



MANUALE DELLA QUALITA' CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE

Copia controllata

Copia non controllata

Tabella delle revisioni

REV. N°	DATA	DESCRIZIONE DELLE MODIFICHE
0	18/03/2005	Prima redazione
1	04/05/2007	Seconda redazione
2	10/07/2008	Terza redazione
3	23/09/2011	Quarta redazione
4	12/04/2012	Quinta redazione
5	22/10/2014	Sesta redazione
6	31/07/2015	Settima edizione
7	22/0/2016	Ottava edizione
8	03/10/2016	Nona edizione
9	18/11/2016	Decima edizione

Emesso e verificato RGQ: Nicoletta Suter	Approvato DIR:
---	-------------------



INDICE DEL MANUALE

<u>Capitolo</u>	Pagina
0.0.0 - <u>Presentazione del CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE ed applicazione del sistema</u>	3
1.0.0 - <u>Sistema di gestione per la qualità</u>	7
2.0.0 - <u>Responsabilità della direzione</u>	14
3.0.0 - <u>Gestione delle risorse</u>	21
4.0.0 - <u>Realizzazione del prodotto</u>	23
5.0.0 - <u>Misurazioni, analisi e miglioramento</u>	28



CAPITOLO 0 PRESENTAZIONE DEL CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE ED APPLICAZIONE DEL SISTEMA

0.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo della presente sezione del MQ (Manuale della Qualità) è di:

- Presentare la struttura del CAF (Centro Attività Formative) del CRO di Aviano
- Definire lo scopo e campo di applicazione del MQ e del Sistema Gestione Qualità (SGQ).

0.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001:2008 - § 4.2;
- Accordi Stato Regioni del 05 novembre 2009 e del 19 aprile 2012
- Regolamenti, Manuali e Linee Guida Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Friuli Venezia Giulia per tempo in vigore;
- Atto Aziendale;
- Programma Annuale;
- Piano Formativo Annuale del Centro di Riferimento Oncologico (CRO);
- Carta dei servizi dell'Istituto
- Regolamento attività formative del CRO

0.3 ACRONIMI E DEFINIZIONI DEL SISTEMA GESTIONE QUALITA' DEL CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE

0.3.1 ACRONIMI

CRO	Centro di Riferimento Oncologico di Aviano
AC/AP	Azione correttiva/preventiva
AA	Atto Aziendale
CAF	CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE
CQ	Controllo di qualità
DIR	Direzione Generale
DIR-SCIEN	Direzione Scientifica
DIR-SAN	Direzione Sanitaria
ECM	Educazione Continua in Medicina
COORSC	Coordinatore Scientifico
COMSC	Comitato Scientifico
DIR-CAF	Dirigente Centro Attività Formative
FR	Formazione Residenziale
FSC	Formazione sul Campo



FAD	Formazione a Distanza
GEPROF	Gestione Processi Formativi
GFOR	Gestionale della Formazione
IO	Istruzione Operativa
MO	Modulo
MQ	Manuale della Qualità
NC	Non conformità
PA	Programma Annuale
PFA	Piano Formativo Annuale
PR	Procedura
RGQ CAF	Responsabile Gestione Qualità del CAF
RGQ DIRSCIENTI	Responsabile Gestione Qualità Direzione Scientifica
RES-AMM	Responsabile Amministrativo
RES-INF	Responsabile Informatico
RES – SGS	Responsabile Sistema Gestione Sicurezza
SEGR	Segreteria
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
SPPA	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
VII	Visite Ispettive Interne

0.3.2 DEFINIZIONI

Accordo Stato Regioni: definisce il sistema di formazione a livello nazionale, prevedendo in particolare la possibilità di accreditamento dei “Provider” regionali e nazionali, in accordo con le disposizioni della Commissione Nazionale ECM

Regolamenti, Manuali e Linee Guida ECM Regione FVG: sono definiti da normative emanate dalla Giunta della Regione FVG e da deliberazioni della Direzione Centrale Salute; vi sono inoltre disposizioni provenienti dalla Commissione Regionale ECM. Tutti questi atti contribuiscono a delineare il Sistema Formativo Regionale, a delineare le responsabilità dei Provider ECM e a dare indicazioni per le procedure operative per la progettazione, realizzazione e valutazione degli eventi formativi accreditabili.

Atto Aziendale: è lo strumento di autogoverno dell’Istituto ed ha lo scopo di disciplinare, nel rispetto della normativa vigente, degli accordi di lavoro e della pianificazione nazionale e regionale, i compiti ed i livelli di responsabilità dei suoi dirigenti, la loro assegnazione alle varie strutture organizzative, la rilevanza della loro attività e dei loro atti rispetto all'esterno, nonché le correlazioni fra le strutture stesse.

Programma Annuale: è il documento strategico emesso dall’alta Dirigenza contenente obiettivi generali e specifici declinati per Dipartimento e Struttura Operativa

Piano Formativo Annuale: è lo strumento di progettazione di massima della formazione aziendale redatto dal CAF, sulla base dei fabbisogni formativi e organizzativi, validato dal COMSC e approvato da DIR. Tale documento è obbligatorio per il mantenimento della funzione di Provider ECM.



0.4 MODALITA' DI GESTIONE

O. 4.1 PRESENTAZIONE DEL CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE CRO

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano considera la formazione come compito istituzionale fondamentale legato alla propria natura di Istituto Scientifico, anche in ottemperanza alle previsioni della L.R. 14/2006. Per questo motivo l'impegno richiesto nel campo della formazione è rilevante e si esplica su più vettori formativi, di cui sono destinatari sia il personale dipendente, sia altri operatori sanitari italiani e stranieri, ai quali l'Istituto mette a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze. In questo contesto è obiettivo del CRO il riconoscimento definitivo del ruolo di Provider ECM da parte delle competenti autorità, al fine di raggiungere un livello ancora maggiore di efficacia, efficienza ed autorevolezza nello sviluppo della propria "mission".

I programmi di formazione del CRO sono sviluppati attraverso il Centro Attività Formative, che è un nucleo organizzativo in staff alla Direzione Scientifica.

La formazione continua promossa dall'Istituto è sostanzialmente orientata su due linee di attività:

- legata agli obiettivi strategici prevalentemente clinico-assistenziali delineati dal Direttore Generale e rivolti a tutto il personale dell'Istituto (dipendente, con contratto di ricerca, con borsa di studio, in convenzione ecc.) e a personale esterno.
- legata agli obiettivi di studio, analisi, ricerca scientifica e trasferimento delle conoscenze delineate dal Direttore Scientifico e rivolte al personale dell'Istituto, del territorio regionale, nazionale e internazionale.

La programmazione delle attività formative è strutturata in un piano formativo che, oltre alle forme tradizionali, terrà particolarmente conto della formazione sul campo (FSC) e della formazione "in house", garantendo livelli qualitativi adeguati e possibilità di accesso a tutto il personale. Attraverso il piano delle attività formative il CRO intende realizzare, quindi, sia la valorizzazione del personale che in esso opera, garantendo il miglioramento continuo delle prestazioni e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e culturali, sia la diffusione, all'interno ed all'esterno dell'ospedale, delle buone pratiche cliniche ed assistenziali basate sulle prove di efficacia.

La predisposizione del piano della formazione seguirà le seguenti linee d'indirizzo:

- garantire lo sviluppo delle competenze professionali del personale dipendente, sulla base delle linee di sviluppo delle attività cliniche, assistenziali, gestionali e di ricerca programmate dall'Istituto;
- garantire la soddisfazione del fabbisogno formativo individuato a seguito di indagini specifiche e di percorsi di valutazione periodica del personale;
- consolidare l'EBM (evidence based, medicine), EBN (evidence based nursing), EBP (evidence based practice), inclusa la pratica dell'audit clinico e organizzativo – e la gestione del rischio clinico;
- sviluppare l'Human Caring (umanizzazione delle cure) e la NBM (narrative based medicine) quale strumento di promozione di una medicina attenta alla qualità delle relazioni, alla centralità delle persone assistite e delle loro famiglie, all'accoglienza ed integrazione dei diversi punti di vista e culture, al benessere del personale, sostenendo in particolare gli strumenti offerti dalle "medical humanities";



- migliorare la comunicazione, le competenze relazionali e favorire l'integrazione operativa tra diverse strutture per garantire lo sviluppo della cultura organizzativa ed il miglioramento del clima interno;
- concorrere al miglioramento continuo delle competenze del personale di tutte le professioni sanitarie;
- rapportare le attività clinico-assistenziali e di ricerca con il SSR e i programmi regionali della ricerca, dell'innovazione e dell'assistenza socio-sanitaria integrata;
- divulgare lo stato di avanzamento ed i risultati dell'attività di ricerca;
- garantire qualità e appropriatezza ai percorsi formativi dei giovani ricercatori residenti, educandoli alle interazioni con altre realtà di ricerca pubbliche o private;
- promuovere e sviluppare i principi etici della sperimentazione.

Si ritiene che la programmazione di massima delle attività formative organizzate dall'Istituto debba essere almeno biennale, con strumenti attuativi annuali di dettaglio (piano annuale), in quanto ciò consente:

- alla Direzione Strategica di delineare le principali aree di sviluppo delle risorse umane, presenti all'interno dell'organizzazione, in coerenza con gli obiettivi e lo scenario di contesto;
- ai professionisti di pianificare i propri percorsi formativi scegliendo le iniziative più rispondenti ai propri bisogni di sviluppo professionale nell'ambito dell'offerta garantita dall'IRCCS;
- ai responsabili organizzativi di attuare una efficace programmazione delle attività.

