



**I.I.S. SELLA AALTO LAGRANGE**

Via Montecuccoli, 12 - Torino  
Tel. 011.54.24.70 - tois037006@istruzione.it  
C.F. 97666960014

UNI EN ISO 9001:2015



SISTEMA DI GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
n. 26500

# MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

redatto secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015

COPIA CONTROLLATA <b>Rev. n.00</b>	emessa il <b>30/06/2020</b>
Distribuita con la seguente modalità: pubblicazione sul sito web il	<b>30/06/2020</b>
APPROVAZIONE  _____ <i>Dirigente scolastico</i>	EMISSIONE  _____ <i>RSGQ</i>

# INDICE GENERALE

## 0. PREMESSE

- 0.1 *Introduzione*
- 0.2 *Presentazione*
  - 0.2.1 *Sito Miur – Unità di Vertice*
  - 0.2.2 *Descrizione del Sito delle istituzioni scolastiche*

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

- 1.1 *Scopo e campo di applicazione*
  - 1.1.1 *Scopo di certificazione per il sistema UNI EN ISO 9001*
  - 1.1.2 *Campo di applicazione*
- 1.2 *Esclusioni*
- 1.3 *Gestione Manuale Qualità*
  - 1.3.1 *Distribuzione*
  - 1.3.2 *Revisione e aggiornamento*

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 2.1 *Normativa cogente*
  - 2.1.1 *Normativa scolastica*
  - 2.1.2 *Normativa generale pubblicitica*
  - 2.1.3 *Normativa settore formazione marittima*
  - 2.1.4 *Norme contrattuali*
- 2.2 *Normativa Volontaria*
- 2.3 *Documentazioni Interne*

## 3. ACRONIMI, TERMINI e DEFINIZIONI

- 3.1 *Acronimi*
- 3.2 *Termini*

## 4. CONTESTO DELL'IIS SELLA AALTO LAGRANGE

- 4.1 *L'Organizzazione e il suo contesto*
  - 4.1.1 *Definizione del contesto*
- 4.2 *Esigenze e aspettative delle parti interessate*
- 4.3 *Campo di applicazione del Sistema di gestione per la qualità*
- 4.4 *Sistema di gestione per la qualità e relativi processi*

## 5. LEADERSHIP

- 5.1 *Leadership e impegno*
  - 5.1.1 *Generalità*
  - 5.1.2 *Focalizzazione sull'utente*
- 5.2 *Politica*
  - 5.2.1 *Stabilire la Politica per la Qualità*
  - 5.2.2 *Comunicare la Politica per la Qualità*
- 5.3 *Ruoli, responsabilità, autorità*

## 6. PIANIFICAZIONE

- 6.1 *Azioni per affrontare rischi e opportunità*
- 6.2 *Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento*
- 6.3 *Pianificazione delle modifiche*

## 7. SUPPORTO

- 7.1 *Risorse*
  - 7.1.1 *Generalità*
  - 7.1.2 *Persone*
  - 7.1.3 *Infrastrutture*
  - 7.1.4 *Ambiente per il funzionamento dei processi*
  - 7.1.5 *Risorse per il monitoraggio e la misurazione*

7.1.6 *Conoscenza organizzativa*

- 7.2 *Competenza*
- 7.3 *Consapevolezza*
- 7.4 *Comunicazione*
- 7.5 *Informazioni documentate*
  - 7.5.1 *Generalità*
  - 7.5.2 *Creazione e aggiornamento*
  - 7.5.3 *Controllo delle informazioni documentate*

## **8. ATTIVITA' OPERATIVE**

- 8.1 *Pianificazione e controllo operativi*
  - 8.1.1 *Processi affidati a terzi*
- 8.2 *Requisiti del servizio*
  - 8.2.1 *Comunicazione con il cliente*
  - 8.2.2 *Determinazione dei requisiti relativi al servizio*
  - 8.2.3 *Riesame dei requisiti relativi al servizio*
  - 8.2.4 *Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi*
- 8.3 *Progettazione e sviluppo del servizio*
  - 8.3.1 *Generalità*
  - 8.3.2 *Pianificazione della progettazione e sviluppo*
  - 8.3.3 *Input alla progettazione e sviluppo*
  - 8.3.4 *Controlli della progettazione e sviluppo*
  - 8.3.5 *Output della progettazione e sviluppo*
  - 8.3.6 *Modifiche della progettazione e sviluppo*
- 8.4 *Controllo dei processi, prodotto e servizi forniti dall'esterno*
  - 8.4.1 *Generalità*
  - 8.4.2 *Tipo ed estensione del controllo*
  - 8.4.3 *Informazioni ai fornitori esterni*
- 8.5 *Erogazione dei servizi*
  - 8.5.1 *Controllo dell'erogazione dei servizi*
  - 8.5.2 *Identificazione e rintracciabilità*
  - 8.5.3 *Proprietà che appartengono agli utenti o altre parti interessate o ai fornitori esterni*
  - 8.5.4 *Preservazione*
  - 8.5.5 *Attività post-consegna*
  - 8.5.6 *Controllo delle modifiche*
- 8.6 *Rilascio dei servizi*
- 8.7 *Controllo degli output non conformi*

## **9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

- 9.1 *Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione*
  - 9.1.1 *Generalità*
  - 9.1.2 *Soddisfazione del cliente*
  - 9.1.3 *Analisi e valutazione*
- 9.2 *Audit interno*
- 9.3 *Riesame di Direzione*
  - 9.3.1 *Generalità*
  - 9.3.2 *Input al riesame di Direzione*
  - 9.3.3 *Output del riesame di Direzione*

## **10. MIGLIORAMENTO**

- 10.1 *Generalità*
- 10.2 *Non conformità e azioni correttive*
- 10.3 *Miglioramento continuo*

## Matrice di correlazione ISO 9001:2008 vs ISO 9001:2015

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>1. Scopo</b>	<b>1. Scopo</b>	
1.1 Generalità	1 Scopo e campo di applicazione	Manuale Qualità
1.2 Applicazione	4.3 Determinare il campo di applicazione del SGQ	Manuale Qualità
4. Sistema di Gestione per la Qualità	4. Contesto dell'Organizzazione L'Organizzazione e il suo contesto Le esigenze e le aspettative delle parti interessate	Analisi del sito - All. 2 Valutazione dei rischi RAV Riesame della direzione
4. Sistema di Gestione per la Qualità	4.4 Sistema di Gestione per la Qualità e i relativi processi	Manuale qualità
4.1 Requisiti generali	4.4 Sistema di Gestione per la Qualità e suoi processi	Manuale qualità Schede processi - All. 3 Flusso interazione processi
<b>4.2 Requisiti relativi alla documentazione</b>	<b>7.5 Informazioni documentate</b>	
4.2.1 Generalità	7.5.1 Generalità	PG 04.02 - Informazioni Documentate
4.2.2 Manuale della Qualità	4.3 Definizione dello scopo del Sistema di Gestione per la Qualità 7.5.1 Generalità 4.4 Sistema di Gestione per la Qualità e i suoi processi	Manuale qualità Schede processi - All. 3 Flusso interazione processi
4.2.3 Tenuta sotto controllo dei documenti	7.5.2 Redazione e aggiornamento 7.5.3 Tenuta sotto controllo delle informazioni documentate	PG 04.02 - Informazioni Documentate
4.2.4 Tenuta sotto controllo delle registrazioni	7.5.2 Creazione e aggiornamento 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	PG 04.02 - Informazioni Documentate

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>5. Responsabilità della Direzione</b>	<b>5. Leadership</b>	
5.1 Impegno della Direzione	5.1 Leadership e impegno 5.1.1 Generalità	Organigramma / funzionigramma - All. 5
5.2 Orientamento al cliente	5.1.2 Focalizzazione sul cliente	PTOF Regolamenti della scuola Patto di corresponsabilità
5.3 Politica per la qualità	5.2 Politica 5.2.1 Stabilire la Politica per la Qualità 5.2.2 Comunicare la Politica per la Qualità	Politica della qualità - All. 4 Comunicazioni interne
5.4 Pianificazione	6 Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità	PTOF Analisi del sito - All. 2 Piano di miglioramento
5.4.1 Obiettivi per la qualità	6.2 Obiettivi per la Qualità e pianificazione per il loro conseguimento	Obiettivi per la qualità Piano di miglioramento
5.4.2 Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità	5.3 Ruoli, responsabilità e autorità 6 Pianificazione 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità 6.3 Pianificazione delle modifiche	Organigramma/funzionigramma - All. 5 Incarichi Curriculum vitae RAV Analisi del sito - All. 2 Valutazione dei rischi - All.2bis Piano di miglioramento Obiettivi per la qualità - All. 4
5.5.1 Responsabilità ed autorità	5.3 Ruoli, responsabilità autorità	Organigramma/funzionigramma - All. 5
5.5.2 Rappresentante della Direzione	Incarico non più obbligatorio 5.3 Ruoli, responsabilità autorità nell'Organizzazione	
5.5.3 Comunicazione interna	7.4 Comunicazione	Gestione comunicazioni interne ed esterne
5.6 Riesame di Direzione	9.3 Riesame di Direzione	Riesame della Direzione
5.6.1 Generalità	9.3.1 Generalità	
5.6.2 Elementi in ingresso per il riesame	9.3.2 Input al Riesame di Direzione	Riesame della Direzione RAV Audit interni Esiti progettazione anni precedenti
5.6.3 Elementi in uscita dal riesame	9.3.3 Output al Riesame di Direzione	Riesame della Direzione Piano di miglioramento

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>6. Gestione delle risorse</b>	<b>7. Supporto</b> <b>7.1 Risorse</b>	
6.1 Messa a disposizione delle risorse	7.1.1 Generalità 7.1.2 Persone	Organigramma/funzionigramma - All. 5
6.2 Risorse umane	7.2 Competenza	
6.2.1 Generalità	7.2 Competenza	Piano di formazione Curriculum vitae formato europeo PG 04.02 - Informazioni documentate
6.2.2 Competenza, formazione addestramento e consapevolezza	7.2 Competenza 7.3 Consapevolezza	Politica qualità - All. 4 Obiettivi qualità - All. 4 Gestione delle comunicazioni interne relative al SGQ Piano di formazione
6.3 Infrastrutture	7.1.3 Infrastrutture	PG 04.01 - Infrastrutture Istruzioni/formazione sicurezza Manutenzione laboratori
6.4 Ambiente di lavoro	7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	DVR/Valutazione stress correlato Istruzioni/formazione sicurezza Incarichi

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>7. Realizzazione del prodotto</b>	<b>7. Attività operative</b>	
7.1 Pianificazione della realizzazione del prodotto	8.1 Pianificazione e controllo operativi	Flussi progettazione / erogazione / validazione Registro di classe e docenti
7.2 Processi relativi al cliente	8.2 Requisiti per i prodotti e servizi	
7.2.1 Determinazione dei requisiti relative al prodotto	8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	PTOF Programma annuale Piano di miglioramento
7.2.2 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti	8.2.3 Riesame dei requisiti relative ai prodotti e servizi 8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi	PTOF Piano di miglioramento
7.2.3 Comunicazione con il cliente	8.2.1 Comunicazione con il cliente	PTOF Patto di corresponsabilità Reclami Questionari
7.3 Progettazione e sviluppo	8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi	
7.3.1 Pianificazione della progettazione e sviluppo	8.3.1 Generalità 8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo	PG 06.01 - Progettazione del servizio
7.3.2 Elementi in ingresso della progettazione e sviluppo	8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo	PG 06.01 - Progettazione del servizio Validazione progettazione anni precedenti Analisi del sito - All. 2 Riesame della direzione
7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e sviluppo	8.3.5 Output della progettazione e sviluppo	PG 06.01 - Progettazione del servizio Programmazioni di dipartimento
7.3.4 Riesame della progettazione e sviluppo	8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	PG 06.01 - Progettazione del servizio Esiti scrutini Esiti INVALSI Esiti Esame di Stato Audit interni Registri classe e docente Verbali organi collegiali Riesame della progettazione
7.3.5 Verifica della progettazione e sviluppo	8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	PG 06.01 Progettazione del servizio Esiti scrutini Esiti INVALSI Esiti esame di stato Audit interni Registri classe e docente Verbali organi collegiali Verifica della progettazione

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>7. Realizzazione del prodotto</b>	<b>8. Attività operative</b>	
7.3.6 Validazione della progettazione e sviluppo	8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	PG 06.01 - Progettazione del servizio PG 06.01 - Progettazione del servizio Esiti scrutini Esiti INVALSI Esiti Esame di Stato Audit interni Registri classe e docente Verbali organi collegiali Validazione pre-erogazione Validazione post-erogazione
7.3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e sviluppo	8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo 8.5.6 Controllo delle modifiche	PG 06.01 - Progettazione del servizio Verbali organi collegiali Programmazioni di dipartimento
7.4 Approvvigionamento	8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno	
7.4.1 Processo di approvvigionamento	8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno 8.4.1 Generalità 8.4.2 Tipo ed estensione dei controlli	PG 07.01 - Approvvigionamento Albo fornitori Qualificazione dei fornitori
7.4.2 Informazioni relative all'approvvigionamento	8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni	PG 07.01 - Approvvigionamento Comunicazioni esterne
7.4.3 Verifica del prodotto approvvigionato	8.4.2 Tipo ed estensione del controllo 8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni 8.6 Rilascio di prodotti e servizi	PG 07.01 - Approvvigionamento Verbale di collaudo
7.5 Produzione ed erogazione del servizio	8.5 Produzione ed erogazione dei servizi	PG 08.01 - Erogazione del servizio
7.5.1 Tenuta sotto controllo della produzione e dell'erogazione del servizio	8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi 8.5.5 Attività post-consegna	PG 08.01 - Erogazione del servizio Programmazioni di dipartimento Registro di classe e del docente Verifiche didattiche
7.5.2 Validazione dei processi di produzione e di erogazione del servizio	8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi	PG 08.01 - Erogazione del servizio Prove parallele Verifiche intermedie e finali Esiti scrutini
7.5.3 Identificazione e rintracciabilità	8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	
7.5.4 Proprietà del cliente	8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni	
7.5.5 Conservazione del prodotto	8.5.4 Preservazione	
7.6 Tenuta sotto controllo delle apparecchiature di monitoraggio e di misurazione	7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione 7.1.5.1 Generalità 7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni	Registri di classe e del docente Questionari di gradimento



ISO 9001:2008	ISO 9001:2015	Informazioni documentate fondamentali
<b>8. Misurazione, analisi e miglioramento</b>	<b>9. Valutazione delle prestazioni</b> <b>9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione</b>	
8.1 Generalità	9.1.1 Generalità	
8.2 Monitoraggio e misurazione	9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	Esiti monitoraggi
8.2.1 Soddisfazione del cliente	9.1.2 Soddisfazione del cliente	Questionari
8.2.2 Audit interno	9.2 Audit interno	PG 09.01 - Procedura audit interni Pianificazione audit Incarichi auditor Piani di audit Rapporti di audit
8.2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi	9.1.1 Generalità	
8.2.4 Monitoraggio e misurazione del prodotto	8.6 Rilascio di prodotti e servizi	Verbali organi collegiali Esiti degli scrutini intermedi e finali Questionari
8.3 Tenuta sotto controllo del prodotto non conforme	8.7 Controllo degli output non conformi	PG 10.01 - Procedura non conformità e azioni correttive Riesame della direzione
8.4 Analisi dei dati	9.1.3 Analisi e valutazione	Riesame della Direzione RAV Esiti monitoraggi
<b>8.5 Miglioramento</b>	<b>10 Miglioramento</b>	
8.5.1 Miglioramento continuo	10.1 Generalità 10.3 Miglioramento continuo	Piano di miglioramento
8.5.2 Azioni correttive	10.2 Non conformità e azioni correttive	PG 10.01 - Procedura non conformità e azioni correttive
8.5.3 Azioni preventive	6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità 10.3 Miglioramento continuo	Valutazione del rischio - All.2 bis Piano di miglioramento

# SEZIONE 0

## PREMESSA

### 0.1 INTRODUZIONE

Il Manuale del sistema di gestione qualità (MSGQ) è il documento che definisce e descrive il Sistema. Il presenta MSGQ è redatto tenuto conto dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il MSGQ, assume per il Sistema la funzione di Linea Guida e configura l'IIS *Sella Aalto Lagrange*, ai diversi livelli, come indicato nella sezione 0 con conseguenti processi, obiettivi, responsabilità.

### 0.2 PRESENTAZIONE

Il Sistema *Qualità* si ispira ai seguenti principi:

- Il servizio erogato è orientato alla soddisfazione dei bisogni e delle aspettative degli studenti e delle famiglie e delle altre parti interessate;
- I processi, le azioni e le attività sono diretti a garantire gli standard fissati nel SGQ e, sulla base dei risultati ottenuti, ad accrescere il livello di percezione della qualità del servizio;
- la cultura della qualità deve favorire il coinvolgimento di tutto il personale, anche attraverso la formazione continua e la valorizzazione e lo scambio delle competenze professionali, e deve essere orientata al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio.

#### 0.2.1 – Descrizione del Sito dell'istituzione scolastica

Denominazione: Istituto di istruzione superiore “**Sella Aalto Lagrange**”

Sede Legale Via Montecuccoli 12 - Torino

Sede Aggregata Via Braccini 11 – Torino

Sede Aggregata Via Genè 14 – Torino

Cod. Fiscale 97666960014

N° tel 011.542470

Sito web: <https://www.sellaaaltolagrange.edu.it>

PEO: [tois037006@istruzione.it](mailto:tois037006@istruzione.it)

PEC: [tois037006@pec.istruzione.it](mailto:tois037006@pec.istruzione.it)

1. Sede SELLA - via Montecuccoli 12 (ITE- Afm, Rim; attualmente non utilizzata per lavori di ristrutturazione per cui le classi sono ospitate nella sede di via Braccini)
2. Sede AALTO - via Braccini 11 (CAT corso diurno e serale e Sistema Moda)
3. Sede LAGRANGE - via Genè 14 (IP e ITE Turismo – corsi diurni e serali)

L'I.I.S. “Sella Aalto Lagrange” offre agli studenti del territorio i seguenti indirizzi e percorsi di studio, in linea con il riordino degli istituti Superiori secondo lo schema di regolamento del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:

**ISTRUZIONE TECNICA - SETTORE ECONOMICO - Indirizzo “Amministrazione, Finanza e Marketing”**

**ISTRUZIONE TECNICA - SETTORE ECONOMICO - Indirizzo “Turismo”**

**ISTRUZIONE TECNICA - SETTORE TECNOLOGICO - Indirizzo “Costruzioni, Ambiente e Territorio”**

**ISTRUZIONE TECNICA - SETTORE TECNOLOGICO - Indirizzo “Sistema moda”**

**ISTRUZIONE PROFESSIONALE - Indirizzo “Servizi commerciali”**

**ISTRUZIONE PROFESSIONALE - Indirizzo “Servizi per la sanità e l'assistenza sociale”**

**ISTRUZIONE PROFESSIONALE - Indirizzo “Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: Ottico”**

A conclusione del loro percorso di studio gli studenti dovranno aver acquisito, oltre alle competenze previste per tutti gli Istituti tecnici e Istituti professionali, le competenze inerenti allo specifico piano di studi.

