

---

## **PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE**

---

## Sommario

<b>Premessa e Scopo</b>	<b>3</b>
<b>Sistema di gestione per la qualità - contesto dell'organizzazione</b>	<b>3</b>
Comprendere l'Organizzazione e il suo contesto	3
Le parti interessate: le esigenze e le aspettative	4
Rischi ed opportunità derivanti dall'analisi del contesto	4
Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità	4
Sistema di gestione per la qualità e relativi processi	5
<b>Leadership</b>	<b>5</b>
Leadership e impegno	5
Focalizzazione sul cliente	6
Politica per la qualità	6
Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	7
<b>Pianificazione</b>	<b>7</b>
Azioni per affrontare rischi e opportunità	7
Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento	8
Programmazione delle attività formative: aspetti qualificanti	8
L'analisi dei bisogni formativi	9
Il coinvolgimento degli Operatori	9
La socializzazione dei contenuti formativi	9
La valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione	9
Collaborazione con istituzioni e con altre strutture	9
<b>Supporto</b>	<b>10</b>
Risorse	10
Generalità	10
Persone	10
Infrastrutture	10
Ambiente per il funzionamento dei processi	10
Competenza	11
Comunicazione	11
Informazioni documentate	12
<b>Attività Operative</b>	<b>12</b>
Pianificazione e controllo operativi	12
<b>Valutazione delle prestazioni</b>	<b>13</b>
Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	13
Soddisfazione del cliente	14
Audit interno	14
Riesame di direzione	14
<b>Miglioramento</b>	<b>15</b>
Non conformità e azioni correttive	15
Miglioramento continuo	15
<b>Allegati</b>	<b>15</b>

 UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA	Standard di Servizio <b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE          DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b>	CS FOR REVISIONE 12 DEL 08/04/2021 Pag. 3 di 17
--	---	---

## Premessa e Scopo

L'adozione di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), basato sui requisiti della Norma ISO 9001:2015, è una decisione strategica che aiuta l'organizzazione a migliorare le proprie performance e costituisce una solida base per iniziative di sviluppo sostenibile.

Il denominatore comune per l'istituzione e il mantenimento del SGQ è sintetizzato nella formula "pensiero basato sul rischio": un nuovo modo basato sulla capacità dell'organizzazione di assumere decisioni e intraprendere azioni come effetto di una valutazione razionale delle possibili conseguenze, positive o negative, delle proprie scelte.

Dato il suo carattere generale, il concetto di "rischio" investe praticamente tutte le componenti del SGQ. L'approccio per processi è quello che consente all'organizzazione di pianificare i propri processi e le loro interazioni. Il Plan-Do-Check-Act (PDCA) fa sì che i processi siano adeguatamente alimentati e gestiti e che siano identificate le opportunità di miglioramento.

Il presente Standard di Servizio rappresenta l'insieme dei servizi erogati e degli impegni assunti nei confronti degli utenti da parte della direzione dell'Unità Operativa Complessa "Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica" dell'Azienda USL di Teramo.

## Sistema di gestione per la qualità - contesto dell'organizzazione

### Comprendere l'Organizzazione e il suo contesto

#### *Articolazione organizzativa della formazione*

Il processo per la formazione e l'aggiornamento nell'Azienda USL di Teramo si sviluppa attraverso fasi sequenziali che partono dall'analisi dei bisogni e la costruzione del piano ed arrivano alla gestione ed al monitoraggio degli eventi.

La funzione formazione-aggiornamento è coordinata da un servizio, in staff alla Direzione Generale, e dalla rete dei referenti presenti nelle articolazioni aziendali.

Questi "punti sensibili" dedicati al governo dei processi formativi non costituiscono, dunque, un assetto autonomo che si sviluppa parallelamente rispetto alla struttura organizzativa della produzione aziendale, ma rappresentano, al suo interno, dei supporti mirati a rendere più coordinata e coesa tutta l'azione programmatoria destinata a promuovere obiettivi di formazione.

Ne consegue il diffondersi dell'impulso a pensare e progettare attività formative all'interno dell'assetto organizzativo aziendale, a partire dagli input strategici formativi della direzione generale ed arricchiti dalle indicazioni espresse dalle Macroarticolazioni per terminare con la raccolta delle esigenze tecnico-professionali indicate dalle innumerevoli strutture di "linee" a seguito delle sollecitazioni prodotte dai singoli operatori, dalle loro rappresentanze professionali, dai responsabili e dai quadri intermedi.

In un tale intrecciarsi di linee elaborative "dall'alto verso il basso" e "dal basso verso l'alto" gli snodi fondamentali del sistema di produzione dei contenuti programmatori sono, da un lato, le Macroarticolazioni (Dipartimenti/Coordinamenti) e, dall'altro, l'Ufficio Formazione inteso come unità di coordinamento e di sintesi operativa di una nutrita serie di collaboratori diffusi all'interno del tessuto organizzativo.

Per la realizzazione degli eventi formativi l'Ufficio di Formazione è accreditato in qualità di provider per la formazione secondo il sistema di aggiornamento continuo ECM.

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 4 di 17</p>

### Le parti interessate: le esigenze e le aspettative

#### *Esigenze ed aspettative degli stakeholder interni*

- Direzione Generale: predisposizione, attuazione e monitoraggio delle attività formative aziendali
- Dipartimenti/Coordinamenti/UU.OO.: realizzazione degli eventi formativi in relazione alle esigenze indicate dalle Unità Operative; disponibilità di un budget adeguato
- Comitato Scientifico per la Formazione: coerenza delle iniziative formative con gli indirizzi e gli obiettivi aziendali
- Referenti per la formazione: adeguato coinvolgimento
- Destinatari della formazione: acquisizione e aggiornamento delle competenze trasversali e tecnico-professionali e acquisizione dei crediti formativi dei dipendenti della ASL di Teramo
- Docenti interni: possibilità di effettuare docenze; valorizzazione nel contesto aziendale
- Controllo di gestione: contenimento del budget destinato per la formazione
- Risorse umane UOC Formazione: equità della distribuzione dei carichi di lavoro; disponibilità di adeguate risorse strumentali e ambientali; chiarezza degli indirizzi aziendali; adeguata pianificazione/progettazione delle proposte formative.

#### *Esigenze ed aspettative degli stakeholder esterni*

- Age.Na. S/Ordini professionali: rispetto dei requisiti di accreditamento
- Regione/ASR: attuazione della formazione in conformità alle linee di indirizzo regionali; adempimenti LEA relativi alla formazione
- Fornitori: chiarezza e rispetto dei contratti di fornitura
- Sponsor: chiarezza e rispetto dei contratti di sponsorizzazione
- Sindacati: condivisione del piano di formazione

#### ALLEGATO 1 "ANALISI DEL CONTESTO: LE PARTI INTERESSATE (CS FOR –A1)"

### Rischi ed opportunità derivanti dall'analisi del contesto

L' UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica dell'AUSL 4 di Teramo ha deciso di adottare il metodo della **ANALISI SWOT** per valutare i rischi e le opportunità derivanti dall'analisi del contesto. L'analisi si basa su una matrice divisa in quattro campi ed ha riguardato sia il CONTESTO INTERNO (analizzando punti di forza e debolezza) che il CONTESTO ESTERNO (analizzando minacce ed opportunità).

#### ALLEGATO 2 "ANALISI DEL CONTESTO E RISCHI ASSOCIATI (CS FOR –A2)"

### Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

La direzione ha istituito un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), documentato e mantenuto attivo, per assicurare che i processi/percorsi sviluppati dalla stessa per l'erogazione delle prestazioni, siano conformi ai requisiti ed alle aspettative dei fruitori/utenti.

Il campo di applicazione del SGQ, descritto nel presente documento, è il seguente:

**PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE RIVOLTE AL SETTORE SANITARIO.**

**È escluso il punto 7.1.5 "Risorse per il monitoraggio e la misurazione" in quanto non sono utilizzate apparecchiature di monitoraggio e misurazione.**

 <p><b>ASL TERAMO</b> www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 5 di 17</p>

### Sistema di gestione per la qualità e relativi processi

Il Sistema di gestione per la qualità è lo strumento che consente alla ASL n. 4 di attuare la politica per la qualità e di perseguirne gli obiettivi stabiliti, compreso il costante controllo di tutti i processi di produzione dei servizi/prestazioni.

Il SGQ interviene nelle diverse aree secondo uno schema di pianificazione delle attività, verifica, correzione e prevenzione delle non conformità e azioni di miglioramento.

La qualità viene pianificata attraverso i seguenti strumenti:

- Lo Standard di Servizio
- Regolamenti/linee guida, Procedure, Istruzioni, Schede Processo e Modulistica;
- Le azioni di miglioramento;
- Eventuali Piani della qualità, per quelle attività complesse che richiedono un particolare sforzo organizzativo all'azienda.

Per mettere in atto il SGQ, l'organizzazione ha:

- definito lo Standard di Servizio della UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica;
- identificato i processi necessari per il SGQ;
- stabilito sequenze e interazioni tra i processi, criteri e metodi per assicurare l'efficacia dell'operatività degli stessi;
- attuato il SGQ applicando le procedure operative documentate e attuando quanto prescritto dai regolamenti interni/linee guida;
- definito le schede processo e le istruzioni operative e i protocolli;
- definito e documentato come saranno soddisfatti i requisiti della qualità;
- predisposto una pianificazione della qualità coerentemente con i requisiti specifici dei SGQ;
- definito le attrezzature e apparecchiature e specificato le risorse necessarie;
- registrato quanto necessario per l'operatività del SGQ;
- assicurato la disponibilità delle informazioni necessarie per supportare le azioni ed il monitoraggio dei processi;
- misurato, monitorato, analizzato i processi e attuato le azioni necessarie per conseguire i risultati previsti ed il miglioramento continuativo.

## Leadership

### Leadership e impegno

La direzione formula la politica per la qualità, definisce gli obiettivi e gli indirizzi strategici e gli obiettivi di budget da perseguire in base alla politica formulata e si impegna a perseguire il mantenimento e il miglioramento del SGQ attraverso:

- l'impiego di risorse adeguate a gestire lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del SGQ.
- la diffusione all'interno dell'azienda della Politica per la qualità e degli obiettivi;
- la formazione al SGQ di tutto il personale;
- la sensibilizzazione dei dipendenti verso le esigenze dei fruitori/utenti;
- la misurazione e l'analisi del livello di soddisfazione del fruitore/utente;
- l'effettuazione, periodica, del riesame sul SGQ.

	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 6 di 17</p>

### Focalizzazione sul cliente

La ASL n. 4 è un'azienda orientata al fruitore/utente dei servizi/prestazioni. L'azienda, pertanto, ha avviato un processo di costante verifica del livello di soddisfazione del fruitore/utente, basato non solamente sulla rilevazione delle non conformità ed eventi indesiderati che lo coinvolgono direttamente, ma anche su un monitoraggio documentato dell'attività svolta e su una periodica misurazione della soddisfazione dello stesso.

### Politica per la qualità

La politica per la qualità è definita dalla direzione della UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica in linea con la politica per la qualità dell'Azienda USL di Teramo, con le normative nazionali e regionali e in collaborazione con i responsabili delle Unità Operative e dei Dipartimenti/Coordinamenti.

La Politica per la qualità, scaturisce da un'analisi attenta e oggettiva del contesto interno, dei risultati conseguiti e degli obiettivi futuri, nonché del contesto esterno e delle richieste dei fruitori dei servizi, delle norme di legge e delle parti Interessate

A partire dalla Legge 502 del 1992 la sanità italiana ha subito profonde trasformazioni, sia sul versante organizzativo che culturale. In questo scenario la formazione costituisce uno degli strumenti, a disposizione dell'organizzazione, per elevare il livello di professionalità richiesta dal cambiamento in atto.

Da un punto di vista metodologico e qualitativo, in questi anni si è rafforzata non solo la tipologia della formazione residenziale sul campo, ma anche la formazione a distanza. Per valorizzare e incrementare proprio quest'ultima tipologia di formazione, la UOC Formazione, su impulso del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, intende avviare l'implementazione di una piattaforma e-learning per la fruizione di corsi online, residenziali e blended.

Per soddisfare e realizzare l'allineamento degli obiettivi strategici a livello regionale e aziendale vengono promosse alcune azioni:

- Pianificare la formazione sulla base di un'attenta analisi dei fabbisogni
- Definire percorsi mirati allo sviluppo delle professionalità in linea con i cambiamenti organizzativi e il miglioramento della cultura relazionale;
- Dare priorità ai percorsi formativi interni, in grado di introdurre una maggiore flessibilità dell'organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali;
- Garantire al personale sanitario l'acquisizione dei crediti formativi previsti dal Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM);

A supporto di quanto sopra enunciato si stabilisce inoltre di:

- Implementare e mantenere attivo un Sistema di Gestione della Qualità in conformità alla Norma UNI EN ISO 9001 / 2015 improntato ad un approccio al rischio
- Attivare specifiche fasi di verifica e di riesame del sistema qualità per assicurare che gli strumenti utilizzati siano applicati ed adeguati agli obiettivi e agli scopi del sistema qualità stesso.
- Definire specifici obiettivi di qualità concreti e misurabili.

### Documenti di riferimento

I documenti di riferimento che definiscono la missione, le politiche, le strategie, l'organizzazione e l'impegno pubblico assunto con i fruitori dei servizi sono:

- Atto Aziendale *Titolo XI – LA FORMAZIONE (ART. 46 – PRINCIPI E FINALITÀ)*

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 7 di 17</p>

- Carta dei Servizi disponibile sul sito web aziendale
- Standard di Servizio

## Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

### Principali funzioni, competenze e responsabilità

Sono garantite dal Direttore della UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica le funzioni proprie del livello di responsabilità ed esercitate direttamente:

- Predisposizione del Piano annuale della Formazione, in raccordo con tutte le Macroarticolazioni Aziendali;
- Gestione del budget che l'azienda destina alla formazione, aggiornamento e addestramento del personale;
- Gestione di tutte le fasi del processo di accreditamento Ecm delle iniziative formative;
- Predisposizione degli atti per la realizzazione delle iniziative di formazione e aggiornamento;
- Coordinamento e supporto dei referenti tecnici della formazione delle diverse articolazioni aziendali nella rilevazione dei fabbisogni formativi e nella organizzazione delle singole iniziative di formazione;
- Gestione dei rimborsi e delle spese sostenute per la partecipazione ad iniziative formative autorizzate, in collaborazione con i referenti aziendali;
- Stipula Contratti di sponsorizzazione con ditte/organizzazioni che intendono contribuire alla realizzazione di iniziative formative aziendali;
- Supporto alle articolazioni aziendali per l'organizzazione di corsi di prima formazione e corsi di apprendimento per neo-assunti;
- Regolamentazione e predisposizione degli atti per i tirocini formativi pre e post laurea e per le frequenze didattiche effettuate presso l'Azienda;
- Gestione abbonamenti e riviste scientifiche.

Il Responsabile della Formazione è il referente aziendale per la promozione dei Progetti di ricerca scientifica (ex. Art. 12 D.Lgs. 502/1992 e S.m.i.).

## Pianificazione

### Azioni per affrontare rischi e opportunità

Vengono analizzati gli eventi attribuibili all'Organizzazione (CONTESTO INTERNO: punti di forza e debolezza) e quelli riferiti all'Ambiente (CONTESTO ESTERNO: minacce ed opportunità) per determinare RISCHI ED OPPORTUNITÀ che è necessario affrontare per avere la ragionevole fiducia di conseguire gli obiettivi e ottenere la soddisfazione del cliente.

Per la conduzione dell'analisi del rischio è stato utilizzato come strumento la **Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)**.

Il presupposto è il principio secondo il quale il rischio, definito come "una combinazione tra la probabilità di accadimento di un danno e la severità di quest'ultimo", sia correlato non soltanto alla probabilità che si verifichi un errore, ma anche alla gravità delle sue conseguenze.

	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 8 di 17</p>

La GRAVITA' misura la severità di un evento dannoso

Criteri di gravità:

- 1 = pressoché irrilevante (non ha alcun impatto sugli obiettivi/attività e non richiede trattamento)
- 2 = minore (ha un impatto lieve su obiettivi/attività che richiede trattamento a lungo termine nel tempo / 12-24 mesi)
- 3 = moderato (ha un impatto moderato su obiettivi/attività che richiede trattamento a medio termine / 6-12 mesi )
- 4 = rilevante (ha un impatto rilevante su obiettivi/attività che richiede trattamento a breve termine / 3-6 mesi)
- 5 = critico (ha un impatto grave su obiettivi/attività richiede trattamento immediato nel tempo )

La PROBABILITA' misura le possibilità di accadimento dell'evento.

Valore di probabilità:

- 1= Improbabile (Non si sono mai verificati fatti analoghi)
- 2= Poco probabile (Si sono verificati pochi fatti analoghi)
- 3= Probabile (Si sono verificati diversi fatti analoghi)
- 4= Molto probabile (Si sono verificati frequenti fatti analoghi)

Il prodotto dei due valori, probabilità di accadimento e gravità, è definito come Indice di Priorità di Rischio (IPR) e permette di attribuire una priorità alle azioni di miglioramento da realizzare.

$$\text{Indice di Priorità di Rischio (IPR)} = \text{GRAVITA}' \times \text{PROBABILITA}'$$

Sono individuate tre aree di Rischio:

- IPR 1-5**            Area verde - rischio basso
- IPR 6-10**        Area gialla - rischio medio
- IPR 12-20**      Area rossa - rischio alto

La RILEVANZA è un criterio riferito alla opportunità di affrontare o meno la risoluzione di determinate criticità che possono costituire aspetti vantaggiosi o pericolosi per il conseguimento degli obiettivi prefissati.

In questa fase, le azioni vengono pianificate per IPR  $\geq 5$  (aree rossa e gialla)

**Sono prese comunque in considerazione le situazioni con IPR  $< 5$  tenendo conto della possibile sommatoria che alcune criticità potrebbero avere con rischi di altri processi e di conseguenza raggiungere le aree gialla e rossa.**

ALLEGATO 3 "AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ (CS FOR -A3)"

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

L'azienda pianifica le attività formative, di aggiornamento e addestramento del personale mediante rilevazione delle esigenze formative strategiche e cogenti e di quelle tecnico-specialistiche, predisponendo un Piano Aziendale della Formazione (PAF)

### **Programmazione delle attività formative: aspetti qualificanti**

Gli aspetti che, nel contesto della ASL di Teramo, debbono maggiormente qualificare e caratterizzare le attività formative sono:



 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 9 di 17</p>

- ⇒ l'analisi dei bisogni formativi
- ⇒ il coinvolgimento degli operatori
- ⇒ la socializzazione dei contenuti formativi
- ⇒ la valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione
- ⇒ la collaborazione con istituzioni e con altre strutture

### **L'analisi dei bisogni formativi**

Il piano di formazione necessita di una fase preliminare di analisi dei fabbisogni, da compiere prestando attenzione sia alle esigenze dell'organizzazione che ai bisogni degli individui in diversi momenti della loro storia professionale e della più generale storia dell'organizzazione. Questa fase è costituita da attività di raccolta di informazioni e di analisi organizzativa, al fine di una maggiore coerenza tra formazione ed esigenze organizzative.

### **Il coinvolgimento degli Operatori**

L'importanza del coinvolgimento degli operatori nasce dal presupposto che cambiare i valori e le culture di riferimento, così come aumentare le competenze tecnico-specialistiche necessarie a qualificare i servizi, implichi la partecipazione attiva e la motivazione di tutti i professionisti.

### **La socializzazione dei contenuti formativi**

La socializzazione dei contenuti acquisiti, attraverso la predisposizione di specifici momenti comunicativi e/o strumenti rivolti ai colleghi della propria struttura organizzativa, è fondamentale al fine di sviluppare capacità e abilità comuni, per migliorare e/o modernizzare il servizio in coerenza con gli obiettivi prefissati e per favorire l'efficacia della "ricaduta" sulla propria organizzazione.

### **La valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione**

La valutazione racchiude in sé un'importanza fondamentale proprio in quanto rappresenta un monitoraggio del processo formativo e della sua efficacia, per poi poter valutare gli ulteriori miglioramenti da fare e le nuove criticità emerse.

### **Collaborazione con istituzioni e con altre strutture**

L' UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica ha attivato significative e rilevanti collaborazioni con Istituzioni e strutture esterne all'azienda USL di Teramo, che ne qualificano i servizi/prodotti offerti.

In particolare, le collaborazioni in corso riguardano:

L'Università degli Studi di Teramo, per attività formative e di ricerca

Le Istituzioni locali: Provincia e Comune di Teramo, per l'organizzazione di iniziative formative congiunte

Organizzazioni scientifiche nazionali, per le necessarie consulenze e realizzazione di attività formative, quali ad esempio: il GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze)

Ordini e collegi professionali, Società scientifiche e Associazioni e nazionali e regionali, per la collaborazione ad iniziative formative (Ordine dei medici della provincia di Teramo, IPASVI, AICO e AIOS, ecc.)

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 10 di 17</p>

Lo Staff Formazione partecipa a riunioni e incontri organizzati da Università, Istituzioni, Associazioni, Ordini e Collegi professionali e altre strutture di riferimento che hanno per tema la formazione.

Gli obiettivi sono definiti annualmente dalla Direzione e sono quantificati e misurabili mediante “indicatori” specifici, che consentono di verificare il livello raggiunto ed individuare le aree di miglioramento.

Gli obiettivi tengono conto della politica per la qualità, delle esigenze dell’azienda e dei settori in cui ASL n. