processi (1/4)

L'efficace applicazione del sistema di gestione, finalizzato ad accrescere la soddisfazione del sistema cliente relativamente ai servizi erogati IAL, viene pianificata descrivendo, mantenendo sotto controllo e migliorando l'insieme dei processi e delle relative attività che lo caratterizzano.

Il percorso seguito si è articolato nelle seguenti fasi:

- individuazione della politica e dei conseguenti obiettivi generali coerentemente con la mission e il Codice Etico di IAL;
- definizione dei processi primari e dei rischi ad essi associati, della loro sequenzialità e la misura dell'efficacia attraverso indicatori di risultato.
- definizione delle principali fasi e attività critiche/sensibili dei processi e la verifica della loro attuazione attraverso opportuni indicatori e controlli.
- coinvolgimento di tutti i collaboratori al fine di trasmettere le informazioni necessarie per una corretta applicazione e monitoraggio dei processi e l'attuazione dei controlli.
- valutazione dei servizi erogati e misurazione della soddisfazione del Sistema Cliente.

## 4.4 Sistema di gestione per la qualità e suoi processi (2/4)

-Nella progettazione del Sistema di Gestione, in conformità a quanto richiesto dalla nuova versione della norma di riferimento, si è tenuto conto del contesto entro il quale l'impresa realizza il suo servizio e dei rischi da esso derivati; in particolare si sono valutati in questa revisione i seguenti aspetti:

- Rischi Reato con riferimento all'applicazione del D.lgs 231/01 sulla Responsabilità Amministrativa dell'Impresa e all'integrazione del conseguente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo nel Sistema di Gestione
- Rischi collegati alla sicurezza sul lavoro con particolare in riferimento al D.lgs 81/08.
- Rischi di natura economico-gestionale, legati strettamente all'evoluzione del contesto competitivo e del tessuto economico-sociale in cui opera l'ente.
- Rischi collegati al trattamento dei dati personali.

-In occasione dei riesami annuali e a fronte degli stati avanzamento valutati a livello di Comitato di Gestione e degli eventuali scostamenti degli obiettivi definiti, vengono individuate le aree di rischio e le azioni di mitigazione da porre in essere.

-Ulteriori situazioni pregiudizievoli per la qualità del servizio e che derivano dal contesto nel quale l'Ente opera vengono valutate durante gli audit interni al fine di aggiornare le procedure operative.

## 4.4 Sistema di gestione per la qualità e suoi processi (3/4)

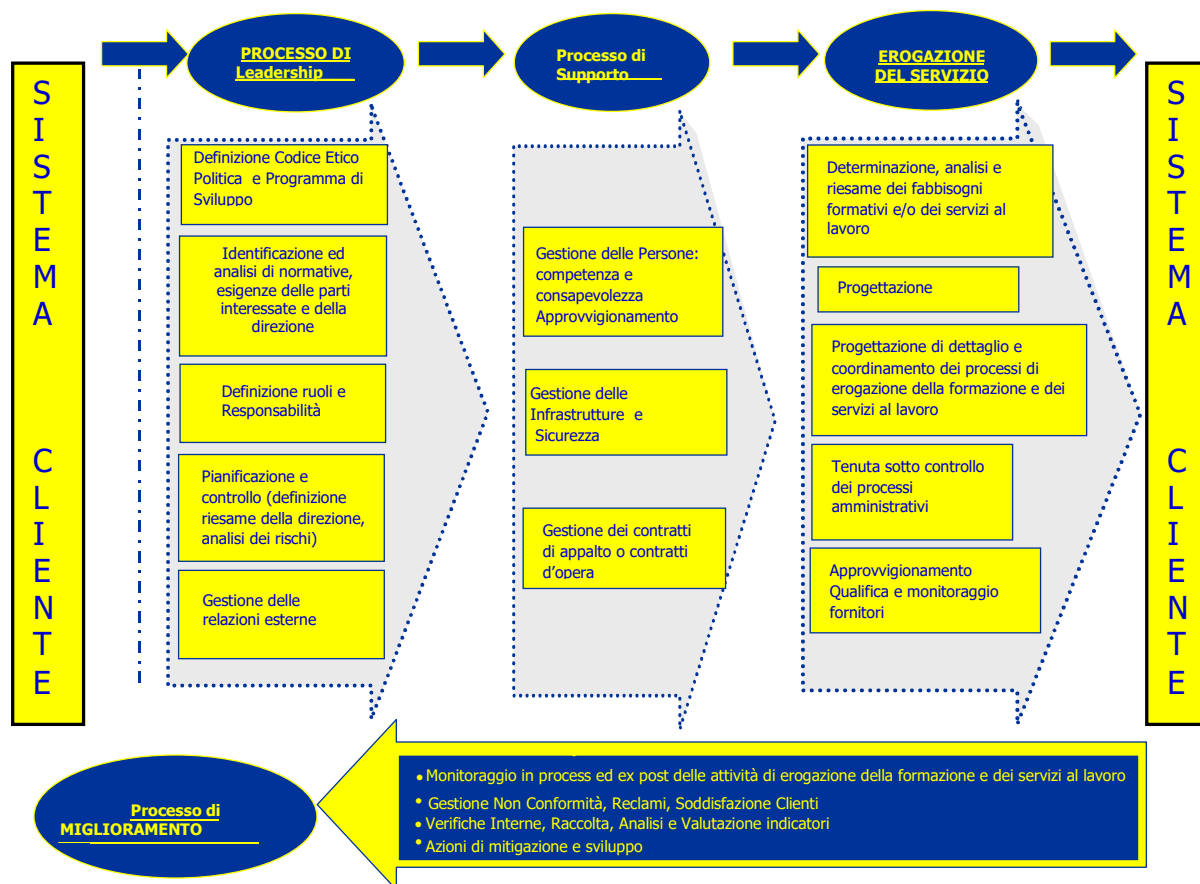
### 4.4.1 Identificazione, mappatura e interazione tra i processi

In accordo a quanto specificato nella norma ISO 9001:2015, la Direzione di IAL ha identificato e descritto i processi del Sistema di gestione Qualità che risultano classificabili secondo le seguenti categorie:

- Processo di Leadership;
- Processo di Supporto (gestione persone e infrastrutture);
- Processi Primari (Erogazione del Servizio);
- Processo di miglioramento.

Nella Figura 1 vengono riportati i singoli processi/sottoprocessi nonché la loro identificazione tramite “[numero]” al fine di evidenziarne la sequenza logica secondo il Modello Plan-Do-Check-Act e le loro interazioni.

# Mappatura e interazione tra i processi [figura 1]



## 4.4 Sistema di gestione per la qualità e suoi processi (3/4)

### 4.4.2 Informazioni documentate

A livello documentale, il Sistema di Gestione implementato da IAL fa riferimento alla *PG 75-02 Informazioni documentate del Sistema di Gestione*.

Nel presente Manuale sono specificate al Paragrafo 7.5

# 5. Leadership

## 5.1 Leadership e impegno

La direzione di IAL manifesta costantemente il proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del sistema di gestione:

- a) comunicando alle sedi territoriali e a tutti i livelli dell'organizzazione l'importanza del rispetto sia dei requisiti del sistema cliente sia di quelli derivanti da leggi e regolamenti applicabili; tale comunicazione avviene anche attraverso il presente manuale e le procedure;
- b) stabilendo la politica e gli obiettivi (rif. paragrafo 5.2);
- c) **Analizzando il contesto e definendo i rischi/opportunità nei propri processi, in linea con gli obiettivi strategici da perseguire**
- d) conducendo le attività di riesame da parte della direzione;
- e) assicurando la disponibilità delle risorse necessarie (rif. Sez. 7)
- f) promuovendo il miglioramento
- g) Nell'attuare quando sopra la Direzione si avvale della collaborazione di ROSG e degli RSG territoriali **e di tutti i ruoli gestionali pertinenti**

## 5.1.2 Focalizzazione sul cliente

L'efficace attuazione di tutti i processi necessari e sufficienti a conseguire la soddisfazione del sistema cliente è molto influenzata dalla capacità di identificare e trasformare in chiari requisiti le attese e le necessità dello stesso.

L'alta direzione è pertanto impegnata ad assicurare, l'effettuazione delle attività tendenti a:

- identificare e soddisfare le attese e i requisiti del sistema cliente, compresi eventuali requisiti necessari e /o cogenti;
- ottenere informazioni chiare e complete per l'incremento della soddisfazione del sistema cliente;
- Identificare rischi e opportunità e l'impatto che possono determinare sui servizi offerti da Ial e la conseguente soddisfazione del cliente

Tali attività vengono svolte in conformità alla procedura PG82-01 *Determinazione, analisi e riesame dei fabbisogni formativi e/o dei servizi al lavoro.*

La Direzione Generale in collaborazione con Area Manager e i DIR territoriali assicura, sotto la propria responsabilità, il mantenimento e lo sviluppo di adeguate relazioni con il territorio, al fine di consentire l'adeguata promozione e l'efficace attuazione di attività formative/orientative e dei servizi al lavoro; analogamente è responsabilità dei DIR territoriali in collaborazione con AM, DG, RP e CRD quella di ricercare le partnership necessarie negli ambiti (europeo, nazionale, regionale o locale) opportuni.

Le attività di cui sopra vengono svolte in accordo alle prescrizioni descritte nel paragrafo 5.4 Gestione delle relazioni esterne

## 5.2 Politica e programma di sviluppo per la Qualità del Sistema di Gestione (1/4)

La Direzione di IAL si è impegnata ad istituire il sistema di gestione secondo la norma UNI EN ISO 9001: 2015 e sulla base del modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.lgs 231/01, stabilendo la politica, la struttura organizzativa, le responsabilità, le risorse e gli strumenti necessari.

La Direzione assicura che l'elaborazione, verifica, divulgazione, riesame e revisione della politica e relativo programma di sviluppo siano fondati su:

- prescrizioni della norma di riferimento ISO9001:2015;
- contenuti del Business Plan approvato dal CdA;
- indicazioni fornite dal Comitato di Gestione IAL Lombardia;
- contenuti del Modello Organizzativo ed in particolare del Codice Etico



## 5.2 Politica e programma di sviluppo per la Qualità de Sistema di Gestione (2/4)

La Direzione di IAL verifica che la Politica di Sviluppo:

- sia appropriata alle **finalità** di IAL, delle sedi territoriali e del **loro contesto**;
- evidenzi l'impegno della direzione nei confronti del rispetto dei requisiti **applicabili** e del miglioramento continuo delle prestazioni del Sistema di Gestione;
- costituisca un riferimento per stabilire e revisionare gli obiettivi e i traguardi di sviluppo;
- sia coerente con il codice etico.

La proposta di Politica di Sviluppo viene discussa nell'ambito del Comitato di Gestione e approvata da AD.

La **Politica di Sviluppo approvata** viene pubblicata sulla intranet aziendale e comunicata a tutti gli Area Manager (AM) e ai Direttori di Sede Territoriali (DIR), laddove presenti, e deve essere mantenuta e resa disponibile come informazione documentata, anche alle parti interessate rilevanti, qualora appropriato

## 5.2 Politica e programma di sviluppo per la Qualità del Sistema di Gestione (3/4)

L'Amministratore Delegato, con il supporto di ROSG, assicura che la Politica sia implementata attraverso un Programma di Sviluppo annuale, al fine di perseguire gli obiettivi e traguardi per le varie funzioni, accertandosi che si basi sui seguenti aspetti:

- Rispetto dei requisiti stabiliti
- Rispetto delle leggi e dei regolamenti applicabili
- Miglioramento continuo delle prestazioni
- Opzioni tecnologiche possibili
- Esigenze finanziarie
- Esigenze operative e commerciali
- risultanze degli Audit interni
- considerazioni e pareri dei responsabili di funzione
- identificazione di tempi, modalità e responsabilità per le varie funzioni

La proposta di Programma di Sviluppo viene approvata da AD, pubblicata da ROSG sulla intranet aziendale e comunicata a tutti gli RSG di Area, gli Area Manager (AM) e ai Direttori di Sede Territoriali (DIR), laddove presenti, e deve essere mantenuta e resa disponibile come informazione documentata, anche alle parti interessate rilevanti, qualora appropriato.

## 5.2 Politica e programma di sviluppo per la Qualità del Sistema di Gestione (4/4)

RSG sulla base del Programma di Sviluppo di ente dovrà definire con il concorso di AM, DIR e delle funzioni interessate la bozza del dettaglio del Programma di Sviluppo di Area e garantirne la pubblicazione sulla intranet aziendale, a seguito dell'approvazione di AM.

ROSG e RSG, a seconda del loro ambito di competenza, devono promuovere e sottoporre ad AD/AM una revisione del Programma di Ente/di Area al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- Decisioni in tal senso assunte nell'ambito del riesame della direzione
- Modifiche di obiettivi e traguardi
- Modifiche di prescrizioni legali o regolamentari applicabili
- Nuove attività, prodotti o servizi
- Modifiche organizzative significative per il programma di sviluppo.

Il programma revisionato deve essere pubblicato sulla intranet aziendale nella sua versione aggiornata.

### 5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

La Direzione assicura, definisce e rende note autorità, responsabilità e deleghe attribuite a tutte le funzioni di IAL, formalizzandole nell'organigramma e specificandole nel Manuale dell'Organizzazione.

L'organigramma riportato in Figura 2 evidenzia le dipendenze gerarchiche tra le posizioni organizzative (linee continue) e le dipendenze funzionali (linee tratteggiate).

Il Manuale dell'Organizzazione definisce per ogni ruolo organizzativo:

- Missione
- Dipendenza gerarchica
- Responsabilità e autorità (anche in relazione alle attività sensibili previste dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.lgs 231/01)
- Procure e Deleghe (ove applicabile)

## 5.4 Gestione delle relazioni esterne (1/2)

In accordo con le responsabilità e deleghe attribuite a tutte le funzioni di IAL, formalizzate nell'organigramma e specificate nel Manuale dell'Organizzazione, la sede operativa istituisce e mantiene attive le relazioni con il territorio nelle attività di promozione e di contatto, riguardanti i servizi erogati e di seguito identificate:

- **Relazioni con il sistema istituzionale e sociale locale**
  - Regione
  - Provincia
  - Comune
  - Istituzioni universitarie
  - Istituzioni europee
  - Sindacati
  - Fondi interprofessionali
  - Altre realtà, secondo opportunità

## 5.4 Gestione delle relazioni esterne (2/2)

- **Relazioni con il sistema Produttivo**
  - Aziende
  - Sindacati
  - Associazioni datoriali
  - Organizzazioni potenziali partners di formazione
  - Altre realtà produttive
- **Relazioni con il sistema scolastico**
  - Scuola Media Inferiore
  - Scuola Media Superiore
  - Università
  - Altre realtà, secondo opportunità

AD/DG a livello di ente e AM/DIR a livello locale pianificano e gestiscono con continuità i rapporti con il territorio, avvalendosi laddove necessario delle figure operative coinvolte e assicurando un'adeguata preparazione, raccolta e conservazione della documentazione relativa agli incontri con i soggetti locali, regionali, nazionali ed europei.



## 6. Pianificazione

### 6.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità (1/3)

La Direzione di IAL si è impegnata ad integrare l'approccio per processi del sistema di gestione con il pensiero basato sul rischio, secondo quanto previsto dalla norma UNI EN ISO 9001:2015.

L'analisi del rischio viene effettuata a due livelli.

Ad un primo livello la Direzione attraverso il CDG, con il coinvolgimento di ROSG, dei Direttori di Sede e delle figure apicali dell'ente qualora necessario, effettua l'analisi del proprio contesto e determina i rischi, come base per l'attività di pianificazione.

Nell'analisi di contesto e dei rischi ad esso correlato vengono descritti i fattori interni ed esterni e il relativo impatto sull'operatività di IAL.

L'analisi del rischio si applica a tutti i fattori individuati, mentre le azioni di mitigazione vengono individuate solo in caso di valutazione dell'impatto complessivo/livello di opportunità superiore a medio.

In questo caso vengono definite azioni e responsabilità. Tali attività vengono svolte in conformità alla procedura PG61-01 *Analisi e gestione del rischio*



## 6.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità (2/3)

Nell'analisi del contesto la Direzione deve tener conto delle esigenze/aspettative delle parti interessate e determinare i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:

- a) fornire assicurazione che il SG possa conseguire i risultati attesi;
- b) accrescere gli effetti desiderati;
- c) prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati;
- d) conseguire il miglioramento.

Ad un secondo livello l'analisi del rischio viene effettuata dal CSSG con il supporto delle funzioni interessate e applicata ai processi aziendali identificati nel SG. L'esito dell'analisi viene sottoposto a valutazione dell'alta Direzione. Il processo di Gestione dei rischi, applicato a tutti i processi, si articola nelle seguenti fasi:

- Individuazione della probabilità legata ad ogni rischio in termini di frequenza presunta dell'evento potenziale sulla base delle fonti di rischio (Minacce, Vulnerabilità);
- Stima della gravità del rischio sulla base della probabilità e del danno in termini economici.
- Stima del rischio complessivo effettuata valutando anche il rischio reputazionale collegato al verificarsi dell'evento.
- Identificazione di azioni di mitigazioni da porre in atto in riferimento alle fonti di rischio individuate.
- Stima del rischio residuo a seguito dell'attuazione dell'azione di mitigazione.

## *6.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità (3/3)*

L'analisi del rischio viene ripetuta ogniqualvolta si verificano:

- lo sviluppo di nuove attività, interne o da esternalizzare
- un cambiamento sostanziale nei processi aziendali: eventuali variazioni di processo significative possono variare il rischio complessivo collegato alle attività.
- un cambiamento di contesto: infatti, variazioni nel contesto in cui si svolge l'analisi possono portare all'individuazione di minacce o conseguenze (impatti) prima inesistenti od irrilevanti;
- una variazione di requisiti legislativi e di compliance riguardanti ad esempio sicurezza dei dati, privacy, ecc..
- una comunicazione o segnalazione dalle parti interessate che evidenzia l'insorgere di un nuovo rischio reale o percepito (insoddisfazione)

## 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

La Direzione di IAL individua obiettivi e traguardi per le diverse sedi territoriali e funzioni basandosi sul Business Plan e sulla politica di sviluppo in vigore.

AD in collaborazione con i DIR territoriali verifica che gli obiettivi e traguardi individuati si basino, secondo applicabilità su:

- rispetto dei requisiti stabiliti;
- rispetto delle leggi e dei regolamenti applicabili;
- miglioramento continuo delle prestazioni;
- opzioni tecnologiche possibili;
- esigenze finanziarie;
- esigenze operative e commerciali;
- punto di vista delle parti interessate.

Gli obiettivi e i traguardi individuati vengono comunicati agli RSG affinché elaborino, con il concorso delle funzioni interessate, il programma di sviluppo.

Gli obiettivi per la qualità definiti nel Programma di Gestione devono essere: misurabili, monitorati, comunicati e aggiornati.

In particolare nel Programma di Gestione vengono determinate: le azioni, le risorse necessarie, il responsabile, le tempistiche e le modalità di valutazione.

### 6.3 Pianificazione delle modifiche

L'attività di IAL si svolge mediante processi per i quali non vengono emessi piani della qualità contrattuali o di servizio ma si applicano le procedure stabilite nel SG, sia per gli aspetti gestionali sia per quelli operativi.

La pianificazione del Sistema di Gestione e delle sue modifiche viene attuata, pertanto, in base a quanto scaturito dal riesame del SG e dalla sua applicazione e verifica sul campo, mediante l'aggiornamento della documentazione e delle procedure.

Nel caso in cui si renda necessario lo sviluppo di nuove attività, interne o da esternalizzare, o una loro particolare pianificazione, verrà eseguita un'analisi per valutare la necessità di:

- definire nuovi processi e/o modificare quelli esistenti
- aggiornare e/o modificare la documentazione
- adeguare le risorse umane e tecniche
- predisporre, eventualmente, un adeguato Programma della Qualità.
- predisporre un adeguato Piano di Miglioramento e/o di trattamento dei rischi

L'organizzazione a fronte dell'analisi effettuata dovrà considerare la disponibilità delle risorse e l'allocazione o riallocazione delle responsabilità e autorità

# 7. Supporto

## 7.1 Risorse

### *7.1.1 Generalità*

La Direzione di IAL, considerando le capacità delle risorse interne e i vincoli, mette a disposizione risorse adeguate per:

- attuare e tenere aggiornato il Sistema di Gestione anche tramite un'infrastruttura informatica (Portale IAL) che supporta le attività e la gestione delle registrazioni;
- migliorare in modo continuo la sua efficacia tramite un adeguato sistema di reporting;
- accrescere la soddisfazione del Cliente ottemperando alle sue esigenze attuando un programma di Customer Satisfaction.

### *7.1.2 Persone*

La Direzione di IAL, inoltre, deve determinare e rendere disponibili le persone necessarie per l'efficace attuazione del proprio Sistema di Gestione per la Qualità e per il suo funzionamento.

### 7.1.3 Infrastrutture

La Direzione di IAL, annualmente, nell'ambito del riesame del sistema di gestione, verifica e assicura che le infrastrutture necessarie per garantire la conformità dei servizi quali:

- aule, spazi di lavoro, impianti e attrezzature ad essi associate;
- sistemi informativi, hardware e software;
- servizi di supporto;

siano valutate in tutte le sedi operative; nel caso di carenze i DIR sono tenuti a segnalarle alla Direzione proponendo le relative azioni di miglioramento.

Relativamente alla sicurezza sul lavoro la Direzione è responsabile di attuare le indicazioni dell'RSPP. Tra le infrastrutture rivestono notevole importanza i Sistemi Informativi gestiti da RSI e le cui modalità di utilizzo da parte del personale sono descritte nel Regolamento *Sistemi Informativi e Dati Aziendali*.

### *7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi*

La Direzione identifica e assicura adeguate condizioni ambientali e di sicurezza sul luogo di lavoro necessarie allo svolgimento di un'efficace attività lavorativa e favorisce la creazione di un clima aziendale rispettoso del codice etico e idoneo allo sviluppo professionale dei dipendenti e collaboratori e al miglioramento delle relazioni interne. A tal fine vengono organizzate anche convention aziendali durante le quali vengono illustrati obiettivi, progetti e strategie aziendali e organizzati momenti di aggregazione al fine di favorire il miglioramento dei rapporti umani.

Per quanto concerne la sicurezza sul lavoro attraverso l'azione dell'RSPP e della Direzione, IAL garantisce un ambiente di lavoro rispettoso delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori e degli allievi, attraverso l'applicazione delle normative di riferimento, e dei principi di ergonomia in essi richiamati, come evidenziato dal documento di valutazione dei rischi, dall'avvenuta effettuazione delle nomine prescritte e dai piani di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza stabiliti e attuati.

### *7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione*

Nell'ambito dell'operatività di IAL le attività di controllo consistono principalmente nella verifiche delle prestazioni dei docenti/orientatori che vengono effettuate nelle seguenti fasi:

- Qualifica e valutazione docenti/orientatori;
- Controlli sullo svolgimento del corso/servizio;
- Questionario di gradimento.

Tali verifiche vengono effettuate tramite appositi questionari e/o attraverso il Portale IAL che vengono aggiornati e verificati per garantirne il corretto utilizzo e l'adeguatezza.

Per quanto concerne i test eventualmente utilizzati nei moduli formativi la loro predisposizione e controllo viene effettuato dal docente (DOC) incaricato del modulo formativo sotto la supervisione di CRD.

Il Portale IAL, sviluppato internamente, viene anche utilizzato per monitorare i processi del SG; a seguito di eventuali modifiche viene verificato e validato prima del suo utilizzo a cura di RSI.

In merito alla riferibilità delle misurazioni, IAL per i propri laboratori didattici acquista strumenti di misurazione primari, con certificazione di taratura e non prevede pertanto un piano di taratura non essendo previsti strumenti di misura secondari.

La fruibilità e correttezza degli strumenti primari, laddove necessario, viene garantita attraverso rilevazioni e registrazioni periodiche.



### ***7.1.6 Conoscenza Organizzativa***

Nell'ambito dell'operatività di IAL la Direzione determina la conoscenza necessaria per il funzionamento dei propri processi, in particolare le Direzioni Generali (FP e PAL) definiscono e diffondono le conoscenze da mantenere e diffondere per la realizzazione di processi conformi alle aspettative del cliente e agli obiettivi da raggiungere.

Le Direzioni Generali si impegnano sia a veicolare la conoscenza relativa a norme, bandi regolamenti, sia a far circolare le buone prassi maturate nelle esperienze delle sedi operative attraverso riunioni dedicate o tavoli di lavoro, a livello regionale, che stimolino il confronto e il pensiero strategico nell'approccio ai processi.

## 7.2 Competenza (1/2)

Il personale che svolge le attività in IAL, deve essere competente sulla base di un adeguato grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienze lavorative richieste in funzione del ruolo svolto.

### Selezione del personale

DIR e/o AD, sulla base delle esigenze delle sedi territoriali o delle funzioni organizzative, determinano la necessità di assumere nuovo personale tenendo conto delle competenze, capacità, esperienze necessarie per ricoprire la mansione, in accordo a quanto previsto dal manuale dell'organizzazione ed a quanto previsto dalle delibere relative all'accreditamento di Regione Lombardia.

DIR e/o AD durante l'iter di selezione, effettuato in collaborazione con le funzioni di riferimento (AMM, CRD, ecc.), devono valutare competenze, capacità, esperienze necessarie in linea con la mansione identificata, anche sulla base dell'analisi del Curriculum Vitae.

PER effettua un controllo dell'idoneità del candidato rispetto ai requisiti minimi previsti. AD autorizza l'assunzione.

## 7.2 Competenza (2/2)

### Competenza e formazione del personale

Con cadenza annuale RSG/ROSG raccolgono dai vari Direttori di sede, dai Responsabili di Funzione ed eventualmente anche dai singoli collaboratori, le proposte di sensibilizzazione/formazione/aggiornamento.

Sulla base di tali proposte ROSG elabora una bozza del "Piano annuale di sensibilizzazione/formazione/aggiornamento"

La bozza del "Piano annuale di sensibilizzazione/formazione/aggiornamento" viene poi sottoposta alla valutazione da parte dei DIR e AD che verificano la compatibilità del piano con le effettive necessità e con le risorse disponibili, individuano il personale da coinvolgere, apportano eventuali modifiche e/o integrazioni. AD approva il piano.

RSG/ROSG, almeno una volta all'anno, raccolgono informazioni sul grado di sensibilizzazione del personale avvalendosi di apposita modulistica. Le informazioni raccolte vengono elaborate da RSG/ROSG e sottoposte al riesame periodico da parte dei DIR e di AD per eventuali azioni.

DIR/AD, entro sei mesi dall'intervento formativo o di aggiornamento, esprime la valutazione dell'efficacia con riferimento al personale coinvolto. Nel caso di mancata efficacia DIR/AD individuano opportune azioni correttive e ne monitorano il risultato.

*Le attività di selezione e formazione del personale previste dal SG sono descritte dalla procedura PG72-01 Gestione delle risorse umane interne*

## 7.3 Consapevolezza

All'interno del "Piano annuale di sensibilizzazione/formazione/aggiornamento" ROSG prevede momenti di formazione e aggiornamento per assicurare l'informazione e l'interiorizzazione dei principali strumenti di Gestione per la Qualità:

- Politica per la Qualità
- Obiettivi per la Qualità (illustrati nel Programma di Gestione)

Tale documentazione è disponibile sulla intranet aziendale ed eventualmente affissa in bacheca

Annualmente l'alta Direzione redige il bilancio sociale nel quale vengono analizzati e rielaborati i dati relativi al monitoraggio e alle prestazioni ottenute.

Anch'esso è oggetto di presentazione e pubblicazione sulla intranet, per innalzare il livello di consapevolezza circa l'efficacia del sistema di Gestione ed eventuali benefici derivanti dalle prestazioni.

La Direzione favorisce inoltre la diffusione di informazioni legate ai dati prestazionali sia in termini di efficacia, sia in caso di non conformità ai requisiti del sistema di Gestione anche con momenti di condivisione in plenaria, quali la convention annuale.

## 7.4 Comunicazione

### 7.4.1 Comunicazione Interna

La Direzione ha attivato e sviluppato processi di comunicazione e scambio di informazioni tra le funzioni e le sedi territoriali dello IAL anche mediante riunioni periodiche del Comitato di Gestione.

Quest'ultimo condivide, nei casi in cui lo ritenga opportuno, informazioni relative a iniziative di singole sedi territoriali che possono diventare patrimonio conoscitivo di tutto lo IAL Lombardia.

In particolare ROSG in sinergia con gli RSG collabora con AD per assicurare una adeguata comunicazione sui temi inerenti il Sistema di Gestione e l'applicazione del Modello ex D.lgs 231/01.

Il Portale IAL garantisce la gestione e la trasmissione delle informazioni a tutte le figure interessate. Il Sistema di reporting definito è integrato nel Portale Aziendale e fornisce indicazioni sull'efficacia del Sistema di gestione.

Suggerimenti e proposte di miglioramento del Sistema di Gestione che scaturiscono dalle riunioni del Comitato di Sorveglianza del Sistema di Gestione vengono valutate da AD che ne determina la fattibilità e una volta attuate la relativa efficacia.

### **7.4.1 Comunicazione Interna**

In modo trasversale per tutta l'utenza e parti interessate i canali di comunicazione istituzionali (sito web e pagine FB e Instagram) garantiscono la gestione e la trasmissione delle informazioni relative ai servizi offerti a tutti gli utenti potenziali.

Il Sistema di reporting è integrato negli strumenti web utilizzati e fornisce indicazioni sull'efficacia dell'iniziativa di comunicazione intrapresa.

La Direzione inoltre ha definito i processi di comunicazione e scambio di informazioni tra le parti interessate al processo di erogazione dei servizi/formazione attraverso strumenti dedicati (es. POF, documenti informativi...) e modalità condivise, dettagliati all'interno del Piano di Comunicazione.

La comunicazione promozionale viene gestita attraverso sito web, pagine FB da personale interno ed esterno incaricato come editor dalla Direzione, sotto la supervisione di esperti del settore. Per quanto riguarda il materiale promozionale (informativo, locandine, brochure, depliant...) i coordinatori, autorizzati dalla Direzione, si interfacciano con esperti del settore individuati dalla rete IAL.

Un altro elemento fondamentale per la comunicazione esterna è la pubblicazione del bilancio sociale con sezioni dedicate interamente alla consuntivazione e analisi dei dati sugli stakeholder ed in particolare alla partecipazione dei lavoratori e il giudizio dei beneficiari sulla qualità delle attività fruite.

## 7.5 Informazioni documentate

### 7.5.1 Generalità

A livello documentale, in riferimento alle richieste della norma UNI EN ISO 9001: 2015 e a quanto l'azienda ritiene necessario per l'efficacia del sistema di gestione il Sistema di Gestione, IAL ha deciso di includere all'interno del Sistema di Gestione le seguenti informazioni documentate:

- il Manuale (il presente documento)
- le Procedure Operative del Sistema di Gestione si dividono in:
  - PG (Procedure Gestione)/PS (Procedure operative per la Sicurezza) che definiscono le attività, indicano le responsabilità di esecuzione, controllo e registrazione e, laddove necessario, specificano la modulistica per le registrazioni;
  - le Istruzioni Operative del Sistema di Gestione (IG) che descrivono le operazioni di dettaglio condotte nell'ambito di una singola attività o processo;
  - **la Modulistica per le Registrazioni, che comprende tutta la modulistica utilizzata per registrare le attività rilevanti per previste dal Sistema di Gestione e che prevalentemente si avvale di strumenti informatici (intranet aziendale, portali istituzionali dedicati e file excel gestionali in uso presso l'ente)**
- la dichiarazione della Politica e degli Obiettivi definiti nel presente manuale.

## 7.5.2 Creazione ed aggiornamento

Le modalità di creazione ed aggiornamento della documentazione del sistema di gestione seguono le seguenti prescrizioni indicate nella procedura *PG 75-01 Gestione controllata della documentazione*.

In particolare il presente Manuale Sistema di Gestione (MSG) contiene i principi generali secondo cui l'ente opera nel rispetto dei requisiti relativi alle norme di riferimento, richiamando le procedure di maggior dettaglio operativo.

Il Manuale è suddiviso in sezioni la cui corrispondenza a quella della norma ISO 9001:2015 è indicata nella sezione Indice e fa riferimento a tutte le procedure e istruzioni (PG, PS, IG) necessarie, elencate nell'allegato 1.

La copia originale di questo Manuale è conservata sul server di rete della sede regionale. I dipendenti e collaboratori di IAL possono accedere a questo file in lettura tramite uno qualsiasi dei punti di rete delle sedi territoriali ed eventualmente stamparlo per una più agevole lettura, ma la copia cartacea così ottenuta non è gestita in forma controllata. È responsabilità del ROSG pubblicare ogni revisione del MSG. È responsabilità del Rappresentante della Direzione comunicare a tutto il personale la pubblicazione di una nuova versione del Manuale del Sistema di Gestione, mediante l'emissione di una comunicazione interna. Gli aggiornamenti sono proposti da RSG e approvati dalla Direzione.

Oltre all'Ente di certificazione eventuali Enti esterni che dovessero richiedere espressamente il MSG lo riceveranno via e-mail in formato elettronico non modificabile (PDF) previa autorizzazione della Direzione.



### 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate (1/2)

Le informazioni documentate del sistema di gestione, forniscono evidenza dell'applicazione dello stesso nell'ambito dei processi operativi.

Dall'introduzione del Portale Intranet IAL buona parte dei dati aziendali viene gestita elettronicamente tramite il Portale sviluppato internamente. Conseguentemente, laddove la modulistica viene gestita e/o stampata tramite Portale è da ritenersi in vigore anche se non riportata in copia nelle procedure.

Tutta la modulistica non gestita attraverso la intranet aziendale, o portali dedicati o file excel gestionali messi a disposizione da Ial deve essere preventivamente autorizzata dal Rappresentante della Direzione e distribuita in copia come allegato delle procedure a cui fa riferimento. In ogni caso i moduli utilizzati per le registrazioni sono riportati nell'Elenco dei moduli e dei modelli oltre che nelle procedure che li richiamano.

La procedura di controllo delle informazioni documentate che stabilisce le modalità necessarie per l'identificazione, l'archiviazione, la protezione, la reperibilità, la definizione del tempo di conservazione e l'eliminazione delle registrazioni è definita nella *PG 75-02 Informazioni documentate del sistema di gestione*.

### 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate (2/2)

Tutti i documenti e i dati attinenti i processi aziendali e i servizi erogati (o approvvigionati) vengono emessi, approvati, distribuiti e conservati mediante sistema informativo (Portale Intranet IAL) o attraverso la gestione di archivi cartacei presenti nelle sedi territoriali.

Ulteriori informazioni circa il processo di gestione della documentazione ed in particolare:

- approvazione dei documenti;
- revisione, aggiornamento e ri-approvazione;
- stato ed identificazione dei documenti;
- disponibilità dei documenti nelle aree di utilizzo;
- leggibilità e rintracciabilità;
- documenti di origine esterna e loro distribuzione;
- conservazione ed eliminazione

sono definite nelle Procedure *PG 75-01 Gestione controllata della documentazione e PG 75-02 Informazioni documentate del sistema di gestione.*

# 8. Attività operative

## 8.1 Pianificazione e controlli operativi

L'ente ha pianificato e sviluppato i processi di erogazione dei servizi formativi e per il lavoro mediante procedure documentate la cui applicazione è guidata dalla Politica di Sviluppo e prevede la definizione di:

- obiettivi e requisiti relativi ai servizi;
- attività, processi e infrastrutture per l'erogazione dei servizi e i relativi documenti gestiti anche mediante il supporto del Portale IAL;
- attività di verifica e validazione sulla base di criteri di accettazione, monitoraggio e controllo sui processi e sui servizi mediante un adeguato sistema di reporting;
- **Informazioni documentate**, tramite l'intranet aziendale, portali istituzionali dedicati, documenti informatici e cartacei, relative all'erogazione dei servizi e alla loro rispondenza ai requisiti del sistema cliente.

## 8.2 Requisiti per i servizi (1/2)

Le attività di determinazione e di riesame dei requisiti del servizio sono sostanzialmente svolte nell'ambito delle attività del processo di " Determinazione, analisi e riesame dei fabbisogni formativi e/o dei servizi al lavoro" (Rif. figura 1).

L'azione di identificazione delle esigenze del sistema cliente, sia per le attività di formazione che per i servizi al lavoro, è volta ad assicurare che tali requisiti del cliente siano chiaramente e completamente compresi e riesaminati attraverso l'applicazione della procedura **PG82-01** *Determinazione, analisi e riesame dei fabbisogni formativi e/o dei servizi al lavoro.*

Tale procedura contempla anche il caso (richiesta diretta) in cui i requisiti siano espressamente formulati da uno specifico cliente.

La direzione assicura altresì, tramite ROSG e gli RSG territoriali, la gestione controllata di tutti i requisiti legali e regolamentari applicabili ai propri servizi, anche nel caso in cui tali requisiti non siano espressi dal sistema cliente-

Nel caso di attività svolta in ATS le modalità di applicazione della procedura sarà definita dai requisiti previsti dalla partecipazione alla stessa.

Nel caso emergesse la necessità di apportare modifiche ai contratti, a offerte a catalogo e a progetti in risposta a bandi di gara, la Direzione assicura la condivisione e il riesame della modifica e la comunicazione della modifica a tutte le parti coinvolte in accordo a quanto prescritto dalla procedura **PG83-01** *Attività di progettazione.*

## 8.2 Requisiti per i servizi (2/2)

La Direzione e le sedi territoriali assicurano l'istituzione di un adeguato canale di comunicazione con i vari attori del sistema cliente, allo scopo di mantenerne la soddisfazione.

In particolare DIR, DG, AM e CRD assicurano la gestione di:

- informazioni sul servizio;
- richieste di chiarimento del cliente in merito ai servizi erogati;
- informazioni di ritorno dal cliente relative al servizio, inclusi i reclami;
- relazioni conclusive e in itinere sull'erogazione del servizio ove richieste;

Le SD assicurano ai potenziali utenti informazioni circa le caratteristiche dei percorsi formativi e dei servizi al lavoro svolgendo anche una funzione di prima accoglienza.

ROSG e gli RSG assicurano al sistema cliente informazioni sul sistema di gestione di IAL

DA e AMM assicurano informazioni circa gli adempimenti amministrativi.

Per quanto concerne i rapporti e gli incontri con gli enti finanziatori questi vengono tenuti in conformità all'istruzione IG55-02 *Gestione rapporti e incontri con la PA*.

## 8.3 Progettazione e sviluppo di servizi

L'attività di progettazione è essenzialmente svolta nel caso di attività formative e di servizi al lavoro da impostare ex novo o da modificare in modo significativo; non riguarda invece servizi formativi o per il lavoro già "collaudati", erogabili a fronte di procedure standard già definite.

L'autorizzazione alla progettazione e sviluppo, compresa l'individuazione delle risorse umane a cui affidare i relativi incarichi (es. Responsabile di Progetto – RP), sono di pertinenza di DIR, AD e AM.

Le attività di definizione dei dati di ingresso e progettazione preliminare, sono svolte da RP; le attività di progettazione di dettaglio, sviluppo ed erogazione della formazione e dei servizi per il lavoro sono svolte sotto la responsabilità di CRD. Tutte le attività descritte sono regolate dalle procedure:

- *PG83-01 Attività di progettazione;*
- *PG85-01 Progettazione di dettaglio e coordinamento dei processi di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro*

Tali procedure stabiliscono criteri, modalità e responsabilità per assicurare che RP prima e CRD poi effettuino una pianificazione di dettaglio delle attività di progettazione e sviluppo identificando:

- le fasi del processo di progettazione, sviluppo, erogazione e coordinamento delle attività didattiche e dei servizi per il lavoro;
- le attività di riesame, verifica e validazione appropriate a ciascun progetto;
- le responsabilità relative alle varie attività di progettazione, sviluppo, erogazione e coordinamento.

## 8.4 Controllo dei processi prodotti e servizi forniti dall'esterno (1/2)

DIR/AD hanno stabilito la tipologia degli acquisti che hanno influenza sulla qualità dei servizi erogati, identificandoli in:

- prestazioni professionali esterne;
- attrezzature didattiche, aule, laboratori;

I collaboratori esterni vengono selezionati in base al loro profilo professionale, alle referenze, alla capacità di assolvere la mansione prevista, alle caratteristiche relazionali e rispetto ai requisiti necessari in riferimento al mod ex d.lgs 231/01

I professionisti qualificati da CRD e approvati da DIR/AD, vengono inseriti nell'elenco fornitori qualificati. CRD è incaricato di redigere, a fronte delle caratteristiche della prestazione richiesta e nel rispetto delle leggi vigenti, la lettera di incarico tramite il portale aziendale; la stessa verrà verificata da AMM e sottoscritta da DIR e dal collaboratore esterno.

Per l'approvvigionamento di risorse materiali o di attrezzature didattiche, aule, laboratori, AMM e/o CRD selezionano i fornitori effettuando un'analisi dell'offerta/preventivo (o un sopralluogo nel caso di aule/laboratori) ed esprimendo la relativa valutazione.

Gli ordini ai fornitori vengono autorizzati dalle figure aziendali in possesso delle necessarie autonomie di spesa definite da specifiche procure e riportate nel Manuale dell'Organizzazione.

Nel caso di approvvigionamento di beni e servizi non riconducibili direttamente ad attività didattiche, DIR seleziona i fornitori, effettuando un'analisi dell'offerta/preventivo ed esprime la relativa valutazione, compila la richiesta di approvvigionamento (RdA), disponibile sul portale interno, ed invia la medesima a DA e AD. DA controlla l'offerta riguardo alla sua sostenibilità economica e AD, su parere favorevole di DA, approva la RdA.

## 8.4 Controllo dei processi prodotti e servizi forniti dall'esterno (2/2)

Tutti i fornitori selezionati sono inclusi, sotto la responsabilità di DIR/DG, in una lista dei fornitori suddivisa in 2 categorie:

- risorse umane
- risorse materiali

I fornitori inclusi nella lista sono periodicamente valutati (almeno una volta l'anno) in relazione ai risultati della fornitura.

In occasione del riesame della direzione, sulla base dei risultati delle valutazioni di CRD e AMM , DIR e AD decidono l'eventuale cancellazione dalla lista dei fornitori non idonei.



## 8.5 Produzione ed erogazione del servizio

I Servizi erogati da IAL e i relativi processi sono originati da pratiche consolidate messe a punto sulla base delle esperienze maturate in campo e delle normative in materia di formazione e servizi al lavoro. Tale patrimonio di competenze e conoscenze consente a IAL di erogare Servizi in condizioni controllate e sulla base di quanto qui di seguito esplicitato.

### 8.5.1 Controllo delle attività di produzione ed erogazione dei servizi (1/2)

Le attività di erogazione dei servizi formativi e per il lavoro consistono nel:

- coordinamento ed esecuzione dei processi di erogazione regolati dalla *procedura PG85-01 Progettazione di dettaglio e coordinamento dei processi di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro*
- tenuta sotto controllo dei processi amministrativi attraverso l'applicazione della *procedura PG85-02 Tenuta sotto controllo dei processi amministrativi*.

La Direzione di IAL al fine di assicurare il coordinamento dei processi di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro assicura, sotto la responsabilità di CRD e con la collaborazione dei diversi responsabili di funzione che vengano svolte le attività di:

- programmazione e gestione operativa delle attività di formazione e dei servizi per il lavoro;
- controllo dell'erogazione;
- controllo dell'attività di stage.

## 8.5.1 Controllo delle attività di produzione ed erogazione dei servizi (2/2)

IAL valida i processi di erogazione di servizi per i quali eventuali carenze possono manifestarsi solo dopo che il servizio è stato erogato.

In particolare l'applicazione delle procedure pertinenti nell'ambito del Sistema di Gestione ne ha garantito la validazione in condizioni operative.

IAL prevede comunque che per le attività di progettazione di nuovi servizi o di modifica di quelli esistenti venga effettuata la validazione o la rivalidazione di quelli modificati.

A tal fine IAL fornisce disposizioni in merito:

- al riesame e all'approvazione dei processi di erogazione dei servizi;
- alla qualificazione del personale;
- all'uso di metodi e procedure definite;
- ai requisiti per il controllo e la gestione delle registrazioni;
- al confronto con eventuali altri attori coinvolti nell'erogazione dei servizi (ad esempio centri per l'impiego, imprese, istituzioni e attori locali, ecc.)

## 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

I servizi erogati da IAL sono identificati secondo un preciso codice assegnato e gestito da SG/SD e CRD al quale sono correlate anche le evidenze relative all'effettuazione delle previste attività di monitoraggio e verifica.

La rintracciabilità (dato un servizio sapere chi ne ha usufruito; e viceversa dato un cliente sapere che servizi ha utilizzato) viene assicurata attraverso la correlazione a tale codice ed è gestita da AMM.

### 8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni

IAL garantisce la protezione delle informazioni, delle registrazioni (test e questionari di valutazione) e di ogni altra opera realizzata dagli allievi durante le attività di esercitazione predisponendo adeguate contromisure volte a tutelare la riservatezza, disponibilità e integrità delle informazioni e in ottemperanza alla normativa vigente.

IAL in conformità con quanto prevede la nuova norma considera i dati personali dell'utenza come proprietà del cliente, quindi pone particolare attenzione nella gestione della Privacy ed il rispetto di quanto prescritto all'interno del D.Lgs. 196/2003 e dal regolamento (UE) n. 2016/679 e meglio noto con la sigla GDPR (General Data Protection Regulation) introdotto dall'Unione europea in materia di trattamento dei dati personali e di privacy

È quindi stato redatto il Documento programmatico sulla sicurezza (in conformità all'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 e ai successivi provvedimenti del Garante della Privacy) e la specifica istruzione IG 55-03 Gestione e trattamento dati ai fini Privacy

Sono inoltre state effettuate le nomine come DPO, responsabili e incaricati al trattamento per il personale dell'Organizzazione.

In merito alla Proprietà individuale si fa riferimento agli specifici accordi di collaborazione professionale

## 8.5.4 Preservazione

La Direzione di IAL assicura la conservazione della documentazione relativa ai servizi erogati tramite una sua identificazione (codice) e una sua ordinata archiviazione cartacea o su supporto informatico, in accordo a precisi criteri scritti. La conservazione e salvaguardia degli archivi informatici è basata sull'utilizzo di efficaci antivirus, costantemente tenuti aggiornati da RSI e dagli ASI e su un back up periodico di tutti i files su supporti che vengono conservati in luogo diverso dagli uffici delle sedi, come previsto dalla normativa privacy 196/2003 e in linea con le novità introdotte dal regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR).

La raccolta del materiale relativo al servizio che dev'essere oggetto di archiviazione è assicurata da SD per quanto attiene il materiale didattico e da AMM e SG per il materiale amministrativo e generale. Nel caso FAD o comunque in casi che prevedono la spedizione di materiale didattico al cliente ciò viene fatto sotto la responsabilità di CRD in accordo a modalità idonee ad impedire smarrimenti o deterioramenti.

### 8.5.5 Post consegna

La Direzione di IAL , al fine di assicurare, la corretta tenuta sotto controllo dei processi amministrativi, assicura sotto la responsabilità di DA e con la collaborazione dei responsabili delle funzioni coinvolte che vengano svolte le attività di:

- gestione della contabilità e degli adempimenti normativi, di controllo economico, di rendicontazione delle spese e di gestione amministrativa del personale, come richiesto dalle Linee guida Regionali e dei Bandi di altri canali di finanziamento ed in conformità al proprio modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.lgs 231/01.

Nel caso di attività svolte in ATS la pianificazione, la gestione e il controllo seguono il medesimo iter con l'aggiunta di incontri preliminari, in itinere ed ex-post con i partner per monitorare il percorso formativo/servizio per il lavoro.

## 8.5.6 Controllo delle modifiche

La Direzione di IAL , al fine di assicurare, la corretta tenuta sotto controllo delle modifiche all'erogazione dei servizi conserva le necessarie informazioni documentate, contenenti i risultati dei riesami delle modifiche ed in particolare:

- Azioni necessarie
- Responsabili delle modifiche

## 8.6 Rilascio dei Servizi

IAL effettua misurazioni e monitoraggio delle caratteristiche del servizio in diverse fasi . Tali monitoraggi essenzialmente consistono in:

- misurazioni e monitoraggio in process delle attività di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro, come detto al paragrafo 9.1.;
- misurazioni e monitoraggio delle caratteristiche dell'attività formativa e dei servizi al lavoro una volta che esse si sono concluse (controlli ex – post) effettuati sempre secondo quanto previsto dalla procedura *PG91-03 Monitoraggio in process ed ex post delle attività di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro.*

Per quanto riguarda i controlli sulle attività di docenza o di orientamento esterna CRD, avvalendosi di TUT, esegue e registra il controllo sull'erogazione attraverso l'esame dell'attività e della documentazione prodotta dal docente e dall'orientatore.

I risultati di questi controlli sono utilizzati in fase di rinnovo della qualifica del fornitore.

ROSG e RSG sono responsabili delle attività di misurazione e di monitoraggio qualitativo ex – post.

I controlli di tipo amministrativo vengono effettuati sotto la responsabilità di DA che si avvale di AMM.

La responsabilità dell'approvazione delle metodologie da utilizzare per l'attività di misurazione e di monitoraggio della formazione e dei servizi al lavoro è di DIR/AD.



## 8.7 Controllo degli output non conformi

IAL ha predisposto ed applica, sotto la responsabilità di ROSG e RSG, la procedura **PG87-01**  
*Controllo degli output non conformi*

Tale procedura, applicabile ai servizi non conformi anche dopo l'erogazione, a fronte di reclami, sulle forniture e nel corso degli audit interni, precisa responsabilità e modalità per:

- esame degli output non conformi e assunzione di decisioni relative;
- gestione degli output non conformi ;
- registrazione e documentazione degli output non conformi ;
- valutazione degli output non conformi (analisi e individuazione delle cause);
- esplicitazione delle misure prese e delle attività di riverifica necessarie in caso di modifica dell'attività formativa e dei servizi al lavoro;
- notifica, alle funzioni interessate, degli output non conformi , con suggerimento delle azioni di mitigazione da attuare per evitare il ripetersi di non conformità analoghe;
- azioni relative all'individuazione degli output non conformi rilevati mediante misurazioni e monitoraggio ex – post dell'attività formativa e dei servizi al lavoro.

# 9. Valutazione delle prestazioni

## 9.1.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

IAL pianifica ed attua i processi di monitoraggio, misurazione, analisi e miglioramento necessari a:

- dimostrare la conformità dei servizi offerti;
- assicurare la conformità del Sistema di Gestione;
- migliorare l'efficacia del Sistema di Gestione e del sistema di controllo dei rischi.

A tal fine Ial ha definito cosa è necessario monitorare e misurare e le relative modalità e tempistiche all'interno della PG91-03 *Monitoraggio in process ed ex post delle attività di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro.*

e utilizza delle tecniche statistiche che trovano applicazione nel sistema di reporting riguardante tutti i processi aziendali; tale sistema rappresenta lo strumento per misurare le prestazioni dell'azienda in termini di qualità percepita, erogata, di indicatori di processo e di risultato (specificati nel paragrafo 9.2 *Indicatori di efficacia e di efficienza*) e di efficacia dei controlli.

## 9.1.2 Indicatori di efficacia e di efficienza (1/4)

La Direzione di IAL per garantire il monitoraggio delle prestazioni identificato una serie di indicatori di efficacia e di efficienza.

### Indicatori di processo

| Processo della norma                  | Processo relativo  | Responsabile del Processo | Indicatore  | Soglia minima                                    |
|---------------------------------------|--|---------------------------|---|--|
| <b>Responsabilità della direzione</b> | Realizzazione del programma di sviluppo                          | AD/DG/AM/DIR              | Obiettivi definiti/obiettivi raggiunti                      | Definite dal Comitato di Gestione                |
|                                       | Comunicazione interna  | AD/DG/AM/DIR              | N° ore riunioni informative                                 | Min. 3   |
|                                       | Riesame periodico del S.G.                                       | AD/DG/AM/DIR              | Azioni realizzate efficacemente/numero di azioni intraprese | Definite dal Comitato di Gestione                |
| <b>Gestione delle risorse</b>         | Gestione delle risorse umane e della loro crescita professionale | AD/AM/DIR                 | Ore di formazione effettive/ore di formazione previste      | Definite dal Comitato di Gestione                |
|                                       | Gestione della sicurezza   | AD/AM/RSPP/AD             | N° totale giorni infortunio/anno                            | Inferiore o uguale a quella dell'anno precedente |

## 9.1.2 Indicatori di efficacia e di efficienza (2/4)

| Processo della norma                        | Processo relativo                             | Responsabile del Processo                    | Indicatore  | Soglia minima                     |
|---|---|--|---|-----------------------------------|
| <b>Realizzazione del prodotto/servizio</b>  | Determinazione requisiti generali del mercato | AD/DG/AM/DIR<br>Secondo le direttive del CdA | N° bandi presentati/n° bandi approvati                                | Definite dal Comitato di Gestione |
|   | Valutazione fornitori risorse umane           | AM/DIR/CRD                                   | N° valutazioni positive/n° valutazioni effettuate                     | Definite dal Comitato di Gestione |
|   | Valutazione fornitori risorse materiali       | AM/DIR/CRD                                   | N° valutazioni positive/n° valutazioni effettuate                     | Definite dal Comitato di Gestione |
|   | Erogazione del servizio                       | AM/DIR/CRD                                   | Vd. Tabella Indicatori di attività                                    |                                   |
| <b>Misurazioni, analisi e miglioramento</b> | Monitoraggio della soddisfazione del cliente  | DIR/CRD                                      | N° questionari positivi/n° questionari somministrati                  | 80%                               |
|   | Monitoraggio del S.G.                         | RSG/ROSG                                     | N° audit programmati/n° audit effettuati                              | 80%                               |
|   | Monitoraggi e misurazioni                     | CRD  | Vd. Tabella Indicatori di attività                                    |                                   |
|   | Gestione Azioni Preventive e correttive       | RSG/ROSG                                     | N° azioni correttive chiuse efficacemente/n° azioni correttive aperte | 80%                               |

## 9.1.2 Indicatori di efficacia e di efficienza (3/4)

### Indicatori relativi alle attività formative e dei servizi di orientamento

| Processo della norma   | Processo relativo                             | Responsabile del Processo | Indicatore  | Soglia minima                     |
|--|---|---------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>Realizzazione del prodotto – servizio/ Misurazioni, analisi e miglioramento</b> | Monitoraggi e misurazioni IeFP                | AM/DIR/CRD                | N° figure professionali/anno<br>N° corsi triennali/anno<br>N° corsi quadriennali/anno                       | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   | DIR/CRD                   | N° studenti ad inizio anno/anno   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | N° studenti entrati in corso anno/anno  | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | N° studenti qualificati/non qualificati   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | N° abbandoni/anno   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | Esiti customer  | 80%                               |
|  |   |                           | Esiti occupazionali   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | N° doti in ingresso/n° doti in uscita   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  | Monitoraggi e misurazioni Formazione Continua | AM/DIR/CRD                | N° e tipologia destinatari<br>N° e tipologia aziende<br>N° ore di formazione erogate/anno<br>Esiti customer | Definite dal Comitato di Gestione |

## 9.1.2 Indicatori di efficacia e di efficienza (4/4)

| Processo della norma   | Processo relativo                               | Responsabile del Processo | Indicatore  | Soglia minima                     |
|--|---|---------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>Realizzazione del prodotto – servizio/ Misurazioni, analisi e miglioramento</b> | Monitoraggi e misurazioni Apprendistato         | DIR/CRD                   | N° moduli trasversali/anno<br>N° moduli professionalizzanti/anno<br>N° partecipanti/anno<br>N° imprese invianti risultati questionari di soddisfazione/anno<br>N° doti/anno<br>Esiti customer | Definite dal Comitato di Gestione |
|  | Monitoraggi e misurazioni Servizi al lavoro     | AM/DIR/CRD                | N° e tipologia doti/anno  | 80%                               |
|  |   |                           | Esiti occupazionali   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  | Monitoraggi e misurazioni Formazione Permanente | AM/DIR/CRD                | N° corsi/anno<br>N° partecipanti/anno<br>N° ore corso/anno<br>N° formati/non formati<br>Esiti occupazionali (se pertinente)<br>Esiti customer   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | N° qualificati/non qualificati  | 80%                               |
|  | Ricavi e proventi attività principali           | CdG/DIR/AMM/CRD           | Importi attività principali/Fatturato annuo   | Definite dal Comitato di Gestione |
|  |   |                           | Costi/Ricavi  | Equilibrio economico              |

### 9.1.3 Soddisfazione del cliente

La Direzione di IAL assicura che il grado di soddisfazione del cliente e la sua "fidelizzazione" siano adeguatamente rilevati e analizzati tramite l'opera di CRD che assicura la somministrazione da parte dei Tutor ai partecipanti delle attività formative e dei servizi al lavoro, e alle aziende che hanno collaborato alla realizzazione delle attività, di appositi questionari e provvede poi con la collaborazione dei Tutor ad esaminare, aggregare e diffondere i dati a ROSG/RSG e a DIR alla conclusione di ogni specifica attività.

Per quanto riguarda il "cliente" Regione Lombardia IAL assicura il grado di soddisfazione attraverso un sistema di gestione degli indici predisposti dalla stessa.

I dati raccolti che rappresentano elementi significativi per il "riesame da parte della direzione" e il "bilancio sociale", vengono raccolti ed elaborati in accordo alla procedura *PG91-02 Monitoraggio della soddisfazione del cliente*.

La Direzione, tramite colloqui e incontri svolti in conformità all'istruzione *IG55-01 Gestione rapporti e incontri con la PA*, verifica lo stato di soddisfazione degli attori istituzionali rispetto alle attività dello IAL e ne riferisce al Comitato di Gestione.

### 9.1.4 Analisi e valutazione (1/2)

Al fine di dimostrare l'efficacia e l'adeguatezza del Sistema di gestione ed identificare possibili aree di miglioramento, IAL raccoglie gli indicatori della qualità erogata, percepita e di processo e li analizza. Tale analisi consente tra l'altro di rilevare derive di processo, le loro cause o opportune contromisure al fine di prevenirle.

IAL effettua anche tramite il Portale aziendale l'elaborazione dei dati riguardanti:

- gli indicatori della qualità (di processo e di risultato) previsti dal Sistema di Reporting;
- le non conformità interne ed esterne;
- i risultati degli Audit;
- la valutazioni dei fornitori;
- gli indicatori di efficacia dei controlli;
- la soddisfazione del cliente.



## 9.1.4 Analisi e valutazione (2/2)

AD provvede, con il supporto di RSI e del Comitato di Gestione, alla preparazione del Bilancio Sociale da presentare al CdA e da analizzare in sede di riesame.

In base ai dati raccolti, vengono determinate le modalità di rappresentazione più idonee al fine di determinare azioni correttive e preventive da applicare ai processi del SG. A tale scopo possono essere utilizzati: matrici di posizionamento, tabelle, istogrammi, diagrammi di Pareto, diagrammi «causa-effetto», etc.

Il sistema di reporting è stato progettato sulla base degli indicatori di processo, di risultato identificati attraverso la mappatura dei processi aziendali e degli obiettivi; l'adeguatezza del sistema di reporting e i valori obiettivo (soglia minima) sono rivalutati se necessario in sede del Riesame del Comitato di Gestione. Eventuali richieste di modifica del sistema degli indicatori di processo possono essere avanzate da ogni UO al proprio RSG, nel caso la modifica proposta sia valutata positivamente dal Comitato di Sorveglianza del Sistema di Gestione essa viene sottoposta all'approvazione del Comitato di Gestione e se approvata, diventa operativa per tutte le sedi.

Non possono subire modifiche gli indicatori di efficacia e di efficienza presenti nell'accREDITAMENTO Regionale, se non espressamente ridefinite da Regione Lombardia tramite atti ufficiali.

## 9.2 Audit interni (1/4)

Gli Audit Interni sono lo strumento aziendale per verificare che il SG aziendale adottato sia:

- attuato dalle singole Funzioni e sedi territoriali che, con il loro modo di operare, influenzano la qualità dei processi aziendali e dei servizi erogati;
- efficace in relazione agli obiettivi aziendali e conforme alle norme di riferimento.

Gli audit sono anche finalizzati a determinare se il sistema dei controlli e le procedure del SG:

- sono conformi ai requisiti normativi, cogenti, contrattuali e al modello ex D.lgs 231/01 adottato da IAL
- sono efficaci e mantenuti operativi
- funzionano come previsto

ROSG che in generale è Auditor, deve essere affiancato almeno da un'altra persona. Le persone selezionate devono essere qualificate. La qualificazione avviene a fronte dell'avvenuta partecipazione un corso per auditor che illustri la norma di riferimento e le tecniche di auditing.

L'auditor non deve avere responsabilità diretta in alcuna delle attività svolte nel processo/sottoprocesso auditato e deve essere da esso gerarchicamente indipendente.

## 9.2 Audit interni (2/4)

Le modalità di conduzione degli audit sono di seguito descritti:

- **Programmazione audit**

ROSG stende annualmente un programma di audit interni utilizzando apposito modulo (ModPG92.01-01); il programma deve assicurare che tutti i processi della norma ISO 9001:2015 siano sottoposti a verifica:

- appena possibile dopo la prima applicazione;
- almeno una volta all'anno;

La frequenza delle verifiche deve essere proporzionata all'importanza dell'elemento e deve essere più intensa in fase di prima applicazione. Inoltre deve garantire che sia auditata annualmente almeno una sede per area.

Il programma deve essere approvato da AD.

ROSG inoltre provvede quando si evidenzino esigenze importanti, a promuovere un audit non programmato, avvisando col preavviso possibile (anche nullo) il responsabile del processo/sottoprocesso da auditare.

## 9.2 Audit interni (3/4)

### • **Preparazione e pianificazione audit**

L'auditor è responsabile della pianificazione e dell'esecuzione dell'audit, della stesura e distribuzione della relazione finale, della definizione, formalizzazione, registrazione e verifica delle Non conformità emerse. Nel corso della pianificazione dell'audit, l'auditor provvede a:

- preavvisare con almeno una settimana di anticipo il responsabile del processo/sottoprocesso da auditare, indicando il numero di audit risultante dal programma annuale degli audit
- preparare il notebook dell'audit, utilizzando i moduli ModPG91.01-02 e sulla base delle procedure coinvolte, dei risultati dei precedenti audit, di situazioni contingenti particolari

### • **Esecuzione dell'audit**

L'auditor all'arrivo nel luogo convenuto per l'audit convoca una breve riunione introduttiva con i rappresentanti del processo/sottoprocesso da sottoporre a controllo, nel corso della quale evidenzia:

- argomenti dell'audit;
- programma dell'audit (processi da auditare e tempi);
- orario approssimativo della riunione finale.

L'audit vero e proprio viene condotto utilizzando il notebook ove viene formulata rispetto ad ogni elemento una delle seguenti dizioni:

- conforme; accettabile (elemento da migliorare: si formula una raccomandazione); non conforme (si emette necessariamente una NC);

Nota: nella colonna "Evidenza e Note " vengono riportati riferimenti specifici a documenti esaminati e ad eventuali altri commenti.

## 9.2 Audit interni (4/4)

Qualsiasi "non conformità" riscontrata viene registrata nel Verbale di Audit Mod PGXXX.

L'auditor convoca la riunione finale con i rappresentanti del processo auditato nel corso della quale:

- illustra obiettivamente i risultati dell'audit e in particolare le raccomandazioni;
- descrive le "non conformità" riscontrate;
- concorda la data per la risposta in merito alle "non conformità" riscontrate
- **Preparazione e distribuzione della relazione dell'audit**

L'auditor stende la relazione dell'audit utilizzando il modulo ModPG92.01-03, riportando nella relazione stessa i riferimenti alle NC, agli elementi da migliorare oggetto di ed eventuali osservazioni e raccomandazioni.

La relazione di audit viene vistata dall'auditor e distribuita a cura dell'auditor stesso o di RG secondo una lista che deve comprendere almeno il responsabile del processo/sottoprocesso auditato. La relazione dell'audit può essere manoscritta, purché facilmente leggibile. Affinché sia efficace è importante che sia distribuita al più presto.

Sulla base delle risultanze dell'audit ROSG provvede a archiviare tutti gli originali dei documenti dell'audit.

### **Audit di follow up delle azioni correttive delle non conformità**

L'auditor, una volta concordate le eventuali azioni correttive e la data di loro completamento stabilisce la data dell'audit di verifica delle azioni correttive.

## 9.3 Riesame della Direzione (1/4)

Con periodicità almeno annuale la Direzione riesamina il sistema di gestione per assicurare che esso:

- continui a essere applicato efficacemente;
- sia adeguato a soddisfare la Politica di Sviluppo;
- si mantenga adatto a perseguire gli obiettivi fissati.

Gli elementi in ingresso per il riesame della Direzione sono:

- dati del Bilancio Sociale ed in particolare
  - dati raccolti sulla soddisfazione del cliente;
  - prestazioni dei processi di erogazione del servizio (indicatori) e conformità degli stessi;
- informazioni emerse durante l'audit;
- Feedback provenienti dalle parti interessate dal SG e risultati di misurazione dell'efficacia del sistema;
  - stato delle azioni correttive e non conformità;
  - esito di azioni pianificate nell'ambito di precedenti riesami;
  - impatto di eventuali innovazioni di processo o organizzative sul sistema;
  - suggerimenti per il miglioramento delle prestazioni del sistema;
  - reporting dell'OdV in merito al modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.lgs 231/01
  - Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità di miglioramento

## 9.3 Riesame della Direzione (2/3)

Il ROSG è incaricato di assistere la Direzione in occasione del riesame del sistema, rendendo disponibili i dati necessari.

La Direzione indica le proprie decisioni, in merito ad azioni di miglioramento del sistema di gestione, nel Verbale di Riesame al fine di:

- migliorare l'efficacia del sistema di gestione
- incrementare la soddisfazione del Sistema Cliente migliorando i servizi in funzione dei requisiti del Cliente stesso;
- assicurare che l'Ente disponga delle risorse necessarie per sostenere il miglioramento e raggiungere gli obiettivi prefissati (disponibilità di personale competente e di infrastrutture di supporto idonee).
- individuare la necessità di aggiornamento dell'analisi dei rischi-reato con riferimento al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex. Dlgs 231/01 in vigore;
- evidenziare modifiche al sistema dei controlli previsto dal Modello ex. Dlgs 231/01 al fine di rispondere ad eventuali necessità sorte da eventi interni o esterni;
- perseguire il miglioramento dell'efficacia dei controlli implementati;
- verificare la validità della Politica di Sviluppo e l'attuazione del programma di sviluppo.

Il riesame della direzione è archiviato in formato elettronico sul server di rete aziendale.

## 9.3 Riesame della Direzione (3/4)

Il riesame della Direzione avviene a due livelli:

- riesame della Direzione di Area
- riesame della Direzione generale da parte del Comitato di Gestione

Di seguito la descrizione delle modalità operative:

- **Pianificazione**
  - ROSG/RSG deve predisporre il Piano delle riunioni di riesame prevedendo una frequenza almeno annuale, utilizzando il ModPG93.01-01
  - Sottoporre il Programma all'approvazione di AD/AM
  - Diffondere il Programma ai responsabili di funzione coinvolti
- **Convocazione**
  - La convocazione deve essere comunicata, anche attraverso mail, a cura di ROSG/RSG previa approvazione di AD/AM o direttamente da AD/AM
  - L'ordine del giorno deve comprendere almeno una volta all'anno tutti i punti previsti dal modello ModPG93.01-01 in revisione corrente
- **Effettuazione della riunione**
  - AD/AM, supportato da ROSG/RSG, deve presiedere la riunione considerando i punti all'ordine del giorno e i commenti espressi dai responsabili di funzione e stabilire azioni da intraprendere, relativi tempi e responsabilità



## 9.3 Riesame della Direzione (4/4)

- **Verbalizzazione e diffusione dei risultati**

ROSG/RSG deve :

- predisporre il verbale della riunione evidenziando azioni decise, tempistiche e responsabilità assegnate
- Sottoporre il verbale all'approvazione di AD/AM
- Provvedere a pubblicare il verbale sulla intranet aziendale nell'apposita sezione

I risultati del riesame devono comprendere azioni relative al miglioramento del Sistema di Gestione e dei suoi processi, al miglioramento dei prodotti/servizi, a necessità di risorse ed alla rivalutazione dei fornitori.

## 10 Miglioramento

### 10.1 Generalità

Il miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione è garantito da una sistematica rivalutazione della politica, degli obiettivi della qualità e del sistema dei controlli sulla base di:

- risultati degli audit;
- report statistici relativi agli indicatori;
- programma di Customer Satisfaction;
- azioni correttive e preventive;
- indicazioni emerse in sede di riesame della direzione
- reporting dell'OdV

### 10.2 Non conformità e Azioni Correttive

ROSG e RSG, in collaborazione con il Responsabile della funzione interessata, definisce le azioni correttive necessarie a rimuovere le cause di non conformità riscontrate ed evitare che si ripetano.

Le azioni correttive sono attuate come descritto nella procedura PG100-01 *Non conformità e Azioni Correttive*

In caso di non Conformità organizzative e sul Sistema dei Controlli IAL prevede in questa categoria tutte le non conformità non collegabili direttamente ad un servizio erogato e rientranti nelle seguenti tipologie:

- processi del SG e relativa documentazione;
- prassi operative adottate per realizzare i servizi (ad esempio informazione non trasmessa, oppure trasmessa in ritardo, etc.);
- competenza del personale;
- relative al sistema dei controlli previsti dal Modello ex D.lgs 231/01.

Per tali non conformità, la risoluzione è rappresentata principalmente da una azione correttiva (AC) e la relativa gestione come negli altri casi è descritta nella sopracitata procedura

### 10.3 Miglioramento continuo

Ial deve considerare i risultati dell'analisi e valutazione e gli output del Riesame per determinare esigenze o opportunità per il miglioramento continuo

## Allegato 1: Indice delle procedure e istruzioni del sistema di gestione (1/3)

| Procedure | Oggetto  |
|-----------|--|
| PG75-01   | Gestione controllata della documentazione  |
| PG75-02   | Informazioni documentata del sistema di gestione   |
| PG72-01   | Gestione delle risorse umane interne   |
| PG82-01   | Determinazione, analisi e riesame dei fabbisogni formativi e/o dei servizi al lavoro                           |
| PG83-01   | Attività di progettazione  |
| PG84-01   | Gestione dell'approvvigionamento   |
| PG85-01   | Progettazione di dettaglio e coordinamento dei processi di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro |
| PG85-02   | Tenuta sotto controllo dei processi amministrativi   |
| PG87-01   | Controllo degli output non conformi  |

## Allegato 1: Indice delle procedure e istruzioni del sistema di gestione (2/3)

| Procedure  | Oggetto  |
|------------|--|
| PG91-02    | Monitoraggio della soddisfazione del cliente   |
| PG91-03    | Monitoraggio in process ed ex post delle attività di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro |
| PG93-01    | Riesame da parte della direzione   |
| PS02       | Gestione contratti d'appalto   |
| PG100-01   | Non conformità e azioni correttive   |
| Istruzioni | Oggetto  |
| IG55-01    | Gestione visite ispettive organismi di controllo della pubblica amministrazione                          |
| IG55-02    | Gestione rapporti e incontri con la PA   |
| IG55-03    | Gestione e trattamento dati ai fini privacy  |
| IG75-01    | Gestione dell'Accreditamento e autorizzazioni  |
| IG75-02    | Accreditamento ECM- Gestione del processo  |

## Allegato 1: Indice delle procedure e istruzioni del sistema di gestione (3/3)

| Istruzioni | Oggetto   |
|------------|---|
| IG85-01    | Modalità operative per la certificazione delle competenze                               |
| IG85-02    | Modalità operative per la gestione delle attività contabili e di gestione del personale |
| IG85-03    | Gestione pagamenti e incassi  |
| IG85-04    | Gestione tirocini curriculari ed extracurriculari                                       |
| IG 91-03   | Gestione flussi informativi verso OdV   |
| PS-02      | Gestione contratti d'appalto  |

## Allegato 2: Abbreviazioni interne della documentazione e relative definizioni

|       |   |
|-------|---|
| CDA   | Consiglio d'Amministrazione                               |
| PRE   | Presidente  |
| AD    | Amministratore Delegato                                   |
| CdG   | Comitato di Gestione                                      |
| DG    | Direttore Generale  |
| DA    | Direttore Amministrativo                                  |
| AM    | Area Manager  |
| CSSG  | Comitato di Sorveglianza del Sistema di Gestione          |
| ROSG  | Responsabile Organizzazione e Sistema di Gestione         |
| RSPP  | Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione            |
| ASPP  | Addetto Servizio Prevenzione e Protezione                 |
| PER   | Amministrazione del Personale                             |
| RSI   | Responsabile dei Sistemi Informativi                      |
| ASI   | Amministratore Sistema Informatico (di sede territoriale) |
| DIR   | Direttore di sede   |
| RCC   | Responsabile Certificazione Competenze                    |
| RRCF  | Responsabile Riconoscimento Crediti Formativi             |
| RA    | Referente Accreditamento                                  |
| RSG   | Referente Sistema di Gestione                             |
| CDG   | Comitato di gestione                                      |
| RP    | Responsabile di Progettazione                             |
| RC    | Referente della Comunicazione                             |
| CRD   | Coordinatore  |
| TUT-O | Tutor Orientamento  |
| TUT-F | Tutor Formativo   |
| SD    | Segreteria Didattica                                      |
| ACC   | Accoglienza   |
| DOC   | Docente   |
| AMM   | Amministrazione   |
| AUS   | Ausiliario  |

Il contenuto del presente documento costituisce materiale riservato e soggetto a copyright. Ogni violazione sarà perseguita ai sensi di legge. L'ambito di diffusione è definito nel frontespizio. Manuale SG rev. 19

## Allegato 3: Transcodifica (1/3)

| Procedure ISO 9001: 2008 | Procedure ISO 9001: 2015 | Oggetto  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| PG42-01                  | PG75-01                  | Gestione controllata della documentazione  |
| PG42-02                  | PG75-02                  | Informazioni documentata del sistema di gestione   |
| PG53-01                  | PG52-01                  | Politica e programma di sviluppo   |
| PG62-01                  | PG72-01                  | Gestione delle risorse umane interne   |
| PG72-01                  | PG82-01                  | Determinazione, analisi e riesame dei fabbisogni formativi e/o dei servizi al lavoro                           |
| PG73-01                  | PG83-01                  | Attività di progettazione  |
| PG74-01                  | PG84-01                  | Gestione dell'approvvigionamento   |
| PG75-01                  | PG85-01                  | Progettazione di dettaglio e coordinamento dei processi di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro |
| PG75-02                  | PG85-02                  | Tenuta sotto controllo dei processi amministrativi   |
| PG83-01                  | PG87-01                  | Controllo degli output non conformi  |



## Allegato 3: Transcodifica (2/3)

| Procedure ISO 9001: 2008 | Procedure ISO 9001: 2015 | Oggetto  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| PG81-01                  | PG91-01                  | Indicatori di efficacia e di efficienza  |
| PG82-01                  | PG91-02                  | Monitoraggio della soddisfazione del cliente   |
| PG82-03                  | PG91-03                  | Monitoraggio in process ed ex post delle attività di erogazione della formazione e dei servizi al lavoro |
| PG82-02                  | PG92-01                  | Audit interni  |
| PG56-01                  | PG93-01                  | Riesame da parte della direzione   |
| PS02                     | PS02                     | Gestione contratti d'appalto   |
| PG85-02                  | PG100-01                 | Non conformità e azioni correttive   |
| IG75-02                  | IG 85-02                 | Modalità operative per la gestione delle attività contabili e di gestione del personale                  |
| IG82-01                  | IG 91-03                 | Gestione flussi informativi verso OdV  |

## Allegato 3: Transcodifica (3/3)

| Istruzioni ISO 9001: 2008 | Istruzioni ISO 9001: 2015 | Oggetto   |
|---------------------------|---------------------------|---|
| IG55-01                   | IG55-01                   | Gestione visite ispettive organismi di controllo della pubblica amministrazione |
| IG72-01                   | IG55-02                   | Gestione rapporti e incontri con la PA  |
|                           | IG 55-03                  | Gestione e trattamento dati ai fini Privacy                                     |
| IG42-01                   | IG75-01                   | Gestione dell'Accreditamento e autorizzazioni                                   |
|                           | IG75-02                   | Accreditamento ECM- Gestione del processo                                       |
| IG75-02                   | IG85-01                   | Modalità operative per la certificazione delle competenze                       |
| IG75-03                   | IG 85-03                  | Gestione pagamenti e incassi  |
|                           | IG 85-04                  | Gestione tirocini curriculari ed extracurriculari                               |
| IG82-01                   | IG 91-03                  | Gestione flussi informativi verso OdV   |