*L'Istituto vede svolgere la sua attività in tre plessi scolastici che, pur essendo separati, sono collegati tra loro attraverso la definizione, nei dipartimenti disciplinari con ricaduta nei vari Consigli di Classe, di strategie didattico-metodologiche condivise.*

*Tutti i molteplici indirizzi che caratterizzano l'Istituto sono volti a promuovere:*

- *consapevolezza d'interessi ed attitudini che valorizzino le risorse personali;*
- *capacità di autodeterminarsi e di progettare il proprio futuro.*

*Alla conclusione dell'itinerario formativo lo studente:*

- *collega ambiti o tematiche diverse con un approccio critico*
- *padroneggia linguaggi, concetti, metodi e procedure nelle specifiche aree disciplinari;*
- *si pone in relazione a diversi ambiti socio - culturali ed artistici con una comunicazione chiara, strutturata e diversificata (relazioni, commenti, discussioni, realizzazione ed illustrazione di schemi, analisi di testi, ecc.);*
- *organizza le attività di studio e di lavoro in maniera sistematica;*
- *interagisce con culture diverse dalla propria e comunica in almeno una lingua straniera europea;*
- *sa trovare soluzioni nuove e personalizzate in contesti culturali differenziati, socialmente complessi, utilizzando in modo autonomo e creativo conoscenze, abilità e tecnologie*

*La scuola è Istituto capofila della RETE ARCHIVI.*

*La scuola ha ampliato nel tempo una ricca rete di partnership con Enti pubblici, e soggetti privati, allo scopo di rafforzare e legare la propria offerta formativa alle dinamiche di un tessuto economico e sociale in continua trasformazione, mantenendo rapporti con gli enti istituzionali di riferimento, i referenti delle Associazioni di categoria territoriali, la Camera di Commercio provinciale, le Associazioni di volontariato e di promozione sociale, gli istituti bancari territoriali, Fondazioni a carattere nazionale, altre istituzioni scolastiche provinciali con le quali ha stretto rapporti di partenariato su progetti specifici.*

*Le sedi scolastiche dell'I.I.S. "Sella Aalto Lagrange" sono facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici anche da alunni provenienti dalla cintura di Torino per la prossimità alla stazione ferroviaria di porta Susa (Sella – Aalto) e alla Autostazione di via Fiocchetto.*

*La scuola è in grado di fornire agli utenti laboratori all'avanguardia, rinnovati e allestiti grazie al finanziamento ottenuto con l'approvazione del progetto PROFLAB.5.0 presentato in seguito ad Avviso FESR 37944 del 12 dicembre 2017; Asse II – Infrastrutture per l'istruzione – Fondo Europeo per lo sviluppo regionale (FESR). Azione 10.8.1 – Interventi infrastrutturali per l'innovazione tecnologica, laboratori di settore e per l'apprendimento delle competenze chiave. Sottoazione 10.8.1.B2 – laboratori professionalizzanti e per i licei artistici e per i laboratori professionali.*

*Grazie alle economie di gestione realizzate con gli altri sette progetti finanziati con la partecipazione ai bandi PON FSE è stata incrementata la quantità di lavagne interattive multimediali nelle aule e nei laboratori per consentire di sviluppare metodologie didattiche alternative e di favorire l'apprendimento degli alunni con BES. Il continuo aggiornamento della strumentazione è frutto di una politica economica attenta ai bisogni della popolazione scolastica e di una accorta partecipazione ai diversi progetti proposti dal territorio, scegliendo di partecipare a quelli ritenuti più qualificati e qualificanti. La scuola orienta la propria azione alla soddisfazione dell'utenza, intesa nel senso più ampio di "Sistema Cliente".*

*Per questo motivo la Leadership si propone unità di intenti e di indirizzo quale strumento per facilitare lo sviluppo di un ambiente che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi comuni. La scuola ha incentivato e incentiva la partecipazione dei docenti a gruppi di lavoro per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTOF, ha promosso e promuove l'utilizzo di modalità didattiche innovative e la collaborazione tra i docenti al fine di ottimizzare le competenze e le professionalità evidenziate sia tramite i curricula presentati dal personale per accedere ai ruoli definiti dai progetti europei. Diversi docenti, inoltre, vantano esperienze nel mondo della ricerca universitaria oppure della libera professione e questo favorisce un continuo aggiornamento dei contenuti disciplinari che ovviamente va articolato in una sintesi coerente con le diverse abilità degli studenti.*

*Le strategie didattiche attivate hanno consentito, nel medio periodo, di contenere sensibilmente il numero delle ripetenze specie nel primo anno.*

*Da un'attenta analisi dei risultati dell'autovalutazione in relazione agli esiti degli studenti, appare imprescindibile, in tutta coerenza con la finalità di rafforzare uno dei processi chiave di ogni istituzione scolastica cioè quello di apprendimento/insegnamento, continuare ad intervenire sugli esiti del primo biennio, innalzandone il livello del successo formativo. L'individuazione di tale priorità significherà impegnarsi, da parte dell'istituzione scolastica, nello sforzo di rivedere, trasformare e innovare approcci e metodologie didattiche più consone alla tipologia di utenza presente, oltre a mettere in campo forme di orientamento e riorientamento in itinere, soprattutto nel primo biennio, in forte connessione e condivisione con*

*le attività di orientamento delle scuole secondarie di primo grado del territorio, allo scopo di consentire agli studenti e alle loro famiglie di effettuare scelte ponderate e maggiormente consapevoli delle specificità curriculari dei vari indirizzi di studio offerti dall'istituzione scolastica.*

*Gli obiettivi di processo individuati e realizzabili in un arco di tempo ravvicinato intendono, tramite alcune azioni strategiche realmente attivabili e verificabili in itinere, contrastare alcuni esiti negativi che l'autovalutazione ha messo in evidenza.*

*In particolare un'azione di progettazione disciplinare curricolare comune, consentirà di uniformare e consolidare tramite standard condivisi l'azione formativa dei docenti.*

*In parallelo un Piano di continuità/orientamento in stretto contatto con le scuole medie e in particolare con le figure degli orientatori all'interno di esse, permetterà di favorire una migliore conoscenza delle specificità curriculari e disciplinari che la scuola prevede, consentendo agli studenti e alle loro famiglie di scegliere con maggiore consapevolezza la scuola superiore, maggiormente consapevoli delle opportunità e delle precondizioni necessarie, in fatto di competenze richieste in entrata alla positiva frequenza del corso di studi. A sostegno dell'azione formativa sarà importante altresì intervenire tramite un arricchimento formativo ricorrente da parte dei docenti, tramite un piano di aggiornamento dei docenti, riferibile alle soluzioni didattiche e metodologiche che le varie discipline possono utilizzare, allo scopo di coinvolgere e motivare maggiormente gli studenti, soprattutto quelli più fragili e dunque più bisognosi di interventi mirati e approcci personalizzati, sostenendo al contempo il merito con iniziative finalizzate.*

*Al fine di conseguire quanto dichiarato l'IIS "Sella Aalto Lagrange" lavora per dipartimenti disciplinari con intersecazioni tra le diverse discipline che rendano sostenibili programmazioni interdisciplinari.*

# SEZIONE 1

## SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### 1.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il SGQ è definito nel presente MSGQ, nei Processi, nelle Procedure ad esso correlate che, insieme, descrivono le prescrizioni e le modalità per la pianificazione, la realizzazione, il controllo ed il monitoraggio delle prestazioni erogate, nonché dei processi e delle attività ad essi correlate e delineano i criteri per il riesame, l'aggiornamento ed il miglioramento continuo del Sistema stesso.

#### 1.1.1 Scopo di certificazione per il sistema UNI EN ISO 9001

Lo scopo della certificazione è "Progettazione ed erogazione dei Servizi di Istruzione, Formazione, Orientamento e Percorsi per le Competenze trasversali e per l'Orientamento".

#### 1.1.2 Campo di applicazione

Il campo di applicazione è determinato prendendo in considerazione i fattori interni ed esterni, le parti interessate e i servizi forniti dall'IIS *Sella Aalto Lagrange* in relazione allo scopo di certificazione.

Il SGQ rappresenta per l'IIS *Sella Aalto Lagrange* una regola per condurre e gestire la propria struttura organizzativa e mirare al miglioramento progressivo a lungo termine del servizio, concentrando l'attenzione sulle parti interessate e sulle loro esigenze.

Con il SGQ l'IIS *Sella Aalto Lagrange* intende:

- gestire, garantire e migliorare il livello della qualità del servizio erogato;
- dimostrare la capacità di fornire con regolarità il servizio di istruzione di cui alla sez. 0 e al par. 0.2 conforme ai requisiti richiesti dagli Utenti ed a quelli cogenti applicabili;
- prevenire ed evitare il manifestarsi di non conformità lungo tutto il processo;
- accrescere la soddisfazione degli Utenti tramite l'applicazione efficace del Sistema stesso, inclusi i processi per il suo miglioramento continuo e l'assicurazione della conformità ai requisiti suddetti.

Il presente MSGQ ed annessi allegati ha lo scopo di:

- fornire un'adeguata descrizione del SGQ attraverso l'identificazione e la definizione della sequenza e della interazione dei processi/sotto-processi nonché delle connesse responsabilità;
- costituire un costante riferimento nell'applicazione e nell'aggiornamento del SGQ stesso;
- rappresentare una guida di riferimento per la formazione del personale e, in particolare, di quello neoassunto;
- costituire il documento base per la certificazione del SGQ da parte degli Organismi di Certificazione;
- costituire la base documentale rispetto alla quale sono effettuati gli Audit interni.

Nel MSGQ vengono pertanto definiti o richiamati:

- la Politica e gli Obiettivi per la Qualità che ciascuna Direzione dovrà descrivere tenuto conto degli standard di sistema già definiti;
- l'organizzazione gerarchica e funzionale;
- la struttura documentale del SGQ ed in particolare i processi, le procedure e istruzioni operative predisposte per l'attuazione ed il funzionamento della stessa;
- i diversi processi che intervengono e caratterizzano il SGQ e le interazioni fra gli stessi;
- i compiti, le responsabilità e l'autorità attribuite alle diverse funzioni interne inserite nell'organigramma, nonché le interfacce fra le funzioni stesse e con soggetti esterni coinvolti e interessati dal SGQ;
- i criteri ed i requisiti applicabili per le attività di controllo, assicurazione e gestione per la qualità e per la pianificazione ed attuazione del miglioramento continuo del Sistema e dell'IIS *Sella Aalto Lagrange*.

Il Manuale, unitamente alle procedure ed alle istruzioni che le singola Direzione vorranno adottare, veicola nei confronti del personale la volontà della Direzione di adottare, ottimizzare e migliorare continuamente il SGQ; a tal fine, lo stesso è opportunamente divulgato, ai diversi livelli dell'IIS *Sella Aalto Lagrange*, per favorire la consapevolezza circa l'importanza del rispetto dei requisiti stabiliti, della soddisfazione degli utenti e delle parti interessate e della partecipazione al miglioramento.

## 1.2 ESCLUSIONI

È escluso il punto 7.1.5.2 della norma ISO 9001:2015 "Risorse per il monitoraggio e la misurazione" in quanto nei processi caratteristici del presente SGQ non è previsto l'utilizzo di alcuna strumentazione di controllo che preveda la necessità o la possibilità di taratura, né peraltro l'IIS *Sella Aalto Lagrange* dispone di tale attrezzatura.

## 1.3 GESTIONE MANUALE QUALITA'

Il presente MSGQ costituisce la revisione integrale dei Manuali qualità adottati secondo gli standard della norma ISO 9001:2008. Illustra come si intende soddisfare i requisiti della nuova norma ISO 9001:2015 in relazione allo scopo di certificazione di cui al punto 1.1.

Le diverse funzioni e responsabilità sono distintamente definite nel Manuale in relazione ai singoli requisiti.

Il MSGQ è verificato ed approvato, prima della formale emissione e per la sua redazione ci si è avvalsi della collaborazione di tutto il personale attraverso la raccolta di proposte, segnalazioni, incongruenze, suggerimenti e miglioramenti.

### 1.3.1 Distribuzione

Il MSGQ dopo la verifica, l'approvazione e la conseguente emissione, viene distribuito in forma esclusivamente controllata, cioè, all'interno e/o all'esterno dell'IIS *Sella Aalto Lagrange*, soprattutto con la pubblicazione in formato PDF protetto sul sito web dell'I.I.S., nella parte accessibile al solo personale, nella versione costantemente aggiornata.

La distribuzione è formalizzata in sede di Collegio dei docenti e di Assemblea del personale ATA mediante un'apposita "Lista di Distribuzione" che permette allo stesso ed alla Direzione di essere sempre a conoscenza delle copie "distribuite" e dei relativi destinatari. Inoltre, consente di assicurare che i destinatari dispongano sempre di copie aggiornate all'ultima edizione/revisione/aggiornamento.

### 1.3.2 Revisione ed aggiornamento

Il MSGQ è riesaminato in caso di eventuali variazioni del Sistema Qualità tali da rendere necessaria una revisione/aggiornamento del documento.

Ogni volta che il Manuale viene revisionato/aggiornato è riemesso con le indicazioni delle modifiche intervenute attraverso l'adeguamento della matrice delle revisioni che dovrà riportare:

- il numero di Edizione/Revisione/aggiornamento incrementato di uno.

Ogni aggiornamento reca

- la numerazione
- la data di emissione della revisione/aggiornamento
- il/i paragrafo/i modificato/i
- una breve descrizione delle modifiche apportate
- le firme dei responsabili.

Qualora in occasione della revisione annuale non si rilevasse alcuna necessità di aggiornamento, è verbalizzata in sede di Riesame della Direzione l'adeguatezza del Manuale alle esigenze ed ai requisiti da garantire.

## SEZIONE 2

# RIFERIMENTI NORMATIVI

### 2.1 NORMATIVA COGENTE

#### 2.1.1. Normativa scolastica

<b>Decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 e ss.mm.ii.</b>	Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di Istruzione
<b>Decreto del Presidente della Repubblica 275/1999</b>	Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'art. 21 della L. 15 marzo 1997, n. 59
<b>Decreto ministeriale n. 22/2005</b>	Classi di concorso – Corrispondenza delle lauree specialistiche alle classi di concorso di cui al DM 39/98
<b>Legge 24 dicembre 2007 n. 244</b>	Art. 2, comma 416 – formazione iniziale degli insegnanti della scuola (TFA)
<b>DPR n. 81 del 20 marzo 2009</b>	Norme per la riorganizzazione della rete scolastica e il razionale ed efficace utilizzo delle risorse umane della scuola, ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;
<b>DPR n. 119 del 22 giugno 2009</b>	Regolamento recante disposizioni per la definizione dei criteri e dei parametri per la determinazione della consistenza complessiva degli organici del personale amministrativo tecnico ed ausiliario (Ata) delle istituzioni scolastiche ed educative statali, a norma dell'articolo 64, commi 2, 3 e 4, lettera e) del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;
<b>DPR n. 122 del 22 giugno 2009</b>	Regolamento recante coordinamento delle norme vigenti per la valutazione degli alunni e ulteriori modalità applicative in materia, ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto-legge 1° settembre 2008, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2008, n. 16
<b>Decreto ministeriale 9 luglio 2009</b>	Equiparazione tra titoli di laurea di vecchio ordinamento, lauree specialistiche ex decreto n. 509/99 e lauree magistrali ex decreto n. 270/2004
<b>DPR n. 88 del 15 marzo 2010</b>	Regolamento recante norme concernenti il riordino degli istituti tecnici ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133
<b>Decreto ministeriale 10 settembre 2010 n. 249</b>	Regolamento concernente la definizione della disciplina dei requisiti e delle modalità della formazione iniziale degli insegnanti
<b>Direttiva MIUR n. 4 del 16 gennaio 2012</b>	Linee Guida per il Secondo Biennio e Quinto Anno degli Istituti Tecnici
<b>Decreto interministeriale opzioni 24 aprile 2012</b>	Istituzione opzioni istituti tecnici
<b>DPR n. 88 del 15 marzo 2010</b>	Regolamento recante norme concernenti il riordino degli istituti tecnici ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133
<b>Decreto ministeriale 10 settembre 2010 n. 249</b>	Regolamento concernente la definizione della disciplina dei requisiti e delle modalità della formazione iniziale degli insegnanti
<b>Direttiva MIUR n. 4 del 16 gennaio 2012</b>	Linee Guida per il Secondo Biennio e Quinto Anno degli Istituti Tecnici
<b>Decreto interministeriale opzioni 24 aprile 2012</b>	Istituzione opzioni istituti tecnici
<b>Direttiva MIUR n. 69 del 1 agosto 2012</b>	Linee guida Opzioni Istituti TECNICI
<b>Decreto legislativo 16 gennaio 2013 n. 13</b>	Definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze, a norma dell'articolo 4, commi 58 e 68, della legge 28 giugno 2012, n. 92.

<b>DPR n. 80 del 28 marzo 2013</b>	Regolamento sul sistema nazionale di valutazione in materia di istruzione e formazione
<b>Legge 8 novembre 2013 n. 128</b>	Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca
<b>Legge 13 luglio 2015 n. 107</b>	Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione
<b>DPR n. 19 del 14 febbraio 2016</b>	Regolamento recante disposizioni per la razionalizzazione ed accorpamento delle classi di concorso a cattedre e a posti di insegnamento
<b>Decreto interministeriale MIUR/MEF 9 maggio 2017, n. 259</b>	Revisione ed aggiornamento delle classi di concorso per l'accesso ai ruoli del personale docente della scuola secondaria di primo e secondo grado previste dal DPR n. 19/2016
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 59</b>	Formazione iniziale
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 61</b>	Revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera d), della legge 13 luglio 2015, n. 107
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 62</b>	Valutazione esame di Stato
<b>Decreto interministeriale 24 maggio 2018, n. 92</b>	Regolamento recante la disciplina dei profili di uscita degli indirizzi di studio dei percorsi di istruzione professionale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 61, recante la revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera d), della legge 13 luglio 2015, n. 107
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 59</b>	Formazione iniziale
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 61</b>	Revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera d), della legge 13 luglio 2015, n. 107
<b>Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 62</b>	Valutazione esame di stato
<b>Decreto interministeriale 24 maggio 2018, n. 92</b>	Regolamento recante la disciplina dei profili di uscita degli indirizzi di studio dei percorsi di istruzione professionale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 61, recante la revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera d), della legge 13 luglio 2015, n. 107
<b>Decreto 28 agosto 2018, n. 129</b>	Regolamento recante istruzioni generali sulla gestione amministrativo-contabile delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'articolo 1, comma 143, della legge 13 luglio 2015, n. 107.

### 2.1.2. Normativa generale pubblicistica

<b>Legge 7 agosto 1990, n. 241</b>	Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi
<b>Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196</b>	Codice della Privacy e misura minime di sicurezza
<b>Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.</b>	Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
<b>Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33</b>	Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni
<b>Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm.ii.</b>	Codice dei contratti pubblici



#### 2.1.4. Norme contrattuali

<b>CCNL 29 novembre 2007</b>	I biennio economico 2006/2007 e Dichiarazioni a verbale
<b>CCNL 23 gennaio 2009</b>	Il biennio economico 2008/2009
<b>CCCN 4 agosto 2011</b>	Rimodulazione posizioni stipendiali
<b>CCNL 13 marzo 2013</b>	Reperimento risorse ripristino scatti di anzianità
<b>CCNL 19 aprile 2018</b>	Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto istruzione e ricerca triennio 2016 – 2018

#### 2.2. NORMATIVA VOLONTARIA

<b>UNI EN ISO 9001:2015</b>	Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti
<b>UNI EN ISO 19011:2012</b>	Linee guida per audit di sistemi di gestione
<b>UNI EN ISO 9004:2009</b>	Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni
<b>UNI EN ISO 9000:2005</b>	Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia

#### 2.3. DOCUMENTAZIONE INTERNA

<b>PTOF</b>	Versione del 31/10/2019
<b>RAV</b>	Versione del 31/07/2019
<b>Piano di Miglioramento</b>	Versione del 02/09/2019
<b>Regolamento d'Istituto</b>	Versione del 31/10/2018
<b>Patto di corresponsabilità</b>	Versione del 31/10/2019
<b>Informativa Privacy</b>	Versione del 25/09/2018
<b>Regolamento per i viaggi di istruzione e i soggiorni linguistici</b>	Versione del 13/12/2017
<b>Regolamento per l'affidamento degli incarichi agli esperti</b>	Versione del 13/12/2017
<b>Regolamento d'istituto per l'attività negoziale per la fornitura di beni, servizi e prestazioni d'opera</b>	Versione del 25/02/2019
<b>Regolamento per la gestione del fondo economale per le minute spese</b>	Versione del 25/02/2019
<b>Regolamento per la gestione degli inventari e dei beni mobili</b>	Versione del 25/02/2019
<b>Regolamento per la gestione del contributo volontario</b>	Versione del 25/02/2019
<b>Regolamento per l'uso del mezzo di servizio</b>	Versione del 30/09/2016
<b>Regolamento per la gestione dei laboratori</b>	Versione del 01/09/2019
<b>Regolamento per gli Esami di idoneità e integrativi</b>	Versione del 03/05/2018

## SEZIONE 3

# ACRONIMI, TERMINI e DEFINIZIONI

### 3.1 ACRONIMI, TERMINI e DEFINIZIONI

	ACRONIMO	DESCRIZIONE
1.	AS	Anno Scolastico
2.	AC	Azione correttiva
3.	AI	Audit interno
4.	CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
6.	CC	Consiglio di classe
7.	CD	Collegio docenti
8.	CI	Consiglio di istituto
9.	CM	Circolare Ministeriale
10.	DM	Decreto Ministeriale
11.	DI	Decreto interministeriale
12.	DIR	Direzione
13.	DPO	Data Protection Officer
14.	DS	Dirigente Scolastico
15.	DSGA	Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi
16.	IO	Istruzioni Operative
17.	ID	Informazioni Documentate
18.	MIUR	Ministero dell'Istruzione Università e della Ricerca
19.	MO	Modulo collegato ad una procedura
20.	MOD	Modulo
21.	MSGQ	Manuale Sistema di Gestione Qualità
22.	NC	Non conformità
23.	OM	Ordinanza Ministeriale
24.	PdM	Piano di miglioramento
25.	PG	Procedura gestionale
26.	PRO	Processo
27.	PTOF	Piano Triennale dell'Offerta Formativa
28.	RAV	Rapporto di Autovalutazione
29.	RD	Riesame della Direzione
30.	RAI	Rapporto Audit Interno
31.	RDP	Responsabile della Progettazione
32.	RSGQ	Responsabile Sistema di Gestione Qualità
33.	RSPP	Responsabile servizio di prevenzione e protezione
34.	SGQ	Sistema Gestione Qualità
35.	RUT	Responsabile Ufficio Tecnico
36.	UE	Unione Europea

### 3.1 TERMINI e DEFINIZIONI

	TERMINE	DEFINIZIONE
1.	Clienti	Soggetti diversi dagli utenti che, in relazione a specifici processi, sono considerati dall'Istituto
2.	Contesto dell'organizzazione	Combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere influenza sull'approccio dell'organizzazione per sviluppare e conseguire i propri obiettivi
3.	Direzione	Singolo livello di responsabilità apicale delle unità di struttura come centro di responsabilità di processi, attività, decisioni.
4.	Parte interessata	Persona o gruppo di persone che può avere influenza sull'IIS <i>Sella Aalto Lagrange</i> o che può esserne influenzata o che può ritenere di essere influenzata da una decisione o da un'attività del sistema
5.	Sito	Singola unità di struttura del sistema

BOZZA

## SEZIONE 4

# CONTESTO E ORGANIZZAZIONE

### 4.1 L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO

Il SGQ descritto nel presente MSGQ rappresenta l'intera struttura dell'IIS *Sella Aalto Lagrange* ed è vincolante per tutte le risorse umane che concorrono alla attività e processi in esso previste.

Costituiscono parte integrante dell'IIS *Sella Aalto Lagrange*, oltre i contenuti di ogni sezione, gli allegati, i processi, le procedure e le istruzioni operative, la base documentale e ogni altro strumento che concorra alla definizione dell'architettura di sistema.

#### 4.1.1 Definizione del contesto

È stato implementato il processo di identificazione e valutazione dei fattori di contesto che sono in grado di influire in modo significativo sulla capacità di generare valore nel breve, medio e lungo termine, ovvero i cosiddetti *fattori rilevanti*. L'analisi e la valutazione dei fattori di contesto prende in considerazione il perimetro interno ed esterno all'Istituzione scolastica.

Il processo di identificazione dei fattori rilevanti del contesto è riesaminato periodicamente, facendo attenzione, per quanto possibile, a rilevare le specificità più significative che rientrano nel perimetro di implementazione e mantenimento del Sistema di Gestione Qualità.

L'IIS *Sella Aalto Lagrange*, per individuare i fattori interni ed esterni, positivi e negativi, del contesto ritenuti rilevanti e che possono essere influenti per il conseguimento dei risultati attesi per il proprio SGQ ha individuato tre livelli di prossimità del contesto, a ciascuno dei quali corrispondono specifiche parti interessate:

- interno all'Istituzione scolastica
- esterno "di contiguità": con questo l'Istituzione scolastica interagisce direttamente
- esteso (relazioni indirette): fattori che possono essere ancora ritenuti rilevanti dall'Istituzione scolastica, ma per il tramite di parti interessate prossime all'Istituzione scolastica.

La definizione di livelli di contesto permette di individuare, per ciascun livello, sia i relativi fattori significativi sia le parti interessate rilevanti definendo, per queste, anche i requisiti da loro richiesti (esigenze ed aspettative).

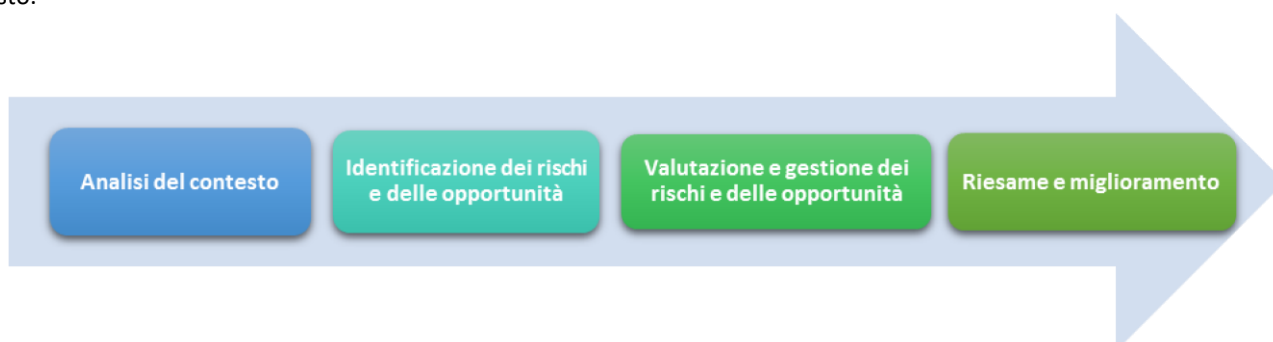
Considerare il contesto e le aspettative delle pertinenti parti interessate, come base per l'istituzione e il mantenimento del SGQ, costituisce il riferimento per una visione di "Qualità Responsabile" secondo la quale la soddisfazione dell'utenza può essere accresciuta dall'attenzione dell'Istituzione scolastica verso la collettività e gli altri soggetti del contesto esterno/interno in relazione ai loro bisogni.

I fattori, interni ed esterni individuati come rilevanti, conseguono a seguito dell'analisi sulle seguenti componenti e relativi aspetti:

<b>Componente fisica</b>	L'IIS <i>Sella Aalto Lagrange</i> insiste sul territorio della Città Metropolitana di Torino, una rete a maglie irregolari composta da 316 Comuni, la maggior parte di piccola e media dimensione, con elementi di forza e debolezza talora molto differenti nelle diverse realtà territoriali. Questo territorio si colloca in una posizione favorevole rispetto allo Spazio Europeo, all'incrocio delle fondamentali dorsali economiche e demografiche lungo le quali sono concentrate le maggiori opportunità di sviluppo economico. La Città Metropolitana di Torino rappresenta un caso unico a livello italiano: prima per numero di abitanti e per superficie territoriale, si sviluppa a partire dal core urbano trainante del Capoluogo, si estende ad includere le aree urbane limitrofe più strettamente connessa col centro, fino a comprendere le aree periurbane, le zone pedemontane e montane, per raggiungere infine i confini di uno Stato estero. La Città metropolitana di Torino è un territorio di territori all'interno dei quali l'antica tradizione manifatturiera fatta di grandi industrie, ha da sempre potuto contare su una rete di pregiate imprese locali medio piccole, e su un serbatoio di capitale naturale e culturale di grande pregio. Punti di forza del territorio sono: la presenza di poli di formazione e di ricerca di alto livello, la riconosciuta capacità di innovazione, la forte vivacità culturale legata alle molteplici tradizioni identitarie locali, l'estesa varietà di paesaggi e di spazi rurali e montani di qualità. L'evoluzione del contesto metropolitano è dunque sempre meno riconducibile a confini definiti, e coinvolge complesse strutture reticolari che legano Capoluogo, poli funzionali della cintura, e aree più esterne in direzione delle province contermini di Vercelli, Asti e Cuneo. Su questo territorio si sviluppa una rete integrata di servizi scolastici equilibrata nella distribuzione delle tipologie e degli indirizzi di scuola secondaria di secondo grado che favorisce sinergie interne al mondo della scuola e della formazione ed esterne con le altre istituzioni, con la società civile e il sistema produttivo, al fine di garantire opportunità di crescita del benessere sociale complessivo.
--------------------------	---

<p><b>Componente sociale</b></p>	<p>L'IIS <i>Sella Aalto Lagrange</i> grazie alla sua variegata offerta di istruzione tecnica e professionale trova ampio significato nel contesto territoriale ed economico di riferimento.</p> <p>Gli istituti scolastici "<i>Quintino Sella</i>", "<i>Alvar Aalto</i>" e "<i>Luigi Lagrange</i>" sono situati nelle Circoscrizioni 1, 3 e 7 della Città di Torino e comprendono una zona territoriale abbastanza ampia e variegata in cui la prevalenza della popolazione appartiene ad un ceto socio-economico profondamente differenziato considerando le profonde differenze tra i quartieri cittadini di riferimento. L'analisi del contesto socio-ambientale è stata condotta attraverso uno studio dei dati statistici e delle varie documentazioni in possesso della scuola, per indagare su quali siano le aspettative degli alunni e per promuovere la cultura del cambiamento, della flessibilità, dell'autonomia e della progettazione nella scuola.</p> <p>Il Sella si trova nella zona centrale della città, vicino alla Stazione di Porta Susa pertanto il bacino di utenza dell'Istituto si estende ben oltre il distretto ove la sede è collocata. Un significativo numero di iscritti risiede nei comuni della provincia di Torino come emerge dall'analisi socio-ambientale, elaborata nel corso degli anni precedenti; sono presenti pochi studenti diversamente abili, mentre stanno aumentando BES e DSA, in linea generale le condizioni socio-economiche delle famiglie sono buone, gli studenti non madre lingua italiana sono ben integrati.</p> <p>Sul territorio in cui insiste l'<i>Alvar Aalto</i> si può registrare una quasi totale corrispondenza tra territorio e utenza, un vero e proprio punto di forza per l'azione educativa dell'Istituto. Si è assistito in questi ultimi anni a un significativo aumento di studenti BES e DSA che hanno portato a un potenziamento delle competenze didattiche e alla creazione di organismi utili all'accoglienza. Sono presenti e operano sul territorio la A.S.L. TO1, l'Ospedale Martini, la Biblioteca Civica Carluccio, Società Sportive, tra cui il CUS, e gruppi parrocchiali; ma soprattutto la vicinanza con il Politecnico di Torino facilita strette collaborazioni per l'orientamento in uscita.</p> <p>All'Istituto <i>Lagrange</i> la popolazione scolastica è eterogenea e il divario di età è mediamente compreso fra i 14 e i 20 anni, a causa dell'iscrizione di molti studenti, anche pluriripetenti provenienti da altri istituti. Gli allievi provengono, in maggior parte, dalle zone di Torino nord, nord-est e prima cintura. Il numero degli studenti stranieri è elevato e rappresenta una risorsa molto importante per i nostri percorsi di formazione del cittadino di domani. La presenza di più culture all'interno dello stesso gruppo classe stimola incontri e confronti che favoriscono una reale modificazione del punto di vista dei ragazzi. Ciò previene il verificarsi di fenomeni di razzismo legati alla non conoscenza dell'alterità e alla presenza di pregiudizi. Per gli alunni stranieri sono previsti specifici percorsi di apprendimento, atti a facilitare l'acquisizione e il consolidamento della lingua italiana attraverso metodologie innovative. L'attitudine all'accoglienza che caratterizza l'Istituto fa sì che lo frequentino alunni diversamente abili e altri con DSA o BES.</p>
<p><b>Componente economica e operativa</b></p>	<p>La scuola ha sviluppato nel tempo una ricca rete di partnership con Enti pubblici e soggetti privati del territorio, allo scopo di rafforzare e legare la propria offerta formativa alle dinamiche di un tessuto economico e sociale in continua trasformazione, mantenendo quotidianamente rapporti con gli enti istituzionali di riferimento, in special modo con il Collegio dei geometri e l'ordine dei commercialisti, coi referenti delle Associazioni di categoria territoriali, la Camera di Commercio provinciale, le Associazioni di volontariato e di promozione sociale, gli istituti bancari territoriali, Fondazioni a carattere nazionale, altre istituzioni scolastiche provinciali con le quali ha stretto rapporti di partenariato su progetti specifici.</p>

Dall'analisi succitata sono identificati i fattori del contesto riportati nel documento "**Analisi del Sito**" (All. 2). L'insieme delle informazioni e dei dati, raccolti ed analizzati dall'Istituzione scolastica per definire i fattori del contesto, è monitorato con periodicità annuale. Gli esiti di tale monitoraggio rappresentano un input al Riesame di Direzione, eseguito con periodicità annuale, al fine di decidere le azioni da intraprendere a seguito di eventuali cambiamenti dei fattori del contesto.



## 4.2 ESIGENZE E ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

L'Istituto si prefigge lo scopo di individuare le parti interessate per comprendere, successivamente, le esigenze e le aspettative che da dette parti provengono e che incidono sui requisiti e sulla qualità del servizio.

L'Istituto sviluppa quindi una mappatura dei soggetti, comunque riferibili al contesto, al fine di individuare quelli che hanno incidenza nel SGQ per l'erogazione dei servizi e del loro miglioramento.

A tal fine, le parti interessate del SGQ comuni a tutti i Siti sono state individuate e descritte nel documento "Analisi del Sito" (All. 2 al presente Manuale).

Nel presente SGQ sono parti interessate i soggetti, persone fisiche o giuridiche o altre entità, che aggiungono valore all'Istituto, oppure che hanno un qualche interesse nei suoi confronti o, ancora, che vengono direttamente coinvolti nelle attività dell'Istituto. La definizione che viene data dalla norma ISO di "parte interessata rilevante" è quella di *persona o organizzazione che può avere influenza sull'organizzazione o che può esserne influenzata o che può ritenere di essere influenzata da una decisione o da un'attività dell'organizzazione*. Tale definizione è pertinente con l'impostazione del SGQ.

Un soggetto, quindi, è individuato come "**parte interessata rilevante**" per il presente SGQ se risponde ad almeno uno dei criteri di seguito indicati:

- ha una propria influenza in relazione alle strategie, agli scopi ed alle priorità dell'Istituto
- è destinataria, a diverso titolo, delle attività, dei processi e dei servizi dell'Istituto e del Sistema di Gestione per la Qualità
- ha un interesse anche indiretto al servizio.

Il carattere di "rilevanza", correlato alle esigenze e alle aspettative delle parti interessate, è determinato dalle seguenti condizioni:

- se scaturisce da obbligo di conformità
- se è necessario per il raggiungimento degli obiettivi del sistema
- se concorre a migliorare le prestazioni del sistema
- se è compatibile con le risorse attribuibili al sistema
- se è realmente/concretamente perseguibile nell'ambito del sistema

Dall'analisi svolta in base ai criteri di cui sopra, scaturisce l'identificazione delle parti interessate per ciascun Sito ed i loro requisiti, riportati nel documento "Analisi del Sito" (All. 2).

L'insieme delle informazioni e dei dati è monitorato con periodicità annuale al fine di verificare il permanere generale della condizione di parte/requisito/aspettativa rilevante. Gli esiti del monitoraggio rappresentano un input al Riesame di Direzione e contribuiscono alla determinazione degli obiettivi strategici in coerenza con le politiche e le strategie del Sistema al fine di intraprendere, se necessarie, azioni di miglioramento o di modifica conseguente ad eventuali cambiamenti delle parti interessate e dei relativi requisiti.

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

L'Istituto, tenuto conto dei fattori interni ed esterni, delle esigenze e aspettative delle parti interessate, dei requisiti del servizio erogato, ha definito il campo di applicazione del proprio SGQ per la cui specifica si fa riferimento a quanto definito nella Sez. 1 anche in relazione all'esclusione dei requisiti.

L'Istituto predispone, documenta e mantiene attivo un Sistema di Gestione per la Qualità come mezzo per assicurare che il servizio sottoposto a certificazione sia costantemente posto sotto controllo in relazione alla conformità alle norme cogenti e ai requisiti delle parti interessate.

Il SGQ costituisce, per le istituzioni scolastiche, un elemento di caratterizzazione del PTOF e la sua implementazione e gestione è resa nota agli Utenti e alle altre parti interessate con i mezzi ritenuti idonei ed adeguati dalle distinte Direzioni e di seguito evidenziati:

### Comunicazione alle parti interessate

*Sito internet*

in cui sono pubblicati:

- *Circolari interne*
- *Comunicazioni interne per docenti e personale*
- *PTOF*
- *RAV*
- *Piano di Miglioramento*

in cui sono rinvenibili gli atti prodotti nelle sezioni

- *Albo on line*
- *Amministrazione trasparente, a sua volta articolata in sottosezioni*

Il Manuale Qualità costituisce l'informazione documentata che dà evidenza del campo di applicazione.

## 4.4 SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI

Il Sistema di Gestione per la Qualità viene mantenuto attivo attraverso la continua ed adeguata applicazione dei requisiti contenuti nel presente Manuale e nella documentazione gestionale, la cui verifica è demandata al Responsabile del Sistema di Gestione Qualità (RSGQ).

La responsabilità delle attività per i diversi processi è diffusa e partecipata e coinvolge ogni funzione nell'ambito delle competenze assegnate. Il RSGQ risponde al dirigente scolastico e si relaziona la commissione Qualità dell'IIS ai fini di una adeguata configurazione dei requisiti del sistema.

Il SGQ contempla una documentazione costituita da:

- a) **Manuale Gestione Qualità:** si articola in 10 sezioni redatte in riferimento ai corrispondenti requisiti della norma ISO 9001:2015 ed annessi allegati.
- b) **Processi:** costituiscono una attività o una serie di attività rilevanti all'interno del SGQ, organizzate e poste in relazione tra loro, aventi uno scopo comune ed esplicitate in relazione all'utilizzo di metodologie precise (procedure, istruzioni operative, responsabilità) – **All. 3** Schede Processi.
- c) **Procedure:** descrivono le fasi di dettaglio di un processo o di una sua parte o di una singola attività; in fase di prima implementazione del sistema secondo gli schemi ISO 9001:2015 sono state previste le procedure maggiormente incidenti sul raggiungimento degli obiettivi e che si ritiene necessario uniformare per tutti i Siti – **All. 6** Elenco Procedure.
- d) **Informazioni documentate:** costituiscono gli elementi che forniscono le evidenze circa le informazioni del SGQ e come queste vengono gestite. L'insieme delle informazioni documentate contribuisce a dare dimostrazione di una efficace pianificazione, funzionamento e controllo dell'implementazione, attuazione dei processi e del miglioramento continuo del SGQ.
- e) **Istruzioni operative eventuali**

L'Istituto ha determinato e descritto i processi necessari per il SGQ e definito:

- gli input necessari e gli output attesi;
- la sequenza e la loro interazione;
- i criteri e metodi per assicurarne il funzionamento e la tenuta sotto controllo;
- le risorse necessarie e la loro disponibilità
- le responsabilità e le autorità per la gestione;
- la necessità di un loro miglioramento continuo.

I processi individuati sono classificati in:

**Primari:** che incidono direttamente sulla soddisfazione dell'Utente creando direttamente valore per l'Istituto e modificando lo stato di avanzamento del servizio; si definiscono primari in quanto strategici per il perseguimento degli obiettivi di sistema:

- Requisiti per il servizio (PRO 05)
- Progettazione del servizio (PRO 06)
- Erogazione del servizio (PRO 08)

**Gestionali:** che stabiliscono gli obiettivi, rendono disponibili le risorse, analizzano i risultati e creano le condizioni per la creazione del valore futuro:

- Sistema di gestione per la qualità (PRO 01)
- Contesto – rischi – opportunità (PRO 02)
- Leadership e pianificazione (PRO 03)

**Di supporto:** che assicurano l'operatività dell'Istituto e supportano con i loro output la realizzazione dei processi primari e gestionali

- Supporto (PRO 04)
- Approvvigionamento (PRO 07)
- Valutazione delle prestazioni (PRO 09)
- Miglioramento (PRO 10)

Ogni processo viene descritto con la Scheda Processo e tutte raccolte nel fascicolo "Schede di Processo" (**All. 3**) attraverso i seguenti parametri:

- descrizione attività
- procedure e documenti collegati
- input ed output
- indicatori di processo

Il Manuale Qualità, le Schede Processo e il flusso di interazione tra i processi costituiscono informazioni documentate del presente requisito.



## SEZIONE 5

# LEADERSHIP

### 5.1 LEADERSHIP ED IMPEGNO

#### 5.1.1 Generalità

L'Istituto ritiene che la leadership e l'impegno collettivo siano essenziali per l'affidabilità del SGQ e per una sua efficace attuazione che possa garantire il raggiungimento dei risultati attesi attraverso un monitoraggio degli output del Sistema stesso. Il Sistema di Gestione Qualità è lo strumento per l'identificazione e la soddisfazione degli interessi delle parti interessate, attraverso la loro conversione in requisiti del sistema stesso per mezzo di processi, procedure operative, interventi e/o azioni che perseguono obiettivi di miglioramento.

La **Direzione** esercita la propria leadership tenuto conto degli indirizzi generali della norma e mantenendo il proprio impegno affinché il SGQ, e l'insieme di processi e procedure che lo compongono siano parte integrante delle strategie della scuola. La leadership si esprime attraverso le strategie e le politiche dell'istituto (in sintonia con gli organi collegiali della scuola nel rispetto delle reciproche competenze), il controllo pianificato dell'erogazione del servizio e la verifica costante, anche attraverso propri delegati o funzioni specifiche, l'implementazione ed applicazione dei processi del SGQ ed il rispetto delle regole condivise.

La Politica e gli Obiettivi per la qualità, definiti dalla Direzione, sono coerenti con l'analisi del contesto eseguita; entrambi sono oggetto di riesame periodico in occasione di specifiche riunioni o del Riesame della Direzione.

L'impegno della Direzione a supporto del SGQ è attivo ed è manifestato attraverso la trasmissione di direttive e attraverso il coinvolgimento di quanti partecipano ai processi, al fine di valorizzare i diversi ruoli gestionali in relazione alle connesse aree di responsabilità.

Il raggiungimento dei risultati attesi dall'applicazione del SGQ non può prescindere dal coinvolgimento delle persone che la Direzione rende attivo attraverso una compartecipazione agli obiettivi, condividendo informazioni, esiti di audit, decisioni e strategie emergenti dalle attività di Riesame di ciascuna della Direzione e quindi promuovendo il miglioramento delle prestazioni in maniera continua.

La Direzione comunicano all'interno della propria sede tramite sito web istituzionale, e-mail, riunioni, circolari, istruzioni ecc.

#### 5.1.2 Focalizzazione sull'Utente

L'attenzione focalizzata sull'utenza ed il suo grado di soddisfazione costituisce una delle componenti principali per l'organizzazione dei processi e l'attuazione del SGQ, nonché per la definizione della Politica e degli Obiettivi per la qualità da parte della Direzione.

Il primo momento di focalizzazione verso l'Utente e di soddisfazione delle sue esigenze e aspettative trova un prioritario sistematico riscontro nella preliminare determinazione dei requisiti relativi al servizio espressi dall'utente (req. 4.2) e individuati nell'**Al. 2**. Successivamente, nel riesame periodico degli stessi nonché nel monitoraggio continuo delle informazioni relative alla percezione dell'utenza sulla qualità del servizio.

Il raggiungimento con regolarità dei risultati attesi non può prescindere dall'attuare azioni per valutare rischi e opportunità correlati alla conformità dei requisiti ed alla soddisfazione dell'utenza e pertanto nella pianificazione del SGQ l'Istituto ne ha tenuto conto e procede con regolarità al loro monitoraggio.

La Direzione analizza e valuta con periodicità definita gli esiti derivanti dalle azioni di monitoraggio della soddisfazione delle parti al fine di intraprendere azioni che possano aumentare la stessa.

La Direzione, pertanto, dimostra l'impegno rispetto alla attenzione delle parti interessate rilevanti per il SGQ assicurando:

- la determinazione e la presa in carico dei requisiti delle parti interessate e dei requisiti cogenti;
- la determinazione dei rischi e delle opportunità al fine di orientare i processi verso l'incremento continuo della soddisfazione delle parti interessate;
- che la soddisfazione delle parti interessate sia mantenuta nel tempo.



## 5.2 POLITICA

### 5.2.1 Stabilire la Politica per la qualità

La Politica della Qualità è definita considerando

- il contesto dell'Organizzazione, il livello di attuazione del SGQ ed i requisiti (esigenze ed aspettative delle parti interessate rilevanti)
- gli indirizzi strategici, basati su *mission*, *vision*, valori e principi guida
- il livello ed il tipo di miglioramento atteso necessari per il successo futuro e durevole dell'Organizzazione
- il livello atteso di soddisfazione del cliente
- le risorse necessarie per raggiungere i risultati attesi
- i potenziali contributi delle parti interessate rilevanti La Politica per la Qualità a seguito di quanto considerato:
- è redatta in maniera appropriata per supportare gli indirizzi strategici
- costituisce un quadro di riferimento per definire obiettivi specifici, misurabili, realizzabili, pertinenti e correlati ad un termine temporale
- prevede l'impegno per soddisfare i requisiti applicabili (degli utenti e quelli cogenti) ed è orientato al miglioramento continuo del SGQ.

Per verificare l'appropriatezza alle finalità dell'Organizzazione la Politica è verificata in occasione di ogni Riesame di Direzione.

### 5.2.2 Comunicare la Politica per la qualità

Al fine di assicurare che la Politica sia compresa ed attuata, essa è comunicata, nella prima stesura ed in tutti i suoi aggiornamenti, a tutti coloro che operano sotto il controllo dell'Organizzazione, secondo le modalità di comunicazione di seguito indicate:

#### Comunicazione della Politica per la Qualità

- *Condivisione in seno CD, CI*
- *Incontri periodici*
- *Pubblicazione della Politica per la Qualità sito web*
- *Comunicazioni via mail o altro Feedback*

La Direzione acquisisce la garanzia circa la comprensione della Politica all'interno dei singoli siti attraverso gli strumenti di monitoraggio del SGQ e, in particolare, tramite gli Audit interni.

La Direzione mette a disposizione la Politica alle parti interessate, pubblicandola nel sito web e/o su richiesta.

La Direzione, per attuare e mantenere attivo il SGQ nonché raggiungere i risultati attesi e migliorare le prestazioni dello stesso, ha definito le responsabilità e le autorità creando una struttura organizzativa che tenga conto a tutti i livelli di responsabilità, dell'autorità, della consapevolezza, della competenza e delle risorse per:

- assicurare che il sistema sia conforme ai requisiti della norma di riferimento
- assicurare che i processi producano i risultati attesi
- riferire sulle prestazioni del sistema e sulle opportunità di miglioramento;
- garantire la continuità di funzionamento del SGQ.

La Politica è un'informazione documentata che la Direzione di ogni Sito mantiene secondo le modalità previste dalla **PG.04.02** "Informazioni documentate".

## 5.3 RUOLI, RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE

I ruoli, le responsabilità e le autorità sono comunicati all'interno dell'Organizzazione attraverso le modalità di diffusione previste (par. 7.4) del presente manuale; inoltre gli stessi si possono desumere dalle informazioni documentate del sistema di gestione quali organigrammi, mansionari, descrizione dei compiti, procedure, istruzioni operative di lavoro, ecc.

La struttura organizzativa, i ruoli, le funzioni e le interazioni fra i ruoli sono descritte nell'**All. 5** "Organigramma - Funzionigramma".

## SEZIONE 6

# PIANIFICAZIONE

### 6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITA'

L'Istituto, nel pianificare i processi del SGQ, determina i rischi e le opportunità che da tali processi possono scaturire individuando le azioni adeguate alla loro gestione.

L'effetto dell'incertezza di un determinato risultato ed il concetto di *risk-based thinking* è considerato nel SGQ attraverso la pianificazione delle azioni per affrontare e gestire i rischi/opportunità che ha lo scopo di prevenire le non conformità, in particolare gli output non conformi, e nel contempo di individuare le opportunità per accrescere la soddisfazione dell'utenza e degli altri clienti e per il conseguimento degli obiettivi per la qualità.

Al fine di perimetrare, mettere in atto e migliorare il SGQ, l'Istituto analizza e considera le variabili del proprio contesto classificando le parti interessate e le loro esigenze e individuando i rischi strategici per il sistema.

La determinazione dei rischi e delle opportunità prende in considerazione, pertanto, i fattori interni ed esterni del contesto nonché le parti interessate. Attraverso la determinazione dei rischi e delle opportunità l'Istituto intende:

- garantire che il SGQ consegua i risultati attesi e pianificati
- prevenire e/o ridurre gli effetti indesiderati
- conseguire il miglioramento per assicurare la conformità del servizio ed accrescere la soddisfazione del cliente.

La definizione dei rischi e delle opportunità è gestita attraverso l'attuazione del processo di "Contesto – Rischio – Opportunità" (Scheda Processo 02 – PRO 02) e descritto nel documento "Analisi del Sito" (All. 2) La determinazione del rischio permette all'Istituto di:

- definire quali siano le azioni da intraprendere per affrontare rischi ed opportunità
- integrare le azioni nello sviluppo dei processi del SGQ
- definire le responsabilità, le risorse da impegnare, i tempi necessari ed i criteri di valutazione dell'efficacia per attuare le azioni pianificate
- verificare l'efficacia delle azioni

Sono mantenute informazioni documentate delle attività di valutazione dei rischi/opportunità nonché delle azioni intraprese e della valutazione della loro efficacia; quest'ultima valutazione costituisce input del Riesame di Direzione.

### 6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITA' E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

Gli obiettivi per la qualità debbono essere:

- coerenti con la Politica per la qualità, ovvero deve sussistere e deve essere data evidenza della correlazione tra gli elementi della politica e l'individuazione degli obiettivi. Gli obiettivi della qualità riprendono gli obiettivi dichiarati nella Politica della Qualità e li trasformano in dichiarazioni per il miglioramento rispetto alle quali possono essere definite nuove azioni.
- misurabili attraverso indicatori specifici
- pertinenti alla conformità del servizio e all'accrescimento della soddisfazione dell'utenza
- periodicamente monitorati (sono input del riesame di Direzione)
- comunicati, per quanto necessario e nella modalità opportune, all'interno dell'Istituto ed alle parti interessate
- essere aggiornati in funzione di nuovi fattori, parti interessate, requisiti, rischi e opportunità correlati

Gli obiettivi per la qualità ed i relativi indicatori sono mantenuti quale informazione documentata.

La Direzione, affinché gli obiettivi per la qualità possano essere raggiunti

- determina le azioni da intraprendere ed i correlati termini di attuazione
- definisce le risorse umane, infrastrutturali e finanziarie necessarie
- individua ed attribuisce le responsabilità per ogni specifico obiettivo
- definisce i criteri di valutazione dei risultati raggiunti

La valutazione dei risultati raggiunti in merito alla misurazione degli Obiettivi per la qualità, costituisce input del Riesame della Direzione. Gli obiettivi vengono riesaminati periodicamente o, almeno, in occasione del Riesame stesso. Il riesame coinvolge i responsabili di ciascun obiettivo e considera il grado di raggiungimento degli obiettivi stabiliti, tenuto conto dell'incidenza degli stessi al miglioramento dell'intero Sistema di Gestione.

### 6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE

La Direzione potrà pianificare, ad intervalli periodici, o in base a specifiche necessità, le modifiche necessarie da apportare al SGQ tenuto conto degli effetti del cambiamento e assicurando, in ogni caso, la disponibilità di risorse e la definizione di ruoli e responsabilità.

Le modifiche debbono essere condotte in modo pianificato e sistematico e tali da garantire sempre l'integrità del sistema e la capacità dell'Istituto di fornire il servizio in modo conforme ai requisiti stabiliti.

# SEZIONE 7

## SUPPORTO

### 7.1 RISORSE

#### 7.1.1 Generalità

Ai fini dell'implementazione, aggiornamento e miglioramento del SGQ sono considerate risorse:

- il personale e le relative competenze, ivi comprese eventuali risorse umane esterne;
- i mezzi finanziari necessari al funzionamento della struttura e dei processi;
- le attrezzature tecniche e/o didattiche;
- le informazioni, incluse quelle provenienti dalle parti interessate;
- le infrastrutture e l'ambiente di lavoro.

Compete alla Direzione la gestione e amministrazione delle risorse, nella misura, nelle forme e secondo le responsabilità disposte dalla normativa vigente.

In relazione alle risorse disponibili, la Direzione assicura che le stesse siano impiegate secondo criteri di efficacia ed efficienza, funzionali al servizio da erogare e al funzionamento e miglioramento continuo del SGQ.

All'inizio di ciascun anno scolastico la Direzione individua, con la collaborazione dei DSGA e degli Organi Collegiali competenti, i servizi a supporto del SGQ e le risorse necessarie per tutte le attività dei processi, con particolare attenzione alle attività relative ai processi primari finalizzate alla erogazione del servizio.

Ai fini dell'individuazione delle risorse funzionali a ciascuna attività, la Direzione tiene conto delle competenze possedute dalle risorse umane in correlazione con i diversi ruoli e autorità, delle disponibilità finanziarie complessive, ivi compresi i contributi di privati, nonché delle strutture e delle attrezzature disponibili. Il DS assicura che tali risorse sono adeguate a quanto necessario per l'attuazione, aggiornamento e miglioramento del SGQ, per la realizzazione del servizio scolastico e per il suo miglioramento.

In particolare, il DS assegna gli incarichi previsti dal SGQ di cui all'organigramma/ funzionigramma (All. 5)

La Direzione verifica periodicamente l'adeguatezza circa l'utilizzo delle risorse disponibili.

Gli esiti della verifica costituiscono input per il Riesame della Direzione.

#### 7.1.2 Persone

Il reperimento del personale appartenente al comparto Scuola (DS, docenti, ATA) avviene in base alle norme vigenti e ai CCNL di categoria che fissano, tra l'altro, i criteri che garantiscono il grado di istruzione e competenza di base del predetto personale. L'assegnazione del personale all'Ufficio o alle istituzioni scolastiche prescinde, pertanto, dalle responsabilità della Direzione.

In relazione al personale assegnato, l'Istituto si propone di assicurare che ciascun operatore che esegue attività che influenzano la qualità del servizio, tenuto conto anche delle esigenze delle parti interessate, posseda le necessarie competenze correlate ai diversi processi (All. 1 – Attribuzione incarichi specifici al personale).

A tal fine, pianifica – subordinatamente alla disponibilità di risorse finanziarie e di infrastrutture - specifiche iniziative di aggiornamento e formazione per accrescere l'esperienza e la professionalità del personale nei diversi ambiti di applicazione.

Le iniziative/attività relative all'aggiornamento e formazione del personale sono attivate a livello nazionale dal MIUR o territorialmente dall'USR/USP o dalle istituzioni scolastiche, singolarmente o in rete.

Delle attività di aggiornamento e formazione la Direzione mantengono Informazioni documentate.

Nell'assegnazione di compiti al personale, la Direzione persegue l'obiettivo di impiegare in modo ottimale le risorse umane in relazione alle competenze da ciascuno possedute e della consapevolezza dei ruoli da ricoprire.

Il livello di adeguatezza delle competenze è assicurato dalla combinazione di diversi elementi, valutabili in misura variabile in funzione di responsabilità e mansioni da assegnare (vedi **Regolamento per la disciplina degli incarichi agli esperti**)

- adeguato grado di istruzione;
- esperienza lavorativa specifica
- aggiornamento e formazione specifica

- aperto scambio di informazioni in tutta l'Istituto

La struttura dei ruoli e delle funzioni del SGQ è riportata nell'**All. 5 - Organigramma/ Funzionigramma**.

La Direzione sensibilizza il personale sull'importanza della Qualità e sul funzionamento del SGQ attraverso opportuni canali, quali:

- riunioni tra DS (o suoi delegati) e il personale anche all'interno degli organi collegiali
- diffusione dei documenti della Qualità
- introduzione e consegna di materiale informativo ai nuovi assunti
- coinvolgimento del personale a fornire contributi per il miglioramento continuo.

### 7.1.3 Infrastrutture

Come per la determinazione delle risorse umane, anche le infrastrutture sono in parte sottratte alla determinazione della Direzione in quanto la loro individuazione e messa in disponibilità rientra nelle competenze di organismi terzi, in particolare degli Enti Locali per quanto riguarda le sedi delle istituzioni scolastiche e la loro corretta manutenzione.

La Direzione ha cura di informare prontamente gli enti preposti per necessità di interventi, in particolare in materia di sicurezza.

La Direzione ha competenza nella determinazione delle infrastrutture di carattere didattico tenuto conto dei finanziamenti allo scopo destinati nonché della loro manutenzione.

La Direzione individua e rende disponibili le infrastrutture che concorrono a definire la conformità del servizio, comprese quelle la cui determinazione è di competenza esterna.

Tali infrastrutture comprendono:

- le aule, le dotazioni d'aula ed i servizi connessi;
- gli spazi di lavoro;
- le attrezzature e le apparecchiature varie, anche hardware e software, destinate sia alla didattica sia agli operatori
- i materiali per le esercitazioni;
- i libri di testo ed eventuali dispense;
- il sito WEB e aree intranet;
- i servizi di supporto eventualmente attivati (p. es. trasporti, residenzialità, ...)

#### Descrizione delle infrastrutture del sito

*Tutte le informazioni relative a: edifici, plessi, spazi di lavoro, aule, laboratori, attrezzature hardware e sistemi software, materiale per esercitazioni, biblioteca, libri di testo e materiale didattico sono rinvenibili sul sito web dell'istituzione scolastica.*

Le infrastrutture sono individuate, dimensionate, predisposte e mantenute con specifico riferimento alle attività e ai processi di cui costituiscono supporto e, in sede di Riesame, la Direzione dispone affinché le stesse siano mantenute costantemente adeguate alle esigenze attuali dell'Organizzazione.

La gestione delle Infrastrutture è regolata dalla PG 04.01 e correlati modelli.

### 7.1.4 Ambienti per il funzionamento dei processi

L'ambiente di lavoro è una componente non solo materiale ma anche immateriale capace di influenzare la motivazione, la soddisfazione, lo sviluppo e le prestazioni dei soggetti che operano all'interno del SGQ, come pure la qualità del servizio offerto.

Nel processo di gestione dell'ambiente per il funzionamento dei processi la Direzione considera varie tipologie di fattori quali:

- **fattori fisici ambientali e naturali:** intesi quali agenti esterni che influenzano la salute e il benessere dei lavoratori e degli utenti del servizio (es. temperatura, illuminazione, rumore, igiene e pulizia, infrastrutture, tutela ambientale ecc.)
- **fattori umani:** intesi quali condizioni che influenzano il comportamento dei soggetti (es. organizzazione dell'orario di servizio, suddivisione dei carichi di lavoro, comunicazione efficace, coinvolgimento, sviluppo del senso di responsabilità ecc.)
- **fattori psicologici e sociali:** intesi come fattori che incidono sulla reattività delle persone. (es. stress, coinvolgimento, conflittualità, discriminazione, senso di appartenenza alla comunità scolastica ecc.)

La Direzione, pertanto, nella gestione dell'ambiente di lavoro pone particolare attenzione ad orientare tutto il personale verso obiettivi condivisi attraverso una comunicazione orizzontale e verticale efficace, l'assegnazione di mansioni chiare e ben ripartite e l'adozione di misure per il diffuso coinvolgimento ed incentivazione del personale nelle attività.

Sul piano degli ambienti fisici di lavoro, la Direzione definisce i piani di sicurezza e antincendio, la formazione e informazione sulla sicurezza e, in collaborazione con RSPP redigono il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).

### 7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

Per dare evidenza della conformità del servizio ai requisiti cogenti e a quelli delle parti interessate, l'Istituto ha determinato le risorse necessarie per monitorare il rispetto dei predetti requisiti.

I dispositivi di monitoraggio che l'Istituto ha attivato per l'erogazione del servizio sono affidabili in quanto standardizzati per tutte le istituzioni scolastiche e si riferiscono a:

- Registro di classe (elettronico o cartaceo) e registro personale del docente
- Questionari di gradimento rivolti a parti interessate

Sono mantenute informazioni documentate che diano evidenza dell'adeguatezza delle risorse dedicate al monitoraggio in relazione allo scopo

**Nei processi del SGQ non è previsto l'utilizzo di alcuna strumentazione di controllo e misurazione.**

**Il punto 7.1.5 rientra infatti tra le "Esclusioni" del sistema (par. 1.2).**

### 7.1.6 Conoscenza organizzativa

La conoscenza organizzativa è data dall'insieme delle informazioni, dei contenuti, principi, termini, regole, procedure e ogni altro elemento che connota il SGQ.

La Direzione capitalizza l'esperienza del personale mettendo in atto strumenti e modalità per consentire, anche in presenza di cambiamenti legati al contesto o alle risorse umane, che la conoscenza organizzativa sia trasmessa e conservata. La conoscenza organizzativa è gestita attraverso:

- conservazione di informazioni contenenti precedenti pianificazioni, *modus operandi*, verifiche, metodi alternativi precedentemente utilizzati
- ricadute derivanti da precedenti insuccessi, quasi insuccessi e successi
- informazioni ricevute dall'utenza, dai fornitori e dalle parti interessate
- processi di affiancamento delle persone prima di avvicendamenti e/o turn over
- newsletter, seminari, incontri ecc.
- facilità di accesso alla documentazione
- ogni altra modalità ritenuta congrua allo scopo.

## 7.2 COMPETENZA

Il successo organizzativo è strettamente legato al suo capitale più importante: le persone.

Tutto il personale concorre attivamente nello sviluppo e nel miglioramento del SGQ e nel raggiungimento degli obiettivi. Per questo, il capitale umano costituisce per il sistema una risorsa fondamentale sulla quale investire in termini di competenze e di accrescimento delle distinte professionalità.

Le azioni a supporto dello sviluppo e della crescita delle competenze delle risorse umane si realizzano con la pianificazione di attività formative nazionali e delle singole istituzioni scolastiche tenuto conto, principalmente, delle esigenze funzionali di informazione/formazione/aggiornamento del personale di nuova assegnazione.

La Direzione:

- individua le priorità formative in relazione agli obiettivi gestionali ed operativi del SGQ e quelle peculiari del sistema di istruzione tenuto conto dei fabbisogni formativi che emergono anche dalle esigenze ed aspettative delle parti rilevanti;
- pianifica la partecipazione alle attività formative per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze necessarie;
- sviluppa attività di monitoraggio della formazione e ne valuta l'efficacia.

La formulazione del Piano annuale di formazione tiene conto, inoltre, delle ulteriori esigenze formative per l'acquisizione di competenze specifiche per le risorse umane che svolgono attività professionali che influenzano la prestazione e l'efficacia del SGQ.

La Direzione assicura che il personale sia competente sulla base di appropriata formazione ed esperienza, fornisce o intraprende altre azioni per favorire l'acquisizione delle necessarie competenze, e valuta l'efficacia delle azioni realizzate.

Le risorse umane neo-immesse nelle attività scolastiche per ruoli funzionali all'interno del SGQ vengono informate sulle caratteristiche e sui requisiti del sistema. Alle stesse è fornito l'accesso alla corrispondente documentazione e, in particolare, al Manuale della Qualità.

Le figure designate alla gestione del SGQ forniscono le dovute informazioni e supportano i neo-immessi nella definizione del ruolo e responsabilità connesse.

Di ciascuna attività di aggiornamento e formazione sono conservate apposite Informazioni documentate che attestano l'oggetto e i contenuti dell'attività, i partecipanti, la durata, i formatori ecc. nonché gli esiti del monitoraggio sul gradimento dell'attività formativa. Analogamente sono conservate informazioni documentate relative all'evidenza circa l'acquisizione delle competenze (titoli di studio, aggiornamento CV, attestati di qualifica, certificazioni di competenze specifiche, ecc.).

La Direzione si adopera affinché le predette informazioni documentate siano correttamente aggiornate e conservate.

La Direzione, attraverso azioni di monitoraggio e questionari, individua i fabbisogni formativi del personale, ai fini della programmazione annuale o pluriennale.

Il Programma di formazione è rivolto a tutto il personale ed ha lo scopo di far acquisire le competenze necessarie a svolgere i compiti assegnati e ad integrare e migliorare il servizio di istruzione nonché di promuovere la crescita professionale. Le conoscenze e competenze da sviluppare possono riguardare:

- l'area della qualità, dei suoi metodi e strumenti;
- la preparazione specialistica;
- l'acquisizione di metodologie formative (formazione formatori), di strumenti organizzativi e operativi (conoscenze linguistiche, *office automation* ecc.), relazionali e promozionali, ecc.;
- l'approfondimento dei processi dell'Istituto finalizzati al funzionamento sinergico del SGQ in relazione ai singoli ruoli e compiti.

La verifica dell'efficacia della formazione può essere valutata attraverso questionari di autovalutazione, dati e statistiche sul lavoro svolto, interviste svolte durante le visite ispettive interne, ecc.

### 7.3 CONSAPEVOLEZZA

La Direzione attua le azioni necessarie affinché le risorse umane che operano all'interno del SGQ siano consapevoli dei requisiti cogenti del sistema, della politica e dei relativi obiettivi per la qualità, del proprio contributo all'efficacia del sistema di gestione per la qualità nonché dei vantaggi che derivano dal miglioramento delle prestazioni e di ciò che potrebbe comportare un mancato soddisfacimento dei requisiti del Sistema stesso.

La Direzione si assicura, pertanto, che le singole figure di sistema o operatori che svolgono attività all'interno del SGQ conoscano:

- la Politica per la qualità;
- gli obiettivi generali per la qualità e gli obiettivi per la qualità che incidono sulla personale attività;
- l'effetto della loro attività sull'efficacia del SGQ ed il grado di responsabilità connesso;
- le implicazioni delle non conformità ai requisiti di sistema.

Le azioni intraprese per creare tale consapevolezza rientrano nelle azioni di comunicazione (req. 7.4) attuate dalla Direzione, quali riunioni interne e/o con utenti o fornitori, comunicazioni da parte della stessa Direzione, attività di formazione specifica, diffusione di dati inerenti le prestazioni, utilizzo di siti web ecc.

La Direzione favorisce l'acquisizione di un buon livello di consapevolezza del personale anche attraverso la partecipazione a eventi/convegni/giornate di studi pianificate o meno dall'Organizzazione, direttamente o per il tramite di istituti appartenenti alla rete, sia a livello locale, regionale che nazionale.

### 7.4 COMUNICAZIONE

L'Organizzazione ritiene che la comunicazione sia uno strumento fondamentale per rendere efficace il SGQ; pertanto definisce cosa è necessario comunicare e quali canali e metodi comunicativi adottare in funzione delle informazioni/comunicazioni da diffondere.

La comunicazione è rivolta sia all'esterno (utenza, fornitori, parti interessate rilevanti) sia all'interno e pertanto vengono individuati diversi canali e metodi da utilizzare per ciascuna delle due tipologie.

Nel caso in cui la comunicazione riguardi la diffusione/trasmisione/ricezione di documenti o informazioni formali, l'Istituto si avvale di metodi formali quali protocolli, email, pec, peo, ecc.; mentre per aspetti non formali può avvalersi di siti web, chat, riunioni ecc.

La Direzione garantisce una capillare diffusione interna delle informazioni per consentire a tutti di partecipare al raggiungimento degli obiettivi prefissati e di tenere sotto controllo l'aderenza della loro attività a quanto pianificato.

La Direzione informa, altresì, periodicamente il personale sull'andamento del SGQ e sulla sua efficacia nel conseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione agevola e sollecita comunicazioni interne bilaterali per acquisire suggerimenti, proposte e feedback per il miglioramento generale del SGQ.

La Direzione definisce quali siano i contenuti e le responsabilità per la comunicazione ai vari livelli interni e per l'esterno.

### 7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

#### 7.5.1 Generalità

La Direzione "mantiene" i documenti che richiedono aggiornamento delle informazioni; "conserva" i documenti contenenti informazioni, che forniscono evidenza che un requisito sia stato soddisfatto o meno, che devono essere protette da deterioramenti o modifiche non autorizzate.

#### 7.5.2 Creazione e aggiornamento

L'insieme delle informazioni documentate richieste dal SGQ all'atto della sua creazione e del suo aggiornamento, prevede che ognuna di esse sia:

- identificata e descritta
- rappresentata da un formato (cartaceo e/o elettronico o altro) e, ove necessario, stabilire il software e la versione da utilizzare nonché la lingua in cui le informazioni devono essere scritte
- riesaminata ed approvata con riferimento alla sua adeguatezza ed idoneità



### 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

Le informazioni documentate del SGQ sono tenute sotto controllo affinché:

- possano essere disponibili ed idonee all'utilizzo quando e dove necessario;
- siano protette in maniera adeguata (da perdita di integrità, utilizzo non appropriato, perdita di riservatezza).

Quando le informazioni documentate di origine esterna sono ritenute necessarie per la pianificazione ed il funzionamento dei processi del SGQ sono identificate e tenute sotto controllo.

Le informazioni documentate che danno evidenza di conformità sono protette da alterazioni involontarie.

L'Istituto tiene sotto controllo le informazioni documentate attraverso l'attuazione della procedura PG 04.02 "Informazioni documentate" che descrive in maniera puntuale riferimenti, attività, responsabilità.

Nella PG 04.02 sono definite le modalità operative per la tenuta sotto controllo delle informazioni documentate necessarie alla redazione, identificazione, riesame, approvazione ed emissione.

Sono inoltre definite le modalità per la distribuzione, l'accesso, il reperimento, l'utilizzo, l'archiviazione e la preservazione, la revisione e gli aggiornamenti, la conservazione e la eliminazione.

Costituiscono allegati integrativi alla PG 04.02:

- Elenco informazioni documentate (Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti - applicazione alle istituzioni scolastiche – come da Allegato 2 della Delibera ANAC 430 del 13/04/2016)
- Elenco documenti di origine esterna (Registro giornaliero di Protocollo informatico)

BOLLA

## SEZIONE 8

# ATTIVITA' OPERATIVE

### 8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI

La pianificazione è la fase in cui l'Istituto definisce i processi correlati alla progettazione generale del SGQ e alla progettazione ed erogazione del servizio di istruzione.

La Direzione, in relazione alle rispettive responsabilità, predispone la necessaria documentazione per pianificare, attuare e tenere sotto controllo i processi necessari attraverso:

- l'identificazione dei requisiti cogenti e volontari che regolano l'erogazione del servizio e la coerenza con i processi del Sistema di Gestione Qualità;
- la definizione degli obiettivi/standard del servizio;
- la determinazione delle risorse in misura adeguata ai singoli processi;
- l'attribuzione delle responsabilità e l'attuazione delle attività di monitoraggio per il funzionamento e la tenuta sotto controllo dei processi;
- l'elaborazione e attuazione di procedure di gestione dei processi o di loro parti;
- l'individuazione delle informazioni documentate necessarie a dimostrare la conformità del servizio in relazione a quanto pianificato.

Nell'ambito delle attività di pianificazione sono considerati:

- rischi ed opportunità che possono incidere sul servizio e relative azioni tese a prevenire o mitigare gli effetti dei rischi e potenziare le opportunità (**All. 2 - Analisi del Sito e all. 2 bis** – valutazione rischi);
- risorse umane, tecnico/tecnologiche, finanziarie ed altro, da impiegare nei diversi processi (personale, Laboratori, aule, attrezzature, finanziamenti, ecc.);
- strumenti da utilizzare e documenti da conservare, inclusi i livelli di responsabilità, per la loro gestione e tenuta (organigramma, quadro orario degli indirizzi, piani di studio, registri di classe e del docente, ecc.);
- attività periodiche, intermedie e finali di verifica, revisione, ed eventuale modifica della pianificazione stessa;
- processi relativi alla fornitura di prodotti e/o servizi che possono influire sul processo di pianificazione;
- fabbisogni di informazione, formazione, addestramento ed eventuale qualifica del personale incaricato ai diversi livelli;
- esiti relativi alla erogazione del servizio delle annualità precedenti.

Nelle attività di pianificazione l'Istituto considera i processi affidati a terzi che possono influire sui requisiti del sistema.

Sono mantenute informazioni documentate che diano evidenza della conformità dello sviluppo dei processi secondo quanto pianificato e conformità del servizio ai requisiti

#### 8.1.1 Processi affidati a terzi da parte dell'Organizzazione

L'istituzione scolastica ha affidato a terzi la funzione di RSPP, di DPO, di Medico competente.

### 8.2 REQUISITI DEL SERVIZIO

L'Istituto si prefigge l'obiettivo di facilitare e rendere trasparenti i rapporti con l'utenza e le altre parti interessate per un servizio rispondente alle aspettative e per il miglioramento continuo dello stesso.

L'Istituto accerta che:

- i requisiti dell'utente e delle altre parti interessate siano *individuati, definiti e compresi*;
- le caratteristiche del servizio siano anch'esse opportunamente definite e gli eventuali disallineamenti rispetto ai requisiti delle parti siano individuati e motivati;
- sussistano mezzi, strutture, risorse per soddisfare i requisiti e garantire l'effettività dell'erogazione.

## 8.2.1 Comunicazioni con l'utenza

La comunicazione all'interno del SGQ si realizza attraverso la *comunicazione interna ed esterna*.

### Comunicazione interna

Si esplicita attraverso scambi formali e informali all'interno dell'Istituto tra le risorse che ne fanno parte nel rispetto dei ruoli e delle competenze a ciascuno riconosciuti.

La circolarità dell'informazione e della comunicazione all'interno del sistema è ritenuta basilare in quanto permette, nella condivisione e nel confronto permanente, un costante aggiornamento e potenziamento delle competenze funzionali al sistema stesso e ad una crescita ed un miglioramento progressivo dell'intera organizzazione.

La comunicazione può riguardare:

- comunicazioni interne alla stessa sede o tra le sedi dell'I.I.S. (istruzioni operative, informazioni ecc.)

### Comunicazione esterna

Si intende l'attività di informazione e comunicazione tra l'Istituto e utenza/soggetti/istituzioni/enti e altre parti interessate in relazione agli obiettivi del SGQ e ai requisiti del servizio erogato che ci si prefigge di garantire.

A seconda della tipologia di informazioni/comunicazioni vengono attivati canali comunicativi diversi, anche plurimi, che garantiscono il trasferimento delle informazioni. La Direzione individua le modalità di comunicazione e i canali appropriati in funzione dell'obiettivo del miglioramento continuo del servizio erogato.

### Comunicazione con l'utenza e le parti interessate

- Azioni di orientamento, ri-orientamento e accompagnamento alla scelta del percorso di studi;
- informazioni alle famiglie in merito al servizio e all'andamento scolastico degli studenti;
- gestione dei reclami;
- regolamenti adottati dall'Istituto;
- PTOF e regolamento d'istituto
- Patto di corresponsabilità
- Assemblee e riunioni periodiche con le famiglie
- Rapporti con gli Enti rappresentativi del territorio
- Rapporti con imprese, associazioni ecc.
- incontri organizzati dall'Istituto
- Accesso al Registro elettronico da parte delle famiglie e degli studenti con apposite credenziali
- Applicazioni e piattaforme dedicate

*La Direzione ha informato le parti interessate anche del nominativo del referente presente per le diverse comunicazioni nonché per le attività riguardanti la gestione del servizio.*

*La Direzione ha indicato le modalità attraverso le quali le informazioni e le comunicazioni sono indirizzate alle parti interessate come*

- moduli previsti nel Sistema di gestione per la qualità
- sito web
- Registro elettronico
- comunicazioni scritte di vario genere (e-mail, lettere, ecc.)
- brochure, materiale multimediale, video e altro materiale informativo
- riunioni e assemblee aperte alle diverse parti interessate e a vari livelli
- spazi all'interno della scuola per l'informazione rivolta agli utenti, in particolare per orario delle lezioni, orario di apertura degli uffici, organigramma

Le comunicazioni inerenti il SGQ, interne ed esterne, formalizzate con documento cartaceo o digitale riportano il logo di certificazione rilasciato dall'ente di certificazione secondo le disposizioni dettate dallo stesso.

## 8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi al servizio

La Direzione dell'Istituzione scolastica: identifica i requisiti del servizio oggetto di certificazione tenuto conto delle aspettative delle parti interessate rilevanti in relazione alle specificità socio-culturali ed economiche locali e settoriali.

I requisiti del servizio di istruzione sono determinati:

- dal quadro normativo della legislazione scolastica, con particolare riferimento agli ordinamenti dell'istruzione tecnica e professionale, all'autonomia scolastica, alla gestione e organizzazione della vita scolastica, ai contratti collettivi di lavoro
- dal quadro di riferimento della normativa relativa agli standard di formazione (PECUP);
- dai requisiti delle parti interessate rilevanti, con particolare attenzione a studenti e famiglie, e ai requisiti che consentano di dare valore aggiunto all'intervento formativo che possono emergere in modo esplicito o implicito
- dagli esiti e dai risultati relativi al processo di erogazione del servizio degli anni precedenti.

La Direzione specifica ed esplicita i requisiti individuati in base ai presupposti sopra indicati attraverso:

- il Piano Triennale dell'Offerta Formativa, documento di programmazione che evidenzia il legame logico tra missione, obiettivi, attività e risorse, elaborato dal Collegio dei Docenti sulla base degli indirizzi e le scelte di gestione definiti dal DS e approvato dal Consiglio di Istituto
- il RAV
- il Programma Annuale, strumento economico-finanziario di attuazione del PTOF, elaborato dal Dirigente scolastico coadiuvato dal DSGA e approvato dal Consiglio di Istituto
- il Piano di miglioramento

## 8.2.3 Riesame dei requisiti relativi al servizio

La Direzione procede ad un riesame dei requisiti finalizzato alla riduzione dei potenziali rischi durante lo svolgimento delle attività con particolare attenzione alla fase di erogazione del servizio.

Il riesame dei requisiti prende in considerazione, oltre ai fattori già citati nella prima definizione dei requisiti del servizio (par. 8.2.2), gli ulteriori elementi che influiscono sulla qualità del servizio stesso.

Il riesame dei requisiti, favorito da input provenienti sia dalle sedi collegiali che da singole parti interessate, interne ed esterne, può essere effettuato in qualunque fase di svolgimento delle diverse attività.

La Direzione conserva informazioni documentate attestanti l'avvenuta attività di riesame e degli esiti, ivi compresi eventuali nuovi requisiti del servizio.

## 8.2.4 Modifiche ai requisiti relativi al servizio

In caso di modifiche ai requisiti del servizio, l'Istituto provvede a documentare le revisioni aggiornando le informazioni in modo appropriato; le modifiche ai requisiti sono comunicate, se necessario, alle persone interessate (siano esse interne o esterne).

Le modifiche ai requisiti del servizio che incidono sulle caratteristiche dell'offerta formativa, sono acquisite nelle fasi di stesura/revisione del PTOF che costituisce l'informazione documentata di riferimento. La nuova offerta formativa è comunicata tramite incontri di orientamento e/o informazione.

Le modifiche dei requisiti che comportano variazioni delle attività didattiche nel corso dell'anno sono comunicate alle parti interessate secondo quanto previsto al par. 8.2.1.

## 8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO

### 8.3.1 Generalità

La progettazione e lo sviluppo del servizio sono riferiti al complesso delle attività che riguardano l'attuazione dell'offerta formativa relativa ai percorsi di istruzione, dalla fase della sua pianificazione fino alla fase preliminare della erogazione.

La Direzione elabora gli indirizzi per le attività, la gestione e l'amministrazione dell'istituzione scolastica. L'atto di indirizzo costituisce uno dei presupposti per la elaborazione del PTOF dal quale prende avvio il processo di progettazione e successiva erogazione delle attività didattiche.

L'attività di progettazione e sviluppo viene pianificata e controllata attraverso l'applicazione dei criteri specificati dalla PG 06.01 che individua le varie fasi di attività, responsabilità e competenze, la documentazione di riferimento, i tempi di sviluppo, la documentazione da realizzare e i punti di verifica del progetto.

L'intero processo della progettazione e sviluppo, ferme restando le specifiche funzioni e competenze del DS e degli organi collegiali, è coordinato dal Responsabile della Progettazione (RdP) che interagisce con le diverse figure coinvolte.

### 8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo

L'Istituto pianifica e controlla la progettazione degli interventi formativi e definisce:

- le fasi della progettazione;
- tempi, luoghi e modalità per l'attività di riesame, verifica e validazione della stessa;
- le responsabilità nelle diverse fasi;
- le modalità di modifica alla progettazione.

Annualmente il Collegio Docenti (CD), anche attraverso sue Commissioni e/o Dipartimenti, procede alla pianificazione del progetto formativo sulla base degli input derivanti da organi collegiali, utenza e altre parti interessate nonché attraverso l'analisi del contesto normativo di riferimento, dei risultati dei monitoraggi condotti, dei fabbisogni formativi emersi dal territorio ecc.

La Direzione definisce la fase di pianificazione con la **Scheda Pianificazione Progetto** (PG.06.01-MO.01) nel quale sono indicate le attività, le tempistiche di attuazione, di verifica, riesame e validazione, i responsabili dell'attività, i controlli, i documenti di riferimento (in entrata e in uscita) utilizzati per pianificare l'attività.

Il Responsabile della progettazione (RdP) provvede alla redazione del PG.06.01-MO.01 in collaborazione con le altre funzioni di sistema e sulla base delle deliberazioni degli organi competenti.

Il modello PG.06.01-MO.01 è aggiornato periodicamente con lo stato di avanzamento delle varie fasi previste per la realizzazione del progetto.

### 8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

Gli elementi in ingresso alla progettazione, individuati sulla base della partecipazione diffusa delle diverse figure di sistema, sono sistematizzati dal RDP nella Scheda di pianificazione del progetto. Costituiscono input primari alla progettazione:

- requisiti cogenti da norme, convenzioni, regolamenti e indirizzi regionali, nazionali, comunitari e internazionali
- informazioni sul contesto di riferimento
- valutazione dei rischi e delle opportunità
- obiettivi del PTOF e PdM
- esiti derivanti dalle progettazioni degli anni scolastici precedenti
- risorse umane e strumentali
- risultati di apprendimento in uscita dai percorsi di istruzione
- esiti dei monitoraggi
- altri requisiti funzionali alla progettazione e sviluppo in relazione alla specificità del singolo sito (partenariati, progetti similari, metodologie ecc.)

Sono mantenute informazioni documentate sull'individuazione degli input alla progettazione.

### 8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo

Tutte le fasi relative alla progettazione e sviluppo sono sottoposte a controllo, finalizzato a verificare la completezza, la realizzabilità, la coerenza del progetto con gli obiettivi generali e ad assicurare che i successivi output siano compatibili con i relativi requisiti in ingresso.

I controlli si realizzano attraverso il *riesame*, la *verifica* e la *validazione* come fissato nella fase della pianificazione ed indicato nella procedura PG 06.01.

#### Riesame della progettazione

Il riesame è finalizzato a consolidare il corretto sviluppo delle attività di progettazione e la conformità del loro risultato agli obiettivi definiti; in sintesi, il riesame è il modo per assicurare che progettazione e sviluppo stiano procedendo come pianificato.

L'attività di riesame procede in parallelo con la progettazione e consiste in un'analisi della stessa condotta da tutti i rappresentanti delle funzioni coinvolte.

Le attività di riesame possono essere plurime (in senso cronologico e funzionale) e possono riguardare il complesso della progettazione ovvero ciascuna delle diverse fasi del progetto. I riesami vanno preventivamente pianificati e collocati nei momenti decisivi del progetto. In ogni caso, la pianificazione deve prevedere almeno un riesame.

Scopo del riesame è:

- valutare se i risultati della progettazione e sviluppo siano in grado di soddisfare i requisiti iniziali (fattibilità, completezza degli input, affidabilità, sicurezza, avanzamento del progetto e tempistiche, disponibilità di risorse, ecc.);
- individuare eventuali criticità e trovare le opportune soluzioni.

Delle attività di riesame sono esplicitati presupposti, analisi e risultati nei rispettivi documenti di riferimento (es. verbali CD, CC, Dipartimenti, commissioni ecc.) in relazione alla fase e al momento in cui sono realizzate. Risulta fondamentale che le attività svolte siano formalmente qualificate, in modo inequivocabile, nei predetti documenti come riesame della progettazione e sviluppo.

Sulla Scheda Pianificazione Progetto vengono riportati gli elementi essenziali di ciascun riesame.

### Verifica della progettazione

La verifica della progettazione e dello sviluppo ha lo scopo di assicurare che gli elementi in uscita dalla progettazione (output) siano compatibili ed adeguati con i relativi requisiti in ingresso (input).

La verifica è una attività di controllo di tipo tecnico e, pertanto, è opportuno che sia condotta da soggetti e/o organismi qualificati allo scopo e individuati in sede di pianificazione della progettazione dalla Direzione.

Le attività di verifica possono essere eseguite una o più volte durante l'avanzamento del progetto.

Le attività di verifica riguardano:

- esame dei documenti prodotti
- riscontro dei tempi e modi di erogazione delle attività didattiche programmate;
- riscontro della adeguatezza e idoneità delle infrastrutture, attrezzature didattiche e professionali e, ove necessario dell'attuazione dei piani di approvvigionamento;

La verifica della progettazione può prevedere anche le seguenti attività:

- confronto del nuovo progetto con uno simile già sperimentato;
- simulazioni tecnico operative;

Nel caso in cui la verifica fornisca esiti negativi, le eventuali modifiche alla progettazione e sviluppo sono definite con apposito riesame.

### Validazione della progettazione

La validazione va eseguita sul "prodotto finale" della progettazione e sviluppo e si concretizza nel riscontro dell'idoneità del servizio, così come progettato, alle finalità precipue e alla soddisfazione dei requisiti. Per "prodotto finale" si intende il complesso delle attività inerenti il servizio di istruzione come pianificato.

I dati emersi nelle validazioni intermedie e nella validazione finale vengono verbalizzati in modo chiaro ed esplicito nelle singole riunioni intermedie o nella riunione finale del CD e registrati nel documento PG.06.01-MO.01 che ne riporta gli elementi essenziali.

La particolare natura dell'oggetto della progettazione del presente SGQ, costituito da un servizio cui concorrono fattori variabili anche non immediatamente tangibili, non consente di attivare una validazione "tipo" che, nel caso di prodotti, si realizza più facilmente attraverso l'analisi e l'esame delle caratteristiche del prototipo del prodotto finale.

Per questo, l'Istituto ha previsto per l'attività di validazione lo sviluppa in due fasi distinte: pre e post erogazione dell'intervento formativo.

Nello specifico:

- **Pre-erogazione:** valutazione della coerenza tra i contenuti dell'intervento formativo con gli orientamenti dettati dagli organi di indirizzo nonché con le aspettative degli utenti e parti interessate. Tale valutazione sarà assunta dal CD ad inizio anno scolastico dopo il rinnovo/conferma del PTOF e la definizione della programmazione didattica.
- **Post-erogazione:** valutazione dell'intervento formativo in termini di efficacia ed efficienza mediante opportuni indicatori di valutazione tra i quali:
  - n° di moduli didattici svolti/n° di moduli didattici programmati
  - n° di promossi, sospesi, respinti rispetto al n° degli iscritti
  - n° degli interventi di recupero erogati su quelli programmati
  - andamento delle iscrizioni
  - parametri rappresentativi del raccordo con il territorio e il mondo del lavoro (es. convenzioni, accordi, n. studenti in stage o tirocini ecc.)

Delle attività di riesame, verifica e validazione della progettazione sono conservate informazioni documentate secondo le indicazioni di cui alla procedura PG 04.02

### 8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

Gli elementi in uscita (output) dalla progettazione e sviluppo forniscono le informazioni necessarie a tutti i processi correlati alla erogazione del servizio in relazione alla loro adeguatezza e coerenza con gli elementi in ingresso. Tali informazioni devono essere sufficientemente chiare, in modo da assicurare che le persone coinvolte abbiano compreso le azioni da eseguire e la sequenza.

Il risultato della progettazione è rappresentato dall'elaborazione della Programmazione didattica.

La Programmazione didattica è elaborata in modo unitario nei Dipartimenti e specificata, nell'ambito dei Consigli di classe, attraverso i Progetti esecutivi di ciascuna classe/disciplina che tengono conto delle peculiarità e caratteristiche di ciascun gruppo.

Gli elementi di uscita dalla Progettazione e sviluppo devono:

1. soddisfare i requisiti di ingresso alla progettazione e sviluppo (req. 8.3.3)
2. fornire adeguate informazioni per:
  - a. individuare gli elementi da dover acquisire (risorse materiali/umane)
  - b. definire la sequenza delle azioni delle attività oggetto della progettazione
  - c. contenere i vincoli di accettabilità del servizio
3. fare riferimento ad eventuali standard qualitativi da rispettare nell'erogazione del servizio;

Il Progetto esecutivo comprende:

- la struttura del programma formativo (corso/fase/moduli/unità didattiche) in relazione alle competenze da acquisire (obiettivi finali dell'intervento) e con indicazione dei tempi di realizzazione;
- la definizione di modalità e strumenti didattici (attività d'aula, laboratorio, alternanza scuola lavoro ecc.);
- le modalità di verifica e i criteri di valutazione

Gli elementi in uscita dalla progettazione e sviluppo devono essere forniti in forma tale da permettere la loro verifica a fronte degli elementi in ingresso e esprimere l'idoneità a costituire elementi di input a successive progettazioni. Devono altresì consentire il riesame, la verifica, e le validazioni intermedie e finali.

Degli output della progettazione sono conservate informazioni documentate secondo le indicazioni di cui alla procedura PG 04.02

### 8.3.6 Modifiche alla progettazione e sviluppo

Le modifiche alla progettazione seguono lo stesso iter di gestione della prima progettazione.

Le modifiche possono scaturire da input esterni (segnalazioni dell'utenza ecc.), interni o dalle attività di controllo realizzate nelle varie fasi della progettazione (riesame, verifica, validazione) o della successiva erogazione.

Le modifiche alla progettazione e sviluppo sono discusse, controllate e approvate dai soggetti/organismi competenti in modo da garantire che le stesse non determinino impatti negativi sulla conformità dei requisiti. A questo proposito, è svolta una analisi dei rischi/opportunità connessi all'impatto delle modifiche (**All. 2 bis**).

Delle modifiche alla progettazione sono conservate informazioni documentate secondo le indicazioni di cui alla procedura PG 04.02

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

### 8.4.1 Generalità

L'Istituto è consapevole che un rapporto di collaborazione e fiducia con i fornitori di prodotti e servizi migliora la capacità di creare valore, con reciproco vantaggio, e di accrescere la qualità del servizio di istruzione erogato.

La Direzione assicura che i processi, i prodotti e i servizi dei quali si rende necessario l'approvvigionamento dall'esterno e che hanno influenza sulla qualità dell'intervento formativo siano conformi ai requisiti specificati attraverso il controllo della gestione degli acquisti, dei servizi e prodotti forniti e attraverso il monitoraggio, la valutazione e la ri-qualificazione dei fornitori (PG 07.01)



L'approvvigionamento di beni e servizi viene gestito in conformità al Regolamento recante istruzioni generali sulla gestione amministrativo-contabile delle istituzioni scolastiche (Decreto 28 agosto 2018, n. 129), al Codice dei contratti (Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50) e al Regolamento acquisti.

La Direzione identifica, valuta, qualifica e seleziona i fornitori in base alla tipologia di prodotti/servizi forniti ed in base al loro grado di affidabilità.

#### Tipologie di prodotti e servizi approvvigionate dall'esterno

- materiale inventariabile e di consumo acquistato sul MEPA;
- consulenti e docenti esterni;
- servizi generici (es. visite d'istruzione, soggiorni di studio);
- aziende – imprese – enti per le attività di alternanza scuola lavoro, stage e tirocini;
- fornitura e manutenzione per dotazioni laboratorio;
- attività formative

La Direzione sceglie e approva i propri fornitori in funzione della loro capacità di soddisfare i requisiti specificati e in applicazione del Regolamento Acquisti approvato.

La responsabilità della qualificazione è del DS coadiuvato dal DSGA. La procedura di qualificazione, valutazione e ri-qualificazione dei fornitori è effettuata dal RSGQ, eventualmente supportato dal RUT, che fornisce le risultanze al DS e al DSGA desunte sulla base di:

- non conformità accertate sulle forniture;
- mancato rispetto dei requisiti specificati;
- risultato delle verifiche durante la fornitura/erogazione.

Per i fornitori è prevista una tempistica di ri-qualificazione biennale. Le principali fasi sono riportate di seguito:

**Definire le necessità di acquisto**

**Definire i requisiti di materiali e servizi da acquistare**

**Definire i criteri di valutazione dei fornitori**

**Valutare quali fornitori contattare**

Con la procedura PG 07.01 - Approvvigionamento e fornitori - sono definiti i controlli da attuare sui prodotti e servizi forniti dall'esterno affinché questi garantiscano la conformità.

I prodotti e i servizi per i quali si rende necessario il controllo sono:

- quelli funzionali, direttamente o indirettamente, alla erogazione del servizio
- quelli destinati ad influire sulla qualità del servizio erogato;
- quelli forniti direttamente al committente dal fornitore esterno, per conto dell'Organizzazione.

La procedura (PG 07.01) definisce, al fine della loro applicazione, i criteri per la valutazione, selezione e monitoraggio delle prestazioni e per la ri-qualificazione dei fornitori esterni.

La qualificazione dei fornitori ha lo scopo di valutare il tipo di prestazioni ricevibili, in modo da poter predisporre adeguate procedure in funzione della criticità del prodotto/servizio acquistato.

I fornitori sono qualificati sulla base di una valutazione sul comportamento che gli stessi hanno tenuto nel corso del biennio.

I criteri per la valutazione sono basati su:

- verifica del possesso di specifici requisiti (analisi del curriculum, attività pregressa, disponibilità,)
- indagine sui dati storici (in caso di fornitori abituali)
- invio di questionari specifici

L'Istituto conserva informazioni documentate relative alla fase di qualificazione dei fornitori e delle azioni intraprese a seguito della ri-qualificazione



#### 8.4.2 Tipo ed estensione del controllo

In relazione alla tipologia di processo, prodotto o servizio acquistato dall'esterno sono definiti i controlli da eseguire al fine di garantire il rilascio di prodotti e servizi idonei in riferimento ai requisiti richiesti.

Nel definire la tipologia e le modalità di controllo attuate sul fornitore esterno, l'Istituto può:

- verificare e controllare, secondo i criteri del presente MSGQ, i processi forniti da terzi mediante principi e criteri oggettivi, misurabili e verificabili descritti nel Regolamento Acquisti;
- controllare, definendone le modalità, sia il fornitore esterno sia gli output risultanti dalle attività del fornitore;
- determinare quale sia l'impatto potenziale dell'approvvigionamento in relazione alla capacità delle specifiche forniture di soddisfare i requisiti degli utenti/clienti;
- definire le verifiche necessarie ad assicurare che quanto fornito dall'esterno (processi, prodotti e servizi) soddisfi i requisiti richiesti al momento della stipula del contratto di fornitura.

I controlli da eseguire sui processi, prodotti o servizi sono in funzione della criticità del processo, prodotto o servizio acquistato e assumono come riferimento le caratteristiche tecniche riportate sull'ordine.

I controlli possono essere svolti da soggetti addetti a diverse funzioni a seconda della tipologia di prodotto acquistato, sotto la supervisione del DS, del DSGA e del RSGQ. L'esito del controllo è dato dalla firma sul documento che ne attesti gli esiti (es. verbale di collaudo, dichiarazione di conformità ecc.)

Nel caso di esito negativo dei controlli vengono attivate le procedure di gestione delle non conformità.

Le tipologie e le modalità di controllo/verifica eseguiti sui processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno sono descritti nella PG 07.01 - Approvvigionamento e fornitori.

#### 8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

Tutti gli ordini di acquisto contengono le informazioni necessarie a definire e identificare in modo chiaro ed univoco i prodotti e servizi ordinati.

Il processo di approvvigionamento ha avvio con le richieste di acquisto.

Le richieste di acquisto sono comunicate solo ai fornitori il cui iter di valutazione si sia concluso positivamente.

Sugli ordini d'acquisto sono riportate tutte le informazioni necessarie a definire i prodotti e/o servizi da acquistare includendo, quando applicabile:

- i requisiti del processo da fornire;
- i requisiti e le caratteristiche di prodotti/servizi, compresa la rispondenza a norme o disposizioni di legge;
- i criteri di approvazione dei prodotti e servizi;
- la competenza, comprese le qualifiche delle persone, ove pertinente in relazione al servizio;
- le interazioni tra il fornitore esterno e la Direzione;
- il controllo ed il monitoraggio da applicare sulle prestazioni del fornitore esterno;
- le attività di verifica o di validazione che la Direzione intende eseguire presso le sedi del fornitore esterno;
- I dati della Direzione;
- Il Codice Univoco per la emissione di fattura elettronica
- Il Codice Unico di Progetto (se previsto)
- Il CIG

Alcuni requisiti vengono a volte definiti in collaborazione con i fornitori per beneficiare delle loro conoscenze specialistiche.

Gli ordini d'acquisto sono verificati, prima della loro emissione, per garantire che il loro contenuto sia adeguato e completo dei dati relativi alla fornitura.

Gli acquisti di servizi e prodotti ripetitivi vengono gestiti in base ad un accordo quadro (contratti, ordini aperti, ecc.).

Ogni variazione o annullamento degli ordini è comunicata ai fornitori con le stesse modalità usate per inviare l'ordine originale.

## 8.5 EROGAZIONE DEL SERVIZIO

### 8.5.1 Controllo dell'erogazione del servizio

Le attività di erogazione del servizio si realizzano in condizioni controllate, al fine di raggiungere i risultati attesi e ridurre i potenziali output non conformi, con particolare riguardo alla dispersione scolastica e agli esiti non sufficienti degli scrutini; la riduzione dei predetti fenomeni (e, di contro, l'innalzamento delle competenze degli studenti) è, infatti, uno degli obiettivi principali del sistema nazionale di istruzione.

Le condizioni di controllo sotto le quali il processo di erogazione del servizio è costantemente mantenuto sono garantite dalle puntuali attività di osservazione effettuate dagli organismi preposti, ciascuno per le rispettive competenze, tese al riscontro dello stato di avanzamento del servizio erogato con lo sviluppo programmato per il conseguimento degli obiettivi.

Le principali attività sulle quali si svolgono le verifiche di controllo sono elencate di seguito:

- andamento dell'attività didattica
- coerenza della programmazione didattica con gli standard definiti
- prove di verifica intermedie e finali
- prove Invalsi e prove parallele
- valutazione delle prove
- erogazione e valutazione delle azioni di recupero
- attività di Alternanza Scuola – Lavoro
- attività collegiali
- esiti intermedi e finali.

La procedura che regola le attività di controllo periodico degli esiti dell'erogazione del servizio (PG 08.01 – Erogazione del servizio) tiene conto:

- degli risultati finali della formazione erogata
- delle informazioni disponibili che precisano le caratteristiche e i requisiti del servizio di istruzione desunte da PTOF, verbali degli organi collegiali e di indirizzo, relazioni sulle attività correlate al progetto formativo;
- delle istruzioni operative e di servizio (deliberazioni del DS) diffuse attraverso circolari o disposizioni di servizio;
- dell'utilizzo di idonee infrastrutture e ambienti per il funzionamento dei processi tramite il RUT e i responsabili di laboratorio cui vanno segnalati carenze o guasti;
- di analisi sugli esiti della formazione in termini di risultati delle verifiche didattiche, valutazioni intermedie e finali, attività di recupero e sostegno;
- degli esiti di attività di recupero e sostegno degli allievi;
- di strumenti idonei alla misurazione dell'efficacia del servizio formativo, quali griglie e rubriche di valutazione;
- dell'attribuzione di funzioni a personale che dispone di competenze e/o qualifiche idonee al ruolo attraverso la formalizzazione degli incarichi;
- dei risultati delle azioni tese a ridurre le condizioni di svantaggio del sistema determinate dal personale, con particolare attenzione al personale neo-assunto
- ove possibile, dell'impatto dei risultati finali dell'erogazioni sull'occupazione

Le modalità di esecuzione delle attività di controllo della erogazione del servizio per le istituzioni scolastiche sono descritte in dettaglio nelle PG 08.01 – Erogazione del servizio.

### 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* utilizza un sistema di identificazione ed archiviazione sia digitale sia cartacea che permette di correlare le attività e gli eventi alle relative evidenze documentali. L'identificazione e la rintracciabilità si riferiscono non solo agli output del servizio erogato ma, in generale, anche agli output dei diversi processi e, quindi, sono compresi anche prodotti intermedi del processo e servizi (es. risorse utilizzate, prodotti utilizzati, materiali didattici ecc.)

L'identificazione e la rintracciabilità delle evidenze prodotte nel corso dell'erogazione del servizio sono garantite dal sistema di codificazione adottato per tutti i documenti del SGQ. I documenti relativi alle singole classi sono tracciabili attraverso l'identificativo della classe e dell'Indirizzo di studio.

I documenti del SGQ sono identificati attraverso il codice e la data di revisione apposto su di essi.

L'Istituto ha provveduto all'identificazione del servizio erogato garantendo ad ogni persona di poter riconoscere ed individuare, per ogni servizio, attraverso informazioni documentate, il personale, i prodotti e le infrastrutture destinati al servizio stesso.

La rintracciabilità del servizio rappresenta anche la memoria dell'Istituto e dà sostanza alla ricostruzione della sua storia consentendo di risalire alle informazioni documentate relative alle attività ed ai controlli operati nelle fasi significative di erogazione e delle attività costituenti il servizio stesso.

Tutti gli atti e le informazioni relative all'attività sono archiviate in apposito fascicolo e/o cartella, anche elettronica, sotto la responsabilità della persona incaricata dell'attività. Gli atti e le informazioni che, secondo disposizioni normative, devono essere custodite dall'istituto sono conservate dagli uffici amministrativi, in aree riservate (digitali o fisiche), tenuto conto delle istruzioni impartite dalla Direzione e dal DPO (*Data Protection Officer*) se pertinenti con riservatezza e privacy. Oltre a quanto sopra-riportato, gli output dei principali processi sono identificati attraverso:

- giornale di classe elettronico o cartaceo
- registri personali dei docenti
- verbali degli organi collegiali e delle commissioni
- programmazioni di dipartimento;
- orario annuale delle lezioni;
- piani di lavoro dei docenti;
- relazioni finali dei docenti;
- tabelloni dei risultati degli scrutini;
- elaborati e verifiche degli allievi;
- documenti relativi alla progettazione;
- documenti relativi alla manutenzione di apparati e strumentazioni dei laboratori;
- documenti sulla carriera dei singoli studenti (verifiche, attività di alternanza scuola lavoro, assenze ecc.)
- comunicazioni interne ed esterne

### 8.5.3 Proprietà che appartengono agli utenti o altre parti interessate o ai fornitori esterni

In relazione alla tipologia del servizio erogato e dei diversi processi attivati, l'Organizzazione applica il Codice della Privacy e misure minime di sicurezza (GDPR) relativo alla gestione dei dati personali.

La Direzione è in possesso dei dati personali degli studenti, del personale e di soggetti esterni con i quali interagisce.

Per **proprietà dell'utenza** si possono intendere:

- la documentazione richiesta all'utenza in sede di iscrizione a scuola
- carta di Identità
- codice fiscale
- titolo di studio
- documentazione sanitaria

Per la conservazione dei dati personali è richiesto il consenso e le necessarie autorizzazioni riguardanti il trattamento dei dati personali.

Per quanto concerne i fornitori esterni, la Direzione si impegna nella cura e conservazione delle **proprietà dei fornitori esterni** essendo responsabile della loro buona conservazione, immagazzinamento e del corretto utilizzo secondo quanto contrattualmente definito. Tali proprietà possono essere:

- proprietà intellettuali (specifiche, disegni, marchi, copyright; ecc.) e dati personali
- attrezzature fornitori.

### 8.5.4 Preservazione

La Direzione opera al fine di preservare gli output dell'erogazione dei servizi per garantire la conformità ai requisiti e per prevenire ogni danno che possa essere provocato da una non corretta preservazione sia dei prodotti utilizzati, sia degli output del servizio, e applica questo requisito a ciò che viene acquistato, a ciò che viene prodotto durante l'erogazione ed alle proprietà dell'utenza.

### 8.5.5 Attività di post consegna

La Direzione ritiene che il conseguimento del titolo di studio conclusivo dei percorsi di istruzione costituisca consegna del servizio.

Le attività di post consegna, pertanto, costituiscono l'ulteriore verifica che l'Istituto mette in atto al fine di valutare la rispondenza di quanto attuato con l'effettiva valenza del titolo conclusivo acquisito nei contesti di riferimento di studio e lavoro.

La **fase di post consegna** quindi prevede attività di *follow-up* dell'erogazione del servizio formativo che tengono conto di indicatori quali:

- livello di occupazione dei diplomati a breve e medio termine;
- tipologie di lavoro a cui hanno avuto accesso;
- prosecuzione degli studi nei settori formativi coerenti con la formazione pregressa.

I predetti indicatori sono identificati in modo esemplificativo ma non esaustivo.

Le attività della fase post consegna possono riguardare:

1. Interviste ai diplomati e monitoraggi gestiti *in house*
2. Indagini come strumento di valutazione per l'orientamento post diploma (Eduscopio ecc.)
3. Azioni di accompagnamento (*placement*) al lavoro anche con sportelli informativi (*counselling*) e appositi progetti

### 8.5.6 Controllo delle modifiche

Qualora durante le attività di erogazione dei servizi si rendessero necessarie delle modifiche la Direzione le riesamina e le tiene sotto controllo con le modalità tali da garantire la continua conformità ai requisiti.

A seguito delle modifiche la Direzione conserva informazioni documentate che descrivano i risultati del riesame, la persona che autorizza le modifiche e le azioni necessarie derivanti dal riesame

## 8.6 RILASCIO DEL SERVIZIO

La fase di rilascio consiste nel verificare che tutti i criteri definiti per l'accettazione del servizio erogato siano stati soddisfatti. La Direzione definisce in fase di pianificazione tutte le fasi e le attività di verifica necessarie, compresi gli esiti delle attività di monitoraggio, per garantire che i requisiti del servizio siano soddisfatti.

La Direzione pianifica e mette in atto controlli per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi e dei requisiti definiti nel PTOF nonché il grado di soddisfazione dell'utenza. Gli esiti delle attività di controllo possono essere utilizzati per definire attività volte a migliorare le prestazioni.

Ultimate tutte le fasi di verifica con esito soddisfacente viene validato il servizio erogato.

Sono conservate informazioni documentate che evidenziano la conformità ai criteri di accettazione (verbali Dipartimento, CD, CC, valutazioni, esiti degli scrutini intermedi e finali, questionari ecc.).

Quando è richiesto dal cliente, la documentazione attestante la fase di rilascio è firmata dalla Direzione e consegnata al richiedente.

## 8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI

La tenuta sotto controllo del servizio non conforme si attiva ogniqualvolta venga rilevata una non conformità. Ciò può avvenire attraverso la segnalazione del singolo soggetto operante all'interno dell'Istituto in fase di autocontrollo, a seguito degli esiti non positivi delle attività di audit o verifiche, attraverso i reclami degli utenti, a seguito di analisi degli esiti dell'erogazione del servizio ecc.

Le non conformità, rilevate o anche potenziali, devono essere tempestivamente segnalate al RSGQ, che provvede alla loro registrazione e a sottoporle all'attenzione del DS.

Per le attività didattiche le non conformità rilevate sono analizzate nell'ambito del Consiglio di Classe e/o dei Dipartimenti e/o del Collegio dei Docenti in relazione alla tipologia di NC rilevata e delle connesse funzioni e responsabilità.

Le proposte relative alla modalità di trattamento delle NC e delle verifiche di efficacia sono riportate nei documenti ufficiali e nei verbali degli organi collegiali e sono sottoposte al DS. I reclami da parte degli utenti/clienti sono presi in carico qualunque sia la forma attraverso la quale sono rappresentati (verbale o scritta). Il soggetto che riceve il reclamo segnala la NC al RSGQ.

Successivamente il DS:

- indica le eventuali azioni integrative o correttive atte a rimuovere o a risolvere la non conformità;
- individua il responsabile del trattamento della NC che provvede, in collaborazione con il RSGQ, a verificare che la non conformità sia stata effettivamente superata.

La Direzione gestisce il trattamento degli output non conformi attraverso la procedura PG 10.01 – Non Conformità e Azioni Correttive

Il RSGQ deve effettuare, almeno semestralmente, una analisi documentata sullo stato di attuazione del trattamento delle NC.

BOLLA

## SEZIONE 9

# VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

### 9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

#### 9.1.1 Generalità

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* qualifica il monitoraggio, sia in fase di progettazione, che di erogazione e successiva validazione del servizio, come momento di verifica della qualità del servizio al fine di assicurare la soddisfazione dell'utenza e, più in generale, di garantire il rispetto dei requisiti delle parti interessate rilevanti ed orientare i processi al miglioramento continuo.

I processi di monitoraggio si pongono l'obiettivo di:

- assicurare la costante conformità delle attività formative fornite ai requisiti dell'utenza e a quelli cogenti;
- assicurare la conformità del SGQ alla norma ISO 9001:2015
- fornire i dati per impostare azioni di miglioramento

L'IIS *Sella Aalto Lagrange*, al fine di tenere sotto controllo i risultati attesi, definisce quali elementi del SGQ sia necessario monitorare, nonché i metodi/strumenti da utilizzare per l'analisi e la valutazione delle prestazioni.

La determinazione minima degli elementi da monitorare è riconducibile a:

- processi del sistema di gestione per la qualità
- obiettivi per la qualità
- progettazione ed erogazione del servizio
- soddisfazione dell'utente e parti interessate rilevanti

Nel procedere alla determinazione delle risorse, l'IIS *Sella Aalto Lagrange* considera le capacità di risorse interne ed i vincoli relativi (budget, disponibilità temporali, ecc.).

La Direzione pianifica ed attua processi di monitoraggio, tenuto conto degli obiettivi generali del Sistema e di quelli specifici che caratterizzano ogni singola sede. Per questo, le attività di monitoraggio sono definite all'interno dei siti ed affidate, a cura della Direzione, alle funzioni interne in relazione alle diverse competenze e responsabilità.

Attraverso la pianificazione e l'attuazione dei monitoraggi la Direzione si propone di:

- misurare il grado di soddisfazione dell'utenza e/o parti interessate rilevanti attraverso la sistematica raccolta ed analisi di informazioni e dati inerenti le loro aspettative e la percezione degli stessi nei confronti della qualità del servizio. Rientrano in tale misurazione, a titolo di esempio, la gestione dei reclami, questionari di *customer satisfaction*, esiti di feedback su formazione del personale ecc.
- verificare l'efficace attuazione del SGQ e conformità alla Politica, ai requisiti, alla pianificazione stabilita ed alla normativa di riferimento applicabile anche attraverso ulteriori verifiche interne oltre quelle degli Audit Interni
- verificare i processi di erogazione delle prestazioni mediante azioni di controllo delle attività svolte e dei risultati ottenuti in relazione alla pianificazione e progettazione di riferimento
- acquisire informazioni e/o dati per valutare rischi e opportunità derivanti dai processi di gestione

#### Monitoraggio

- Campo di indagine del monitoraggio: servizio erogato nel Sistema Qualità
- Azione: controllo e verifica degli adempimenti
- Responsabile: Dirigente scolastico
- Metodo / Strumento: Audit interni, Revisione documentazione
- Tempistica: Adeguata agli obiettivi prefissati
- Analisi e valutazione dei risultati: individuazione delle strategie per il miglioramento dei processi

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* conserva informazioni documentate quali evidenze dei risultati delle azioni di monitoraggio (risultanze dei questionari, ecc.)

### 9.1.2 Soddisfazione del cliente

Per rilevare la percezione dell'utenza riguardo la qualità del servizio erogato e verificare che le esigenze ed aspettative delle parti siano state soddisfatte, l'IIS *Sella Aalto Lagrange* focalizza l'attenzione sul monitoraggio delle informazioni di ritorno da parte dell'utenza e/o delle parti interessate per valutare la soddisfazione del servizio e definire le opportunità di miglioramento.

Le informazioni di ritorno sono prese in carico e valutate nei casi in cui:

a) **sono sollecitate dalla Direzione richiedendo, attraverso appositi questionari, un giudizio sul servizio ricevuto.**

La Direzione delle singole sedi, coadiuvate dal RSGQ, determinano i contenuti dei questionari tenuto conto delle caratteristiche del SGQ e dei requisiti dell'utenza specifica. I questionari rivolti all'utenza costituiscono strumento di monitoraggio da somministrare con cadenza temporale, di norma, a conclusione dei percorsi nelle singole annualità. In caso di eventi o condizioni particolari il monitoraggio può determinarsi anche in fasi intermedie.

Sono definiti anche questionari per le parti interne (docenti/personale ATA). Se necessario, i questionari sono periodicamente revisionati anche in relazione a suggerimenti o segnalazioni pervenute,

b) **sono proposte su iniziativa dell'utenza e delle altre parti interessate.**

La Direzione pongono particolare attenzione alla gestione dei reclami e, più in generale, ad ogni segnalazione comunque pervenuta indipendentemente dalla modalità o dal mezzo utilizzato (lettera, mail, comunicazione telefonica, informativa verbale ecc. ) inerente il servizio erogato. Le segnalazioni/reclami sono comunicate, da parte del soggetto che ha ricevuto l'informazione, al RSGQ che provvede a registrarle su apposito supporto (cartaceo – multimediale)

Dall'analisi e dalla valutazione delle informazioni acquisite, l'IIS *Sella Aalto Lagrange* determina il livello di soddisfazione del cliente e quindi intraprende le azioni ritenute necessarie in correlazione ai risultati ottenuti.

I risultati delle rilevazioni sono portati a conoscenza del Collegio docenti e Consiglio di Istituto e costituiscono input al Riesame della direzione.

### 9.1.3 Analisi e valutazione

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* esegue un'analisi e valutazione dei dati e delle informazioni provenienti dai monitoraggi. Tale azione ha lo scopo di definire se i processi, le azioni e il servizio erogato soddisfino i requisiti in ingresso.

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* ha quindi definito quali siano i dati e le informazioni da sottoporre ad analisi ed in linea generale questi provengono da:

- conformità dei servizi forniti;
- esito delle attività di monitoraggio;
- prestazioni e efficacia del Sistema di Gestione;
- efficacia della pianificazione e progettazione del servizio;
- attività relative alla gestione delle risorse umane e delle infrastrutture;
- esito dell'analisi di contesto e delle esigenze delle parti interessate
- esito delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità
- i risultati derivanti dalla conduzione degli audit interni
- lo stato e l'efficacia del trattamento delle NC (ivi compresa la gestione dei reclami) e delle azioni correttive e di miglioramento definite ed attuate
- stato degli obiettivi della qualità (indicatori)

La scelta dei dati e delle informazioni citate garantisce che i risultati delle attività di analisi e valutazione conducano a valutare:

- le prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità e definire l'esigenza di miglioramento
- la conformità dei prodotti e dei servizi
- il grado di soddisfazione del cliente
- se quanto pianificato è stato eseguito efficacemente

Le attività di analisi e valutazione dei dati e delle informazioni raccolte sono eseguite in correlazione alle attività di riesame della Direzione, quindi, con periodicità annuale. Per necessità specifiche dell'IIS *Sella Aalto Lagrange* in caso di eventi particolari la Direzione può decidere di eseguire le attività con periodicità diversa o con interventi *una tantum*. Le valutazioni delle risultanze delle analisi conseguenti ai monitoraggi e le connesse proposte di miglioramento costituiscono input al Riesame della Direzione.

Se le valutazioni e le determinazioni sugli esiti dei monitoraggi comportano aggiornamento della Politica e degli obiettivi della qualità, questi vengono portati a conoscenza diretta delle parti interessate interne a cura del RSGQ.

## 9.2 AUDIT INTERNO

L'IIS *Sella Aalto Lagrange*, allo scopo di ottenere informazioni sullo stato di efficacia del SGQ esegue così gli audit interni:

- pianificare, stabilire, attuare e mantenere un programma di audit definendo tempi, metodi, responsabilità, requisiti di rendicontazione
- definire i criteri ed il campo di applicazione di ciascun audit
- individuare le figure che devono eseguire l'audit
- rendere il processo di audit obiettivo ed imparziale
- riportare i risultati di audit ai pertinenti livelli di responsabilità
- adottare le appropriate azioni correttive

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* conserva informazioni documentate quali evidenze dei risultati delle attività di audit (pianificazione, incarichi, piani di audit, rapporti di audit)

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* al fine di attuare il processo di audit in maniera controllata e sistematica attua la procedura PG 09.01 – Audit interno.

## 9.3 RIESAME DI DIREZIONE

### 9.3.1 Generalità

Nel rispetto degli indirizzi strategici dell'IIS *Sella Aalto Lagrange* sono eseguiti Riesami di Direzione allo scopo di verificare le informazioni sulle prestazioni del SGQ e di determinare se lo stesso è idoneo (adatto allo scopo), adeguato (ancora sufficiente) ed efficace (in grado di conseguire i risultati attesi).

La Direzione ha stabilito che il riesame è eseguito con periodicità annuale e quale attività indipendente; in particolari condizioni possono essere eseguiti riesami con periodicità diversa (straordinari).

### 9.3.2 Input al riesame di Direzione

Per valutare le prestazioni e l'efficacia del SGQ la Direzione assume quali input minimi necessari al raggiungimento dello scopo, oltre ai risultati emersi dall'attività di "Analisi e valutazione", anche lo stato delle azioni derivanti da precedenti Riesami di Direzione e i cambiamenti intervenuti nel contesto di riferimento (fattori esterni e interni).

Inoltre, tiene conto delle informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del SGQ compreso ciò che riguarda:

- la soddisfazione del cliente e le informazioni di ritorno delle parti interessate rilevanti
- il livello di raggiungimento degli obiettivi
- le prestazioni dei processi e la conformità di prodotti e servizi
- le non conformità e le azioni correttive
- i risultati dei monitoraggi
- i risultati degli audit
- l'adeguatezza delle risorse
- l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità
- le opportunità di miglioramento

### 9.3.3 Output del riesame di Direzione

L'output del riesame fornisce informazioni sulle prestazioni e l'efficacia del SGQ e sulle decisioni e le azioni da adottare.

Pertanto i risultati del riesame, conservati come informazione documentata, devono dare evidenza delle decisioni e delle azioni intraprese relativamente a:

- opportunità di miglioramento
- esigenze di modifica al sistema di gestione per la qualità
- risorse necessarie.



# SEZIONE 10

## MIGLIORAMENTO

### 10.1 GENERALITÀ

L'IIS *Sella Aalto Lagrange* si prefigge l'obiettivo di migliorare con continuità l'efficacia del proprio SGQ al fine di assicurare la costante conformità del servizio alle norme cogenti di riferimento e ai requisiti degli Utenti.

L'approccio al miglioramento è una prassi consolidata all'interno delle istituzioni scolastiche, dall'introduzione nel 2015 del Sistema Nazionale di Valutazione (SNV).

Le scuole sono tenute a pianificare un processo di miglioramento per il raggiungimento dei traguardi connessi alle priorità definite con il Rapporto di AutoValutazione (RAV) attraverso l'individuazione di una linea strategica di azioni, sintetizzata nel Piano di miglioramento (PdM), a sua volta incluso nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF) delle singole istituzioni scolastiche.

Il PdM prevede interventi di miglioramento che si collocano su due livelli: quello delle pratiche educative e didattiche e quello delle pratiche gestionali ed organizzative, per agire in maniera efficace e sistemica in relazione alla *mission* della scuola. Entrambi costituiscono aree di intervento anche del SGQ.

Il PdM è, pertanto, parte integrante dei processi di miglioramento del SGQ.

Il miglioramento dà evidenza della dinamicità del SGQ e comprende azioni di recupero delle irregolarità di sistema ma anche azioni tese a prevenire eventuali rischi che possano generare non conformità o incidere sul livello di qualità o, infine, azioni tese al raggiungimento di nuovi obiettivi di efficacia ed efficienza.

La Direzione, in accordo con le diverse figure del SGQ e con gli Organi collegiali (per quanto di competenza) individuano, pianificano e rendono operativi i processi finalizzati ad assicurare la conformità del SGQ e a migliorarne l'efficacia attraverso:

- strategie di prevenzione delle non conformità o di immediata presa in carico delle stesse, quando rilevate
- gestione e mitigazione dei rischi connessi ai fattori rilevanti
- valorizzazione delle opportunità
- azioni di miglioramento

### 10.2 NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE

Le NC danno evidenza degli scostamenti tra quanto pianificato nel SGQ e quanto effettivamente realizzato; tale risultato è rappresentativo del mancato conseguimento o del minore/difforme raggiungimento degli obiettivi di sistema.

Il verificarsi di NC impone alla Direzione di prendere in carico le stesse e di indagare sulle cause di insorgenza definendo, successivamente, le azioni idonee alla eliminazione degli effetti causati dalle anomalie o alla loro riduzione valutando, altresì, le soluzioni ottimali per rendere permanenti i livelli di conformità. A tal fine, la Direzione ridetermina, se necessario, i rischi e le opportunità individuati in fase di pianificazione ed effettuano modifiche al SGQ limitatamente alle azioni di propria pertinenza.

Per la gestione della NC la Direzione pertanto:

- Intraprendono azioni per tenerla sotto controllo, correggerla ed affrontare le conseguenze
- valutano l'esigenza di azioni per eliminare le cause della non conformità, in modo tale che non si ripeta o non si verifichi in altri processi, analizzando, determinando le cause della non conformità e definendo se esistono o potrebbero verificarsi non conformità simili
- attuano ogni azione ritenuta necessaria
- riesaminano l'efficacia dell'azione correttiva intrapresa
- rideterminano, se necessario, i rischi e le opportunità individuati in fase di pianificazione
- effettuano, se necessario, modifiche al SGQ

Al fine di attuare una gestione delle NC in modo sistematico ed efficace l'IIS *Sella Aalto Lagrange* ha definito la PG 10.01 "Non conformità ed azioni correttive" La gestione delle non conformità è affidata al RSGQ.

Per la definizione delle modalità di trattamento e soluzione delle NC il RSGQ si avvale della collaborazione dei responsabili delle altre funzioni interessate, come per la successiva, eventuale definizione ed attuazione delle azioni correttive necessarie ad eliminarne le cause o a prevenirne gli effetti.

Per dare evidenza della natura delle non conformità, delle azioni intraprese e dei risultati delle azioni correttive sono conservate informazioni documentate

### 10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il SGQ dell'IIS *Sella Aalto Lagrange* non può prescindere dal miglioramento continuo della propria idoneità, adeguatezza ed efficacia; per conseguire ciò sono presi in considerazione i risultati delle attività di analisi e valutazione dei dati e delle informazioni nonché gli output del riesame di Direzione. Sulla scorta di quanto preso in considerazione, l'IIS *Sella Aalto Lagrange* determina le esigenze o le opportunità che possono considerarsi parte del miglioramento continuo

Tutti processi descritti dal sistema qualità vengono gestiti in ottica di miglioramento continuo. L'IIS *Sella Aalto Lagrange* ha individuato nella gestione degli strumenti sotto indicati le opportunità di miglioramento effettivo del sistema qualità:

- riesame della direzione
- analisi degli esiti degli audit interni
- valutazione dei rischi ed opportunità
- misurazioni dei processi e della soddisfazione degli utenti
- rispetto della politica della qualità e degli obiettivi della qualità determinati
- miglioramento continuo dei rapporti con il territorio.

BOLLA



**I.I.S. SELLA AALTO LAGRANGE**

Via Montecuccoli, 12 – Torino  
Tel. 011.54.24.70 – tois037006@istruzione.it  
C.F. 97666960014

UNI EN ISO 9001:2015



SISTEMA DI GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO  
n. 26500

## **MGSQ - ALLEGATI**

- 1) ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI AGGIUNTIVI AL PERSONALE.  
CRITERI – COMPETENZE
- 2) ANALISI DEL SITO
- 2bis) ANALISI DEL CONTESTO E VALUTAZIONE DEI RISCHI E DELLE OPPORTUNITÀ a.s.. 2019/20
- 2ter) VALUTAZIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE CONNESSI AI PROCESSI MAPPATI
- 3) SCHEDE DI PROCESSO
- 4) POLITICA PER LA QUALITÀ
- 5) FUNZIONIGRAMMA a.s. 2019/20
- 6) ELENCO PROCEDURE