Il piano biennale della formazione ed i suoi strumenti attuativi annuali sono realizzati in forma partecipata con la dirigenza e le posizioni organizzative del comparto e concordati con la Direzione Strategica. Entro il mese di dicembre di ogni anno dovrà essere predisposto il piano annuale della formazione, da inserire nel piano aziendale dell'esercizio successivo. Le eventuali modifiche in corso d'anno sono consentite per comprovate esigenze di effettiva utilità per l'Istituto ed in un'ottica di flessibilità e recepimento di cambiamenti normativi ed organizzativi in corso.

L'Istituto può avvalersi di organizzazioni / agenzie formative di supporto per l'erogazione di tipologie formative specifiche, quali ad esempio la formazione a distanza, come pure stipulare specifici accordi di collaborazione con altre aziende al fine di conseguire gli obiettivi delineati nel presente articolo.

0.4.2 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL MANUALE ED ESCLUSIONI

Il presente Manuale descrive il Sistema di Gestione per la Qualità in uso presso il CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE, in conformità alla norma UNI EN ISO 9001: 2008.

Sono applicabili tutti i requisiti della norma.

0.5 NORME E LEGGI COGENTI DI RIFERIMENTO PER L'ISTITUTO E PER IL SERVIZIO

Le principali normative di riferimento ed oggetto di ottemperanza ed applicabili alle attività del servizio sono riportate nel MO CAF 12. I documenti sopra ascritti sono tenuti sotto controllo secondo indicazioni della PR CAF 09 "Gestione documenti e registrazioni".



CAPITOLO 1 SISTEMA GESTIONE QUALITA'

1.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente capitolo ha lo scopo di:

- descrivere i processi del CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE;
- definire la documentazione a supporto del sistema qualità;
- definire le modalità di gestione della documentazione.

1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001:2008
- Normative ECM Nazionali e Regionali
- PR CAF 09 "Gestione documenti e registrazioni".

1.3 DEFINIZIONI

Per le definizioni relative al presente capitolo si veda PR CAF 09.

1.4 MODALITA' DI GESTIONE

1.4.1 DEFINIZIONE DEI PROCESSI E LORO INTERAZIONI

Il CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE ha identificato i propri processi che si suddividono in:

- processi primari e di supporto, processi di realizzazione prodotto/servizio, scomposti secondo la pianificazione del requisito 7.1 della norma ISO 9001:2008;
- processi trasversali, processi strategici e di direzione;
- processi di misurazione, analisi e miglioramento, che consentono il monitoraggio e analisi dei dati conseguenti per ottenere il miglioramento continuo.

I processi primari e di supporto sopra individuati sono misurati e monitorati attraverso l'uso di indicatori contenuti nel MO CAF 19 "Elenco obiettivi anno". Tale registrazione è rivista una volta all'anno nell'ambito del riesame della direzione e collega gli obiettivi di politica agli indicatori di processo e alle risorse a loro destinati.

I processi primari sono rappresentati in fig.1 secondo il ciclo della formazione:

CICLO DELLA FORMAZIONE

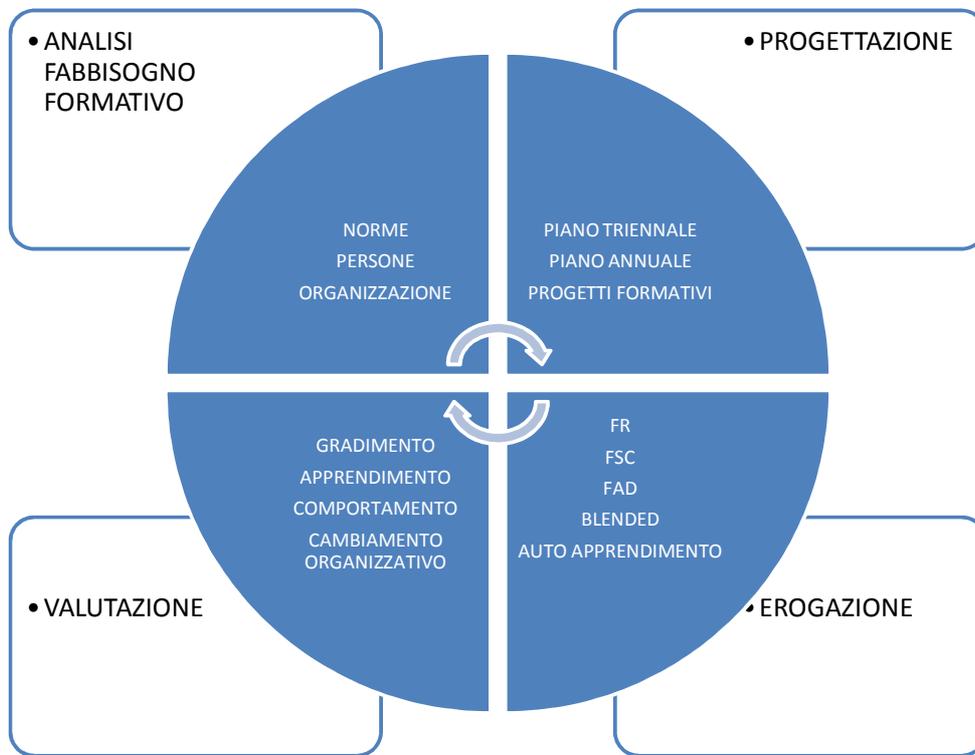
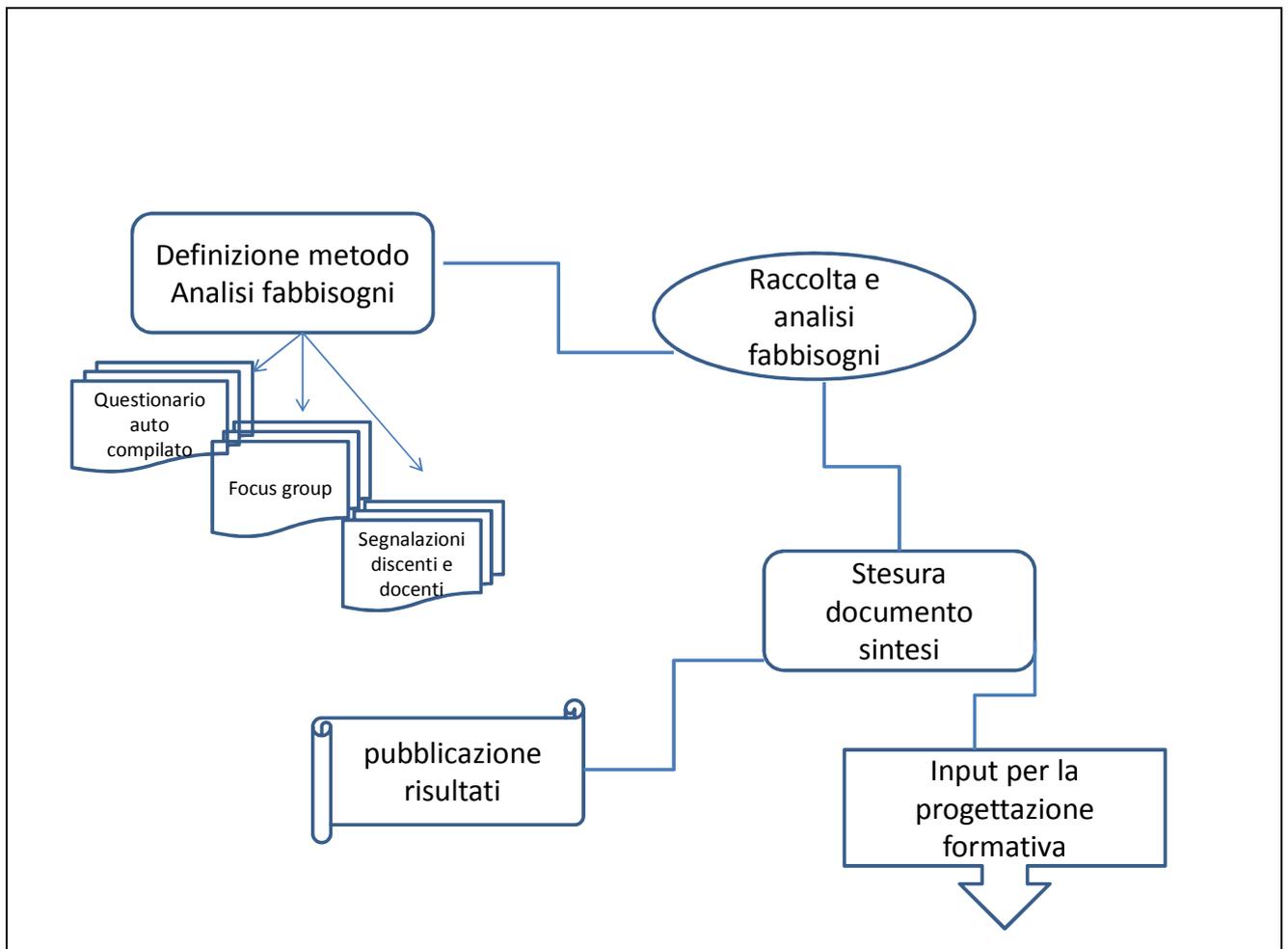


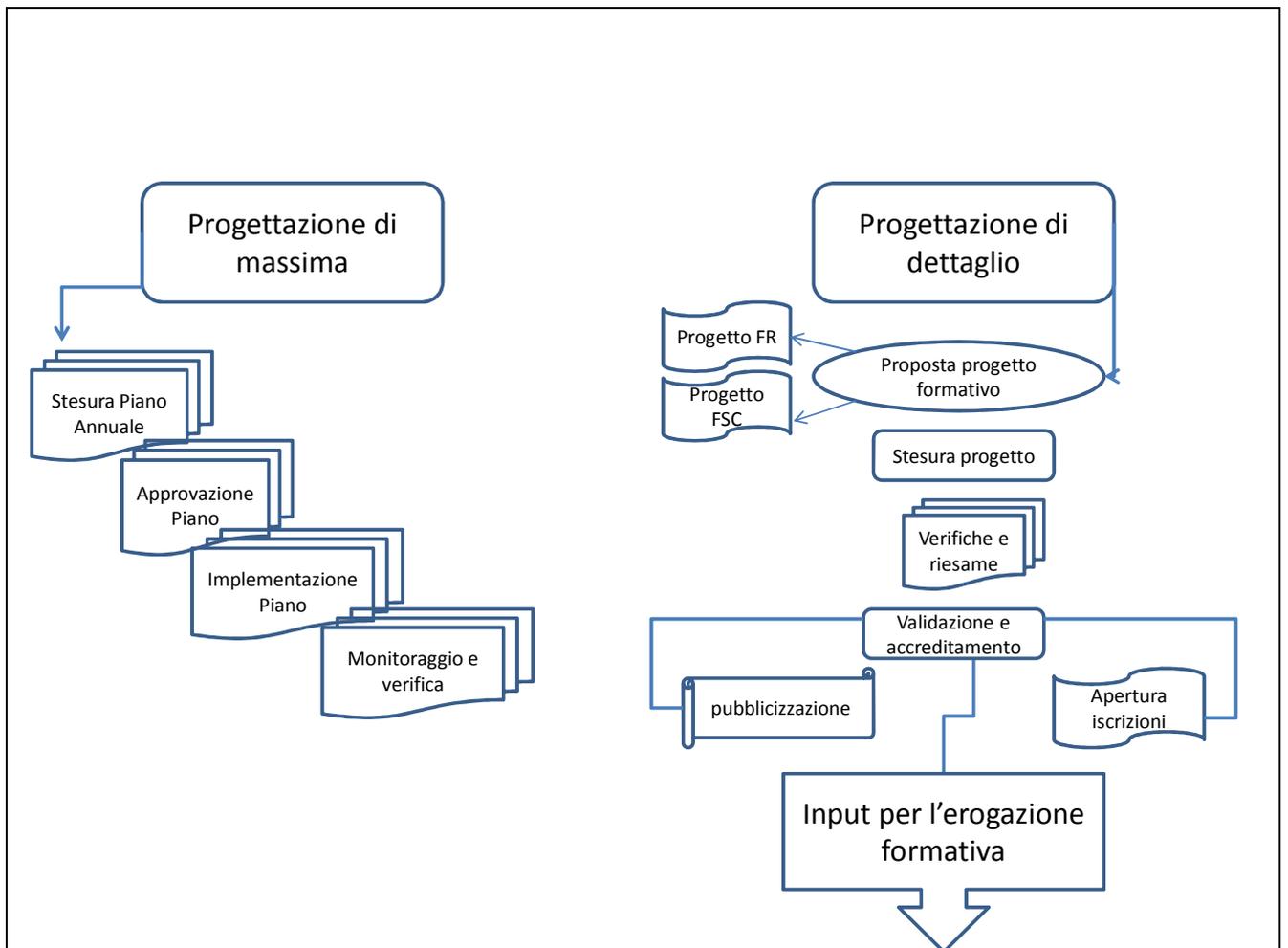
fig. 1

Per ogni fase del ciclo viene qui di seguito descritto il relativo processo primario:

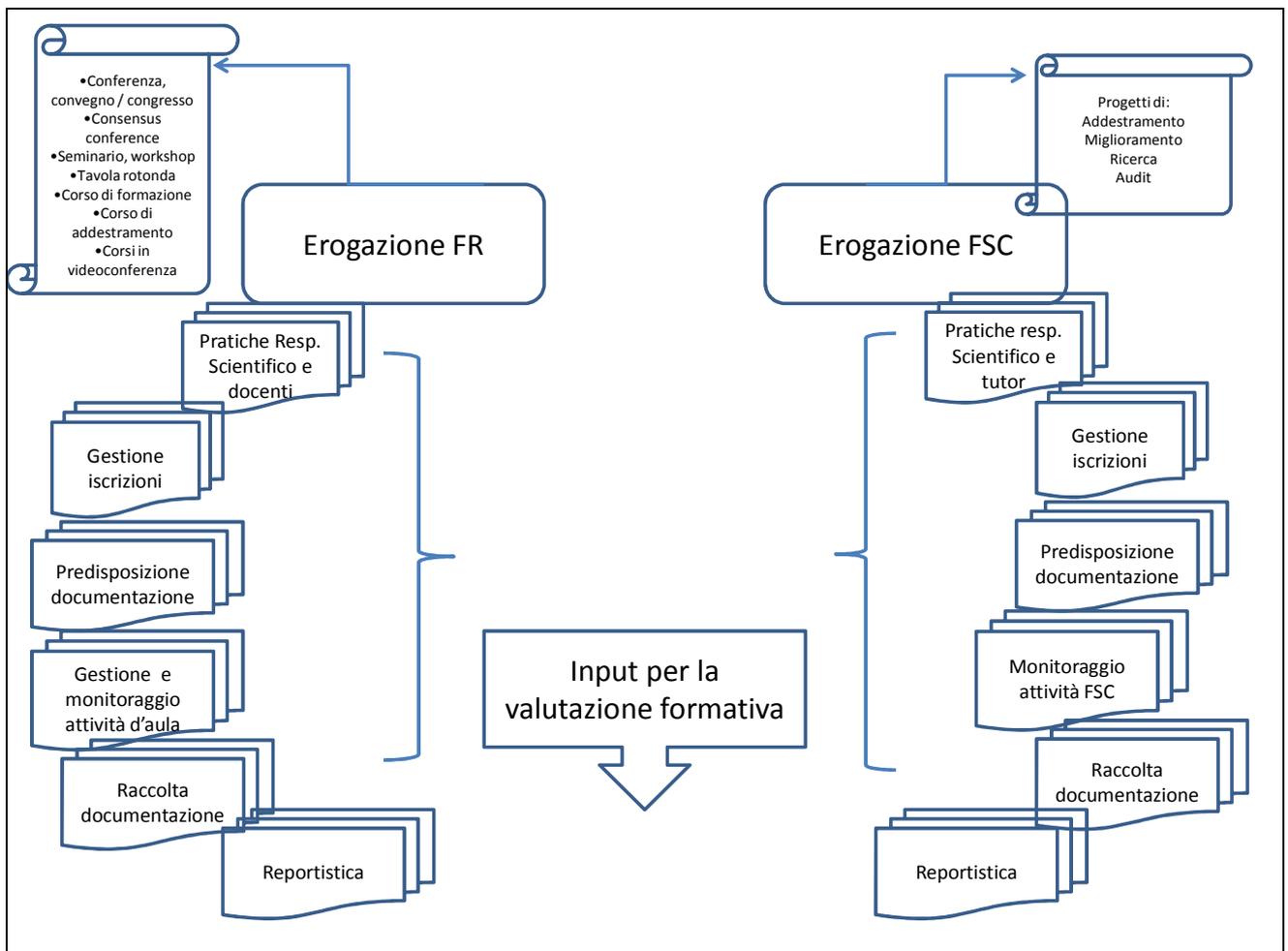
1. Analisi dei fabbisogni formativi



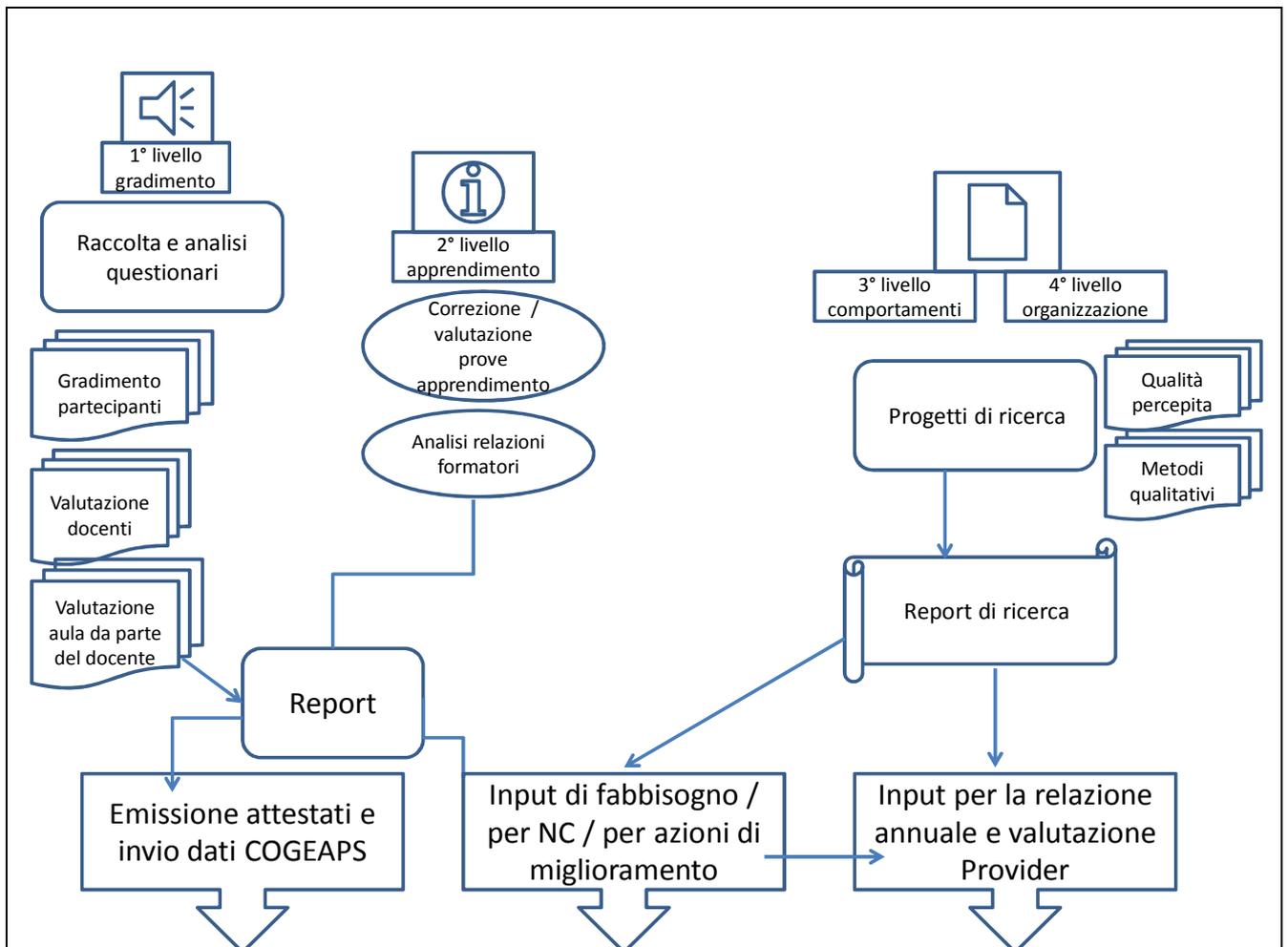
2. Progettazione formativa



3. Erogazione formativa



4. Valutazione della formazione





Sono considerati processi trasversali di supporto:

- Gestione risorse umane
- Gestione risorse strutturali e tecniche
- Approvvigionamenti
- Logistica
- Sicurezza nei luoghi di svolgimento della formazione

1.4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

Il SGQ è composto dai seguenti livelli di documentazione:

- manuale della qualità;
- procedure;
- istruzioni operative;
- registrazioni o moduli;
- documenti di origine esterna (leggi, direttive, etc.).

La documentazione è tenuta sotto controllo secondo le modalità descritte dalla PR CAF 09 "Gestione documenti e registrazioni", che definisce le caratteristiche di tale documentazione e le modalità di accesso alla stessa da parte del personale del CAF e di altri utenti autorizzati. La Politica della Qualità, gli Obiettivi del SGQ, il Manuale Qualità, le Procedure, i Moduli, le Registrazioni e tutte le Comunicazioni (sotto controllo e non) necessarie per la gestione del SGQ sono disponibili nella cartella elettronica condivisa DirSanSci, alla voce Sistema Gestione Qualità e all'interno del Sistema Documentale denominato QUALIBUS. Quando il caricamento di tutta la documentazione in Qualibus sarà a regime, si valuterà la possibilità di ottimizzare l'archiviazione della stessa e di eliminare ciò che risulterà superfluo.

L'elenco aggiornato della documentazione del SGQ, è contenuto nel MO CAF 11 "Elenco dei documenti del sistema qualità"; essa è costituita da un Manuale Qualità, 9 procedure, 6 istruzioni operative e relativa modulistica. Una parte della documentazione non è sotto il SGQ in quanto condivisa a livello regionale con gli altri Centri Formazione ed erogata direttamente dal gestionale della formazione (GFOR).

1.4.3 REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ

Le registrazioni della qualità sono documenti del SGQ collegati alle procedure e al MQ che dimostrano l'efficace applicazione del SGQ e la conformità ai requisiti specificati. Tutte Le registrazioni possono essere in formato cartaceo e/o elettronico.

In particolare, le registrazioni forniscono evidenze oggettive:

- sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati nella Politica della Qualità e sull'andamento/miglioramento del SGQ;
- sulla conformità dei servizi erogati;
- sul livello generale di soddisfazione dei clienti in merito ai servizi erogati;
- sulle azioni correttive e preventive di miglioramento intraprese;
- sulla valutazione dei fornitori;
- sulla formazione del personale;
- sulla conduzione delle viste ispettive interne.



RGQ dispone di “elenco dei moduli del sistema qualità” (MO10) nel quale sono evidenziati tutti i documenti di registrazione della Qualità in uso nel SGQ, con l’indicazione per ciascuno del codice numerico, del numero di revisione, nonché del tempo di conservazione e luogo.

CAPITOLO 2

RESPONSABILITA’ DELLA DIREZIONE

2.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente capitolo ha lo scopo di definire:

- l’impegno della Direzione;
- la Politica per la Qualità del **CENTRO ATTIVITA’ FORMATIVE** in linea con la pianificazione degli obiettivi aziendali;
- le responsabilità e le modalità di comunicazione interna;
- le modalità di riesame da parte della Direzione.

2.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001:2008
- Atto Aziendale.

2.3 DEFINIZIONI

Si definisce Riesame della Direzione (MO CAF 20) l’analisi, condotta periodicamente da parte dell’Alta Direzione, finalizzata a verificare il sistema di gestione per la qualità, la sua applicazione, le occasioni di miglioramento.

2.4 MODALITA’ DI GESTIONE

2.4.1 POLITICA DELLA QUALITÀ ED IMPEGNI DELLA DIREZIONE

MISSION

Il CAF (Centro Attività Formative) progetta, realizza e valuta percorsi di formazione in ambito oncologico e discipline integrate, in collaborazione con Istituzioni nazionali ed internazionali, le Università ed gli Enti del territorio, al fine di favorire lo sviluppo delle competenze professionali, cliniche, tecniche, relazionali ed organizzative degli operatori e dei ricercatori adeguate al contesto di alta specialità ed innovazione, con costante attenzione alla centralità del paziente e alla personalizzazione dei processi di cura.

La mission del CAF si ispira ai seguenti VALORI:



1. APPROCCIO SISTEMICO

Una formazione di qualità mira a coinvolgere, condividere e negoziare con tutti i portatori di interesse, verificando e operando in coerenza con le linee strategiche e il piano sanitario nazionale/regionale

2. INNOVAZIONE

La formazione si ispira a principi di flessibilità, creatività, apertura a nuove modalità formative, con costante attenzione all'evoluzione dei bisogni formativi e della domanda, con l'intento di promuovere apprendimenti significativi

3. SOSTENIBILITÀ

Le scelte inerenti le linee progettuali e le attività da porre in essere sono attente all'uso delle risorse, ai contesti, ai vincoli, alle possibilità, alle opportunità

4. APPROPRIATEZZA

In formazione è importante fare ciò che è necessario per gli utenti, per l'organizzazione e per i professionisti nel momento in cui è necessario, con sincronismo ed in sintonia con le evidenze e le buone pratiche

5. COMPETENZA

E' ricercata ed applicata all'analisi dei bisogni formativi, alla progettazione, erogazione e valutazione della formazione, alla scelta dei contenuti e dei metodi formativi, la migliore conoscenza e competenza disponibile, di cui sussiste l'obbligo di un aggiornamento permanente e di una condivisione costante con la comunità di pratiche formative

6. ETICITÀ

Il rispetto, la correttezza, la trasparenza, l'equità, l'altruismo sono principi ispiratori delle attività formative che perseguono in ogni caso il fine della personalizzazione ed umanizzazione dei processi di cura e della qualità delle relazioni ad ogni livello

7. EMPOWERMENT

La formazione è una leva strategica per la valorizzazione e attivazione delle risorse e delle potenzialità degli operatori ed in generale per lo sviluppo della resilienza delle persone

8. BENESSERE

La formazione ha obiettivo di sostenere chi cura, contribuendo a creare capacità di gestione della complessità, promuovendo condizioni di lavoro valorizzanti e ambienti positivi e motivanti.

9. EFFICACIA

La consapevolezza di doversi misurare con i risultati concreti e con le ricadute sulla qualità del servizio erogato, è il punto di partenza di attività di valutazione e valorizzazione delle azioni formative, sia sul versante della qualità percepita che su quello delle ricadute sui processi lavorativi ed organizzativi

10. RESPONSABILITÀ

La formazione del personale ha l'obiettivo di promuovere la cultura dell'apprendimento continuo, dell'autovalutazione, del confronto e della collaborazione, con l'obiettivo di favorire scelte e apprendimenti consapevoli in un'ottica di progettazione del proprio sviluppo personale e professionale.



VISION

Il CAF intende:

- Rappresentare un punto di riferimento per la formazione in oncologia a livello regionale, nazionale ed europeo
- Promuovere e favorire collaborazioni con le Università, Enti ed istituzioni che concorrono agli obiettivi di salute del sistema sanitario
- Valorizzare la funzione del CRO in qualità di Provider di formazione ECM e di polo di riferimento per la formazione in ambito oncologico
- Proporre la formazione come leva strategica per la motivazione professionale e come stimolo alla creazione di consapevolezza e coinvolgimento del personale tutto
- Promuovere e favorire la creazione di professionalità altamente qualificate sostenendo attivamente lo sviluppo di ogni professionalità anche attraverso l'attenta gestione del dossier formativo individuale e di gruppo
- Analizzare costantemente i fabbisogni formativi del personale e fondare su tale analisi la corretta individuazione delle priorità, la pianificazione e progettazione delle attività formative coerentemente con le linee strategiche del C.R.O. e le risorse disponibili
- Curare il monitoraggio ed il controllo dello sviluppo del PFA dell'azienda sugli aspetti afferenti la formazione
- Valutare gli impatti della formazione svolta sia sul versante della qualità percepita che su quello delle ricadute sui processi lavorativi ed organizzativi
- Ricercare costantemente la collaborazione con le diverse articolazioni organizzative dell'azienda verso un obiettivo comune di valorizzazione delle competenze formative a tutti i livelli
- Partecipare alla realizzazione di progetti di miglioramento e cambiamento organizzativo promossi e gestiti dalle Direzioni Strategiche, attraverso i gruppi di lavoro attivati dall'azienda
- Curare l'informazione al cittadino e agli operatori interni ed esterni sulle attività formative promosse e realizzate dal CRO mediante il sito web ed altri strumenti di informativa al pubblico

Al fine di consentire il raggiungimento della Vision sopra espressa, il CAF individua e pianifica annualmente in apposito documento gli obiettivi specifici che intende raggiungere, nonché i mezzi e le strategie necessari allo scopo (MO 56 "Politica della qualità del CAF").

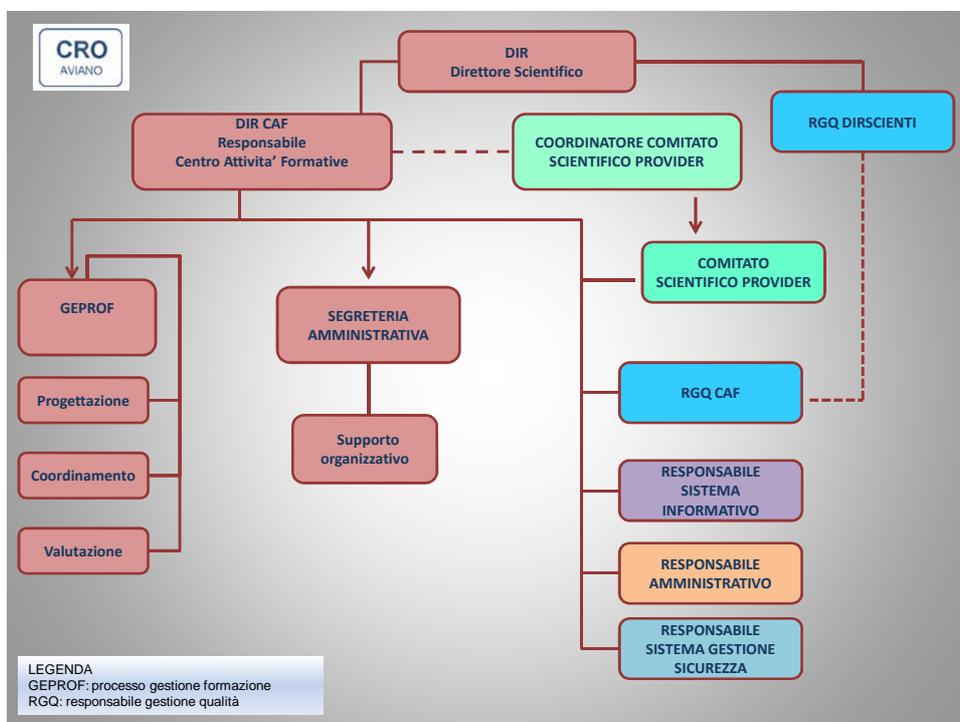
2.4.2 PIANIFICAZIONE DELLA QUALITÀ

Le azioni per il miglioramento della qualità portano al raggiungimento degli obiettivi di politica. Tali azioni sono pianificate nell' "elenco obiettivi anno" (MO19), assieme alle responsabilità, indicatori e tempi. DIR, nell'ambito del riesame, analizza i dati degli indicatori, proponendo nuove azioni correttive o di miglioramento almeno una volta all'anno, nonché nuovi target da ottenere.

2.4.3 ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE

Il CAF opera all'interno dell'organigramma generale dell'Istituto ed è nucleo di Staff del Direttore Scientifico. Tale organigramma è presente dell'Atto Aziendale, consultabile alla pagina web del CRO (www.sanita.fvg.it).

L'organigramma gerarchico funzionale del CAF è un documento del SGQ, reperibile in rete nella cartella SISTEMA GESTIONE QUALITA' e qui di seguito riportato:



Ruoli coinvolti nel SGQ sono:

- DIR (Direttore Scientifico)*
- DIR CAF (Responsabile CAF)*
- GEPROF (Progettisti e ricercatori a contratto)*
- SEGR (Segreteria)*
- COORSC (Coordinatore Comitato Scientifico)*
- COMSC (Comitato Scientifico)*
- RGQ CAF (Responsabile Qualità CAF)*
- RGQ DIRSCIENTI (Responsabile Qualità Direzione Scientifica)*
- RESP - INF (Responsabile Sistema Informativo)*
- RESP - AMM (Responsabile Amministrativo)*



RES – SGS (Responsabile Sistema Gestione Sicurezza)

Di seguito si riportano le responsabilità relative ai ruoli previsti nel SGQ ed evidenziati nel documento denominato “Organigramma gerarchico funzionale”. Le competenze attribuite da DIR alle varie figure professionali del CAF sono contenute, invece, nella PR 05.

DIR

La Direzione, che si identifica nella figura del Direttore Scientifico, concorre con DIR CAF a formulare la Politica per la Qualità e gli obiettivi di miglioramento. In occasione del Riesame periodico degli indicatori ed obiettivi definisce ruoli, responsabilità, e risorse.

DIR CAF

Il responsabile del CAF è il Dirigente preposto alla direzione delle attività formative in linea con la mission, la vision e la Politica della Qualità, per il raggiungimento degli obiettivi annualmente individuati; coordina i processi di GEPROF e gestisce il personale assegnato; svolge questa funzione consapevole delle responsabilità assegnate anche come Coordinatore del Comitato Scientifico del Provider. DIR CAF è inoltre inserito nei vari processi aziendali / commissioni / comitati che intercettano i processi formativi e periodicamente svolge l’analisi dei carichi di lavoro del personale CAF e la valutazione del rapporto obiettivi della qualità / risorse assegnate.

GEPROF

Il personale che opera in GEPROF concorre alla realizzazione di questi processi:

- Analisi fabbisogno formativo
- Progettazione di massima (PFA) e di dettaglio delle attività formative, in qualità di provider ECM Regionale
- Erogazione attività formativa (preparazione evento formativo, gestione erogazione)
- Rendicontazione e valutazione appropriatezza attività formative
- Orientamento formativo per gli operatori del CRO alla redazione del curriculum vitae e alla gestione dossier formativo
- Collaborazione con il COMSC per tutte le attività connesse alle responsabilità del Provider ECM.

SEGR

Il personale specificatamente assegnato svolge i compiti di:

- Gestione dei rapporti con l’amministrazione (trasmissione dei dati contabili)
- Gestione dei rapporti con l’ente per accreditamento dei corsi ECM
- Conservazione dei documenti relativi agli eventi organizzati
- Rilascio attestati di frequenza con o senza segnalazione dei crediti
- Gestione dei questionari di gradimento e di altri strumenti di raccolta dati e più precisamente rilevazione, analisi e registrazione dei dati ottenuti



- Collaborazione con il COMSC e con il RES - AMM del Provider per tutte le attività connesse alle responsabilità del Provider ECM

COORSC

Il coordinatore del comitato scientifico, che s'identifica nella figura di DIR CAF, convoca e coordina il comitato scientifico e tutte le attività inerenti la valutazione dei progetti formativi del provider ECM regionale, come da delibera del Direttore Generale n. 221 del 7 ottobre 2015 e come da Regolamenti e Manuali Regionali per tempo vigenti.

COMSC

Il comitato scientifico del provider ECM, che è composto da operatori del CRO che rappresentano le diverse qualifiche sanitarie presenti nell'Istituto, è un organismo preposto alla analisi dei fabbisogni formativi, alla validazione del piano formativo a livello scientifico e alla valutazione della qualità ed efficacia della formazione erogata; è inoltre organismo che collabora alla valutazione ed auto accreditamento degli eventi formativi progettati e attuati dal provider, siano essi eventi di FR, FSC che di FAD. Opera in conformità al Regolamento di funzionamento previsto con delibera del Direttore Generale n. 221 del 7 ottobre 2015.

RGQ CAF

Il Responsabile della Gestione della Qualità, scelto dalla Direzione in base alle esperienze professionali acquisite svolge funzione di referente della qualità per il CAF ed opera in costante comunicazione e collaborazione con RGQ DIRSCIENTI, che è il RGQ di tutto il sistema qualità della Direzione Scientifica a cui il CAF afferisce. RGQ CAF ha le seguenti responsabilità:

- Gestire la documentazione del SGQ;
- Monitorare circa la corretta applicazione delle procedure e dei manuali operativi del SGQ;
- Programmare gli audit interni in collaborazione con il Responsabile Qualità del CRO e con RGQ DIRSCIENTI;
- Relazionare periodicamente a DIR, DIR CAF e a tutto il personale circa l'andamento del SGQ;
- Procedere all'aggiornamento del SGQ;
- Impostare il sistema di ricerca delle cause delle non conformità, delle relative azioni correttive - preventive e delle relative verifiche per assicurarne l'efficacia;
- Analizzare assieme a DIR e DIR CAF i reclami del cliente;
- Coordinare la gestione delle non conformità e delle azioni correttive conseguenti;
- Coordinare la gestione delle azioni preventive e di miglioramento;
- Supervisionare le attività inerenti la Qualità come esito degli audit interni;
- Collaborare alla definizione delle esigenze formative interne e alla pianificazione delle attività formative necessarie;
- Collaborare, insieme a DIR e DIR CAF, alla definizione delle modalità di gestione delle indagini di soddisfazione dei clienti;
- Raccogliere, rielaborare ed analizzare, insieme a DIR e DIR CAF dati e le informazioni di ritorno relative al SGQ (andamento degli indicatori, esiti dei questionari, andamento delle forniture etc).



RES – INF

Il responsabile del sistema informativo fa parte del Comitato Scientifico del Provider ed è rappresentato da un esperto di processi informativi / informatici che

- collabora con il Servizio Informatico del CRO per garantire la fornitura di tecnologia hardware e software adeguata al CAF per lo svolgimento delle attività in qualità di Provider Regionale
- monitorizza la messa a disposizione di collegamenti con i portali nazionali e regionali
- interviene per la risoluzione delle criticità direttamente o attraverso operatori esperti
- svolge consulenza nell'ambito dei sistemi informativi / informatici, necessari alla realizzazione degli eventi formativi.

RES - AMM

Il responsabile amministrativo fa parte del Comitato Scientifico del Provider ed è rappresentato da un esperto dei processi amministrativi inerenti le attività del CAF. Collabora con il Direttore Amministrativo e il Responsabile dell'Ufficio Affari legali del CRO per monitorare il buon andamento dei seguenti processi:

- l'ingaggio e il pagamento dei fornitori (docenti e tutor)
- le procedure di sponsorizzazione di eventi formativi
- l'ingaggio di segreterie organizzative esterne a supporto di eventi formativi
- in collaborazione con la Segreteria del CAF, la preparazione e realizzazione delle sedute di accreditamento degli eventi accreditati dal Provider CRO, nonché la predisposizione della documentazione necessaria ex ante ed ex post.

RES – SGS

Il Responsabile della Gestione della Sicurezza, scelto dalle Direzioni in base alle esperienze professionali acquisite e nel SGQ del CAF identificato in DIR CAF ha la responsabilità di monitorare la corretta applicazione delle norme relative alla sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare nei luoghi in cui il personale del CAF svolge la propria attività e nei luoghi in cui viene erogata la formazione (FR, FSC e FAD). Si avvale della collaborazione del Responsabile SPPA per lo svolgimento di detta funzione, da cui riceve gli input per il miglioramento delle attività.

2.4.4 COMUNICAZIONE INTERNA

DIR, attraverso DIR CAF, si impegna per la divulgazione ed il coinvolgimento di tutto il personale del CAF adottando adeguati strumenti quali:

- riunioni
- sedute periodiche di debriefing con il personale;
- circolari e altre comunicazioni scritte.

In particolare si impegna nella comunicazione degli obiettivi ed indicatori da perseguire per il miglioramento del CAF e nella diffusione di tutta la documentazione proveniente dagli organismi esterni che influenza i processi della formazione.



2.4.5 RIESAME DELLA DIREZIONE

L'attività di Riesame del SGQ avviene avvalendosi della collaborazione di DIR – CAF, RGQ CAF e RGQ DIRSCIENTI, con frequenza almeno annuale o qualora se ne presenti la necessità (es. gravi NC, rilevanti cambiamenti organizzativi, etc.). Attraverso tale attività si intende fare emergere l'andamento complessivo del Sistema in rapporto agli obiettivi prefissati e al miglioramento dei processi.

In particolare gli elementi in ingresso per il riesame riguardano:

- I risultati degli audit interni ed esterni;
- Le informazioni di ritorno sulla soddisfazione dei clienti (questionari di soddisfazione, reclami, etc.)
- Le performance dei processi (attraverso indicatori) e la conformità degli eventi erogati;
- Lo stato delle azioni correttive e preventive;
- Le azioni a seguire da precedenti riesami;
- Le modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione per la qualità;
- Le raccomandazioni per il miglioramento.

Le informazioni di cui sopra sono registrate da RGQ nel modulo MO 20 "Riesame della direzione". Il riesame comprende, in uscita, decisioni in merito al miglioramento dell'efficacia del sistema e dei processi, agendo su nuovi indicatori/target e ad azioni correttive/preventive.

CAPITOLO 3 GESTIONE DELLE RISORSE

3.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente capitolo ha lo scopo di definire le modalità per:

- gestire le risorse umane;
- gestire le infrastrutture ed ambiente di lavoro.

Il presente capitolo si applica nei confronti:

- del personale del CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE
- delle apparecchiature del solo CAF

3.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001-2008
- PR 05 "Formazione di progettisti ed organizzatori di corsi".

3.3 DEFINIZIONI

Si definisce ambiente di lavoro necessario ad assicurare la conformità ai requisiti dei prodotti/servizi, l'insieme degli uffici e delle aule gestiti ed occupati dal CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE.



3.4 MODALITA' DI GESTIONE

3.4.1 GESTIONE DELLE RISORSE

DIR CAF, in collaborazione con DIR, individua le risorse necessarie per mantenere l'efficacia del SGQ ed accrescere la soddisfazione dei clienti in ottemperanza ai requisiti richiesti.

Il personale del CAF è considerato una risorsa molto importante, vista la stretta connessione tra la qualità delle cure e dei servizi erogati e la professionalità / competenza del personale.

In tal senso la motivazione del personale e la consapevolezza individuale costituiscono una priorità assoluta per la Direzione sia per il raggiungimento degli obiettivi fissati, sia per il miglioramento continuo delle prestazioni del sistema. La formazione e l'aggiornamento continuo sono considerati leve strategiche per assicurare la crescita e la motivazione degli operatori.

3.4.2 RISORSE UMANE

L'analisi delle competenze del personale del CAF è svolta di norma annualmente da DIR-CAF – RGQ CAF.

La creazione delle competenze mancanti, può avvenire tramite:

- partecipazione a corsi specifici interni/esterni;
- affiancamento a personale esperto (tutor);
- riunioni informative.

La partecipazione ai corsi è programmata da DIR – CAF attraverso colloquio con il personale del CAF stesso.

Per quanto concerne i nuovi inserimenti, questi ricevono:

- formazione/informazione sui rischi per la salute e sicurezza;
- affiancamento al responsabile della funzione (tutor) che gli verrà affidata.

Nel prosieguo dell'addestramento professionale previsto, tenuto conto della griglia di valutazione (MO CAF 25A/B/C), verrà costruito un specifico percorso al fine di programmare nel tempo l'allineamento del personale con gli obiettivi formativi previsti.

La verifica dell'efficacia della formazione svolta è effettuata direttamente dal discente tramite relazione finale a DIR CAF o tramite colloquio di valutazione. La verifica dell'efficacia dell'affiancamento è svolta, invece, dall'esperto/tutor tramite relazione finale a DIR CAF o tramite un colloquio di feedback.

L'evidenza di quanto sopra è contenuta ed aggiornata nel fascicolo personale dell'operatore, assieme al curriculum formativo e professionale presente nell'archivio della Direzione Amministrativa. Il fascicolo è soggetto alle cogenze della Regione e alle disposizioni della Legge sulla Privacy.

La creazione della consapevolezza del personale del SGQ avviene tramite riunioni ed incontri informativi e formativi inerenti gli obiettivi della qualità, gli indicatori e l'importanza della gestione del sistema.



3.4.3 INFRASTRUTTURE ED AMBIENTE DI LAVORO

Le attrezzature in uso al CAF comprendono:

- personal computer (PC) degli uffici;
- attrezzature d'aula (video proiettori, lavagna multimediale ecc.);
- altre strumentazioni (fax, per es.).

Le attrezzature sono sottoposte a manutenzione da parte dell'Ufficio Tecnico, mentre i sistemi informatici sono sotto la responsabilità del Servizio Informatico, con manutenzione ordinaria da parte del personale del CAF.

I dati relativi agli eventi e al SGQ sono in directory di rete salvate periodicamente e i PC dispongono di sistemi antivirus e firewall aggiornati a cura dei Sistemi Informatici.

Le attrezzature d'aula più critiche (es. proiettori, lavagna interattiva multimediale ecc.) sono periodicamente verificate e tenute sotto controllo da parte dell'Ufficio Tecnico compresa l'eventuale sostituzione di parti fondamentali e ogni qualvolta vi siano richieste in via straordinaria.

Per le figure professionali e le aree del CAF è stata svolta l'analisi dei rischi da parte del SPPA e sono state intraprese misure di prevenzione e norme di sicurezza da osservare. La valutazione è documentata, secondo ex art. 4 del Dlgs 81/08 e successive modifiche, nel "Documento di valutazione dei rischi", a cura del Responsabile SPPA.

CAPITOLO 4

REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

4.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del seguente capitolo è quello di definire le modalità per:

- Pianificare la realizzazione dei servizi;
- Definire e gestire i processi relativi al cliente;
- Definire le modalità di progettazione formativa;
- Definire e gestire le modalità di approvvigionamento;
- Definire e gestire le modalità di erogazione degli eventi.

4.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001 : 2008
- Procedure specifiche di sistema Interne ed Esterne

4.3 DEFINIZIONI

Si definisce cliente del CAF l'insieme delle persone fisiche che si rivolgono al CAF e che possono essere ulteriormente indicate come:

- Cliente interno, dipendente/collaboratore del CRO;
- Cliente esterno di altra organizzazione, pagante o meno.



4.4 MODALITA' DI GESTIONE

4.4.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

I processi di realizzazione del prodotto sono elencati e correlati fra loro nella mappa di pag.9, capitolo 1 "Sistema di gestione per la qualità". In particolare sono dati da:

- Analisi dei fabbisogni formativi;
- Progettazione di massima;
- Progettazione di dettaglio;
- Erogazione dell'attività formativa
- Rendicontazione e valutazione della formazione

Tali processi sono sviluppati ed attuati attraverso le seguenti procedure:

PROCEDURA	TITOLO
PR CAF 01	PROCEDURA PROGETTAZIONE FORMATIVA
PR CAF 02	PROCEDURA GESTIONE EVENTI PROVIDER ECM REGIONALE
PR CAF 03	PROCEDURA DI VALUTAZIONE ED INCARICHI DOCENTI / TUTOR
PR CAF 04	PROCEDURA GESTIONE AULA FORMAZIONE RESIDENZIALE
PR CAF 05	PROCEDURA PER LA FORMAZIONE DI PROGETTISTI ED ORGANIZZATORI DI CORSI
PR CAF 06	PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' ED AZIONI CORRETTIVE/PREVENTIVE
PR CAF 07	PROCEDURA GESTIONE PROGETTO DI FORMAZIONE SUL CAMPO
PR CAF 08	PROCEDURA GESTIONE EVENTI SPONSORIZZATI
PR CAF 09	PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTI E REGISTRAZIONI

Gli obiettivi legati ai processi di realizzazione prodotto sono definiti da DIR nell'ambito dell' "Elenco obiettivi anno" (MO CAF 19)

4.4.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

Il marketing formativo avviene tramite i seguenti canali di comunicazione:

- calendari attività formative appesi in bacheche CRO e inviati via @mail a tutti@cro.it
- calendari attività formative condivisi in Area Vasta pordenonese, secondo le norme per tempo vigenti
- e-mail periodiche di "remind"
- circolari e disposizioni
- sito web dell'Istituto, pagina della formazione.



La comunicazione relativa agli eventi formativi di norma contiene: titolo evento, destinatari, data e durata, docenti, crediti formativi (se previsti) segreteria organizzativa, numero obiettivo ECM nazionale.

Le iscrizioni avvengono tramite apposita “scheda iscrizione” MO 64 contenente i dati relativi all’iscritto e scaricabile dal sito del CRO. Per gli interni l’iscrizione deve essere confermata dai superiori gerarchici dell’iscritto, tramite @mail o telefonata.

All’atto delle iscrizioni, GEPROF tramite “elenco iscritti”, effettua il riesame:

- della disponibilità di posti in relazione al numero di iscritti;
- della coerenza fra il numero e la tipologia degli iscritti e il rispetto dei requisiti previsti per la composizione dell’aula;
- l’eventuale versamento della quota di iscrizione, se prevista.

4.4.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

Il CAF si impegna a comunicare al cliente tutte le informazioni relative agli eventi formativi secondo le modalità riportate nel precedente paragrafo. Si impegna, inoltre, a gestire ogni informazione di ritorno dal cliente, ivi inclusi i suoi reclami, in relazione ai quali la risposta è fornita e registrata da RGQ CAF secondo indicazioni della PR 06.

4.4.4 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Analisi dei fabbisogni formativi ed organizzativi

L’analisi dei fabbisogni è svolta da GEPROF. Essa avviene attraverso:

- una interrogazione degli operatori che segnalano le proprie esigenze ogni 1/2 anni rispondendo ad un questionario anonimo auto compilato,
- una valutazione delle cogenze nazionali e regionali e del Piano Annuale CRO,
- l’acquisizione delle richieste specifiche di DIR, dei Direttori di Dipartimento e delle Posizioni organizzative, del COMSC.

I risultati sono sintetizzati in apposite relazioni e riesaminati secondo le indicazioni della PR 01.

Programmazione dei tempi della progettazione

La programmazione avviene tenendo in considerazione le risorse assegnate dal “Piano aziendale/Bilancio di previsione” e dalle indicazioni della Commissione Regionale ECM.

Progettazione di massima

La progettazione di massima è realizzata da GEPROF e porta alla stesura del documento “Piano formativo annuale”. Il documento è riesaminato secondo indicazioni della Procedura di riferimento.

Il PFA viene poi inserito nella cartella in rete denominata SINTESI EVENTI FR e FSC. Il piano formativo annuale può essere integrato nel corso dell’anno in base ad esigenze formative subentranti.



Progettazione di dettaglio e relative verifiche

La progettazione di dettaglio è relativa ad ogni singolo evento e si basa sulle disposizioni nazionali e regionali relative alla progettazione formativa residenziale, sul campo, a distanza.

L'evento formativo è riportato in apposito modulo "scheda evento" (MO CAF 60, MO 61), distinto per tipologia e verificato da GEPROF nei suoi punti (disponibilità aule, docenti, etc.). Il progetto formativo viene poi inserito nel GFOR e lì archiviato oltre che in apposita cartella condivisibile in rete.

Validazione dell'evento formativo

Gli eventi formativi sono inseriti nel gestionale della formazione (GFOR); al termine della progettazione e prima della seduta di accreditamento gli eventi sono approvati e validati da DIR CAF e, nel caso di esito positivo, l'evento può passare alla fase di accreditamento.

Gli eventi formativi che non seguono un percorso ECM sono approvati e validati direttamente da DIR CAF e/o GEPROF .

4.4.5 APPROVVIGIONAMENTO

Affidamento dell'incarico docenti

L'incarico ai docenti segue le disposizioni di cui alla Delibera 173 del 11/08/2014 "Disposizioni per il conferimento degli incarichi di docenza", della PR CAF 03 e delle IO CAF 02 contenute le linee guida docenti per la raccolta di tutte le informazioni necessarie all'emissione dell'incarico. La formalizzazione dell'incarico quando retribuito avviene tramite apposita lettera emessa da SEGR e firmata da DIR CAF, dopo determinazione dirigenziale da parte di DIR CAF.

Valutazione preventiva docenti

La valutazione preventiva dei docenti dell'evento, è svolta da DIR CAF in collaborazione con il / i Responsabile /i Scientifico /i dell'evento formativo, con GEPROF e con SEGR, in base alle indicazioni alla Delibera 173 del 11/08/2014 "Disposizioni per il conferimento degli incarichi di docenza".

Valutazione ex post

La valutazione ex post del docente avviene sulla base dei giudizi espressi dai discenti nei moduli previsti dal sistema ECM Regionale e disponibili sulla piattaforma condivisa GFOR.

I risultati sono comunicati se richiesto al docente stesso e comunque inseriti nel data base GFOR . Nel caso di esiti negativi, GEPROF redige "Rapporto di NC" individuando le cause dell'esito e concordando relative azioni con il docente coinvolto, portando l'azione all'attenzione di DIR.

Il docente può contribuire in ogni caso alla valutazione dell'evento attraverso la compilazione di un modulo disponibile sulla piattaforma condivisa GFOR, con il quale può fare delle valutazioni sul gruppo d'aula, sull'organizzazione, sull'andamento delle attività didattiche.



Materiale di consumo

Il materiale di consumo necessario per lo svolgimento delle attività del Servizio viene gestito dal personale del CAF. La richiesta di d'acquisizione del materiale avviene compilando una richiesta online attraverso un software dedicato in G2, mentre per una esigua parte di materiale è necessario compilare specifica modulistica predisposta dal Provveditorato, responsabile per l'Istituto della erogazione delle occorrenze dei diversi Servizi/Strutture Operative. E' presente specifico modulo da compilarsi per la richiesta di intervento di manutenzione /riparazione da parte del servizio tecnico.

4.4.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITA' DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Le attività di erogazione servizi che hanno maggiormente influenza sulla qualità sono gestite prevalentemente tramite le PR del SGQ e/o i manuali messi a disposizione dalla Regione FVG o da INSIEL e sono quelle sotto elencate.

Controllo della documentazione
Caricamento e validazione dati caricati on line sul portale GFOR
Progettazione formativa
Gestione dei fornitori (acquisizione formatori, ingaggio, valutazione prestazione, pagamento compensi ecc.)
Accreditamento eventi formativi
Segnalazione e risoluzione di eventuali incongruenze
Logistica e controlli preventivi d'aula
Gestione partecipazione all'evento da parte del cliente
Erogazione formativa
Rendicontazione eventi
Attestazione partecipazione / crediti formativi

4.4.7 VALIDAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI E DI EROGAZIONE DI SERVIZI

I processi soggetti a validazione nell'ambito del CAF sono:

- valutazione preventiva docenti;
- validazione dell'evento per l'ottenimento dei crediti ECM.

Tali processi sono considerarsi critici nel senso che possono portare a conseguenze senza possibilità di accertamenti in itinere e con eventuali disservizi al termine non recuperabili. Pertanto tali processi sono soggetti alle indicazioni per la validazione delle relative procedure.



4.4.8 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

L'identificazione e rintracciabilità dei documenti prodotti a seguito della progettazione ed erogazione del servizio (evento formativo) avviene con raccolta della documentazione in apposito fascicolo, con intestazione (titolo/data evento) e riferimento del numero dell'evento assegnato dal GFOR. Tutte queste informazioni sono altresì archiviate in cartella elettronica in rete. Tale documentazione richiesta dalle normative ECM e dal SGQ comprende:

Tipo di documento	Identificazione e rintracciabilità
Documento SGQ (Registrazione)	Codifica e conservazione secondo Indicazioni PR 09
Documenti legati ad evento ECM	Secondo le procedure e i regolamenti ECM e l'operatività del GFOR
Documento cogente	Riferimenti assegnati al testo dall'ente emittente

4.4.9 GESTIONE DELLA PROPRIETA' DEL CLIENTE

Le uniche proprietà gestite dal CAF sono di tipo intellettuale e concernono informazioni dei clienti interni ed esterni ai fini della progettazione. Tali clienti possono essere identificati come responsabili scientifici, formatori, partecipanti.

Tali informazioni sono contenute in documentazione cartacea e / o @mail inviata a GEPROF durante il processo di progettazione. Nel caso di perdita o altre condizioni di non utilizzo delle informazioni, GEPROF avvisa tramite il cliente tramite i canali di comunicazione più consoni al caso (@mail, lettera scritta, colloquio ecc.)

Fra le proprietà del cliente si annoverano, inoltre, gli eventuali dati personali raccolti al momento dell'iscrizione o durante altre procedure amministrative, o per i docenti raccolti tramite l'invio del curriculum e di altra modulistica richiesta, che sono gestiti secondo le disposizioni della norma 196 /2003 e dal relativo Regolamento d'Istituto.

4.4.10 CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI

Il CAF non conserva prodotti fisici, in quanto attività di pura erogazione servizi. Sono conservati soltanto i documenti e le registrazioni del SGQ secondo le indicazioni della Procedure specifiche e dei relativi Moduli.

4.4.11 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE

I dispositivi di monitoraggio e misurazione sono gestiti in base alle relative PR.



CAPITOLO 5 MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

5.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il seguente capitolo delinea le modalità utilizzate per:

- monitorare la soddisfazione del cliente;
- condurre le Visite Ispettive interne;
- monitorare e misurare i processi ed i prodotti;
- tenere sotto controllo i prodotti non conformi;
- analizzare i dati;
- intraprendere azioni correttive e preventive;
- gestire il miglioramento continuo.

Il capitolo si applica a tutti i processi del CAF

5.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- UNI EN ISO 9001 :2008;
- PR 06 "Gestione delle non conformità ed azioni correttive/preventive"
- PR esterna al CAF per la gestione degli audit interni

5.3 DEFINIZIONI

Si definisce monitoraggio e misurazione l'insieme delle attività attraverso le quali il servizio analizza e raccoglie dati relativamente all'andamento dei processi, dei servizi, dell'applicazione del sistema di gestione per la qualità, ivi incluse le N.C. e le azioni correttive e preventive.

5.4 MODALITA' DI GESTIONE

5.4.1 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

Al termine di ogni evento formativo, ECM o non, secondo le indicazioni della PR 04, sono somministrate da GEPROF le "Schede di valutazione evento/corso" , emesse da GFOR. Tali schede rappresentano questionari di misurazione della soddisfazione e si basano sulle voci ritenute importanti sia per CRO che per i propri clienti. Contestualmente sono somministrati anche i moduli per la misurazione della soddisfazione dei docenti e relatori, ove previsto, emessi da GFOR.

I risultati dei questionari sono analizzati in prima istanza da GEPROF al fine di evidenziare eventuali valutazioni negative ed intraprendere azioni correttive/preventive tramite DIR-CAF, GEPROF e RGQ. I risultati di tutti i questionari FR e FSC – addestramento sono sintetizzati da RGQ per il riesame della direzione.



5.4.2 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE

Le visite ispettive interne sono pianificate annualmente da RGQ assieme al Responsabile UGRCA, che comunicano le date con congruo anticipo a DIR CAF e DIR. I processi sono verificati una volta all'anno, salvo il riscontro da parte dell'auditor di non conformità gravi e/o ripetitive.

Le visite ispettive interne sono condotte da personale indipendente rispetto al responsabile di processo sottoposto ad audit. Gli auditor sono soggetti a qualificazione secondo le disposizioni vigenti.

Tutta la documentazione per la conduzione delle visite ispettive è di origine esterna.

Il verbale di audit viene inoltrato a RGQ, DIR CAF e DIR da parte dell'UGRCA. Nel caso di rilevazione di non conformità, RGQ - DIR CAF avvia il processo per il trattamento delle stesse e/o l'apertura di eventuale azione correttiva/preventiva".

5.4.3 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI

I processi, definiti nel capitolo 1 del presente manuale "Sistema di gestione per la qualità" sono misurati tramite i risultati degli indicatori collegati. Le modalità di raccolta dei dati e le responsabilità sono contenute nell'"Elenco obiettivi anno" (MO CAF 19), fornita da RGQ a DIR annualmente per il riesame della direzione (MO CAF 20).

5.4.4 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PRODOTTI – SERVIZI

I requisiti di erogazione servizio sono monitorati e misurati in fasi appropriate definite nelle relative procedure; in particolare:

- per il processo di gestione eventi ECM, tramite la PR CAF 02
- per la gestione aula tramite la procedura PR CAF 04.

Tali procedure fanno riferimento a responsabilità, modalità e registrazione del monitoraggio/misurazione.

Nel caso di scostamenti significativi e ripetuti, RGQ emette rapporto di non conformità e/o azioni correttive/preventive secondo la PR CAF 06.

5.4.5 VALUTAZIONE RICADUTE / IMPATTI DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

La valutazione delle ricadute e degli impatti della formazione, ove possibile ed in relazione alla disponibilità di risorse umane del CAF può avvenire attraverso:

- indagini di efficacia percepita di eventi / processi formativi o di tipologie di formazione (ad es. efficacia percepita della formazione sul campo versus formazione residenziale);
- analisi del report finale di formazione sul campo miglioramento / addestramento, da parte del Responsabile Scientifico dell'evento;
- attività di ricerca quantitativa e qualitativa, volta a misurare / analizzare la modifica di atteggiamenti / comportamenti a seguito della formazione erogata.



5.4.5 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI

Le non conformità dei processi del CAF possono classificarsi prevalentemente in tre categorie:

- reclami diretti dei partecipanti all'evento (sia discenti che docenti);
- disfunzioni / disservizi notate dall'organizzazione stessa;
- non conformità a seguito di visite ispettive interne/esterne.

La non conformità è immediatamente portata all'attenzione di RGQ, che valuta se è:

- grave;
- minore;
- osservazione che non richiede il proseguimento delle azioni (per sola informazione).

Le azioni correttive nascono a seguito delle situazioni di non conformità individuate nelle fasi di cui al § 4.5. Le azioni correttive sono gestite da RGQ CAF tramite apposita registrazione nella quale sono individuate azioni, tempi e responsabilità per la gestione dell'azione stessa. RGQ può coinvolgere altri responsabili di processo del servizio. Al termine dell'iter RGQ verifica l'efficacia dell'azione.

Le NC e relative AC sono registrate nel modulo "Rapporto di non conformità / Richiesta di azione correttiva" (MO CAF 06).

RGQ CAF, infine, verifica l'attuazione e chiusura della NC, secondo quanto stabilito.

5.4.6 ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati è svolta da RGQ e portata all'attenzione di DIR nell'ambito del riesame della direzione (MO CAF 20). L'analisi concerne:

- conformità ai requisiti;
- esiti audit interni
- attività di formazione
- obiettivi;
- analisi NC, AC, AP , reclami

5.4.7 AZIONI PREVENTIVE

Le azioni preventive nascono a seguito di potenziali situazioni di non conformità individuate nelle fasi di cui al § 4.5. Le azioni preventive sono gestite da RGQ tramite apposita registrazione in MO 07 "Richiesta azione preventiva" nella quale sono individuate azioni, tempi e responsabilità per la gestione dell'azione stessa. RGQ CAF può coinvolgere altri responsabili di processo del servizio. Al termine dell'iter RGQ CAF verifica l'efficacia dell'azione.



5.4.8 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il Miglioramento continuo nel CAF nasce a livello strategico e quotidiano, attraverso gli strumenti sotto evidenziati nella tabella.

Tipo di miglioramento	Strumenti del servizio
Quotidiano	Azioni correttive e preventive, chiusura non conformità, monitoraggi dei risultati dei processi, formazione personale, monitoraggio e misurazione della soddisfazione, suggerimenti del personale
Strategico	Politica per la qualità, obiettivi (MO CAF 19) ed indicatori di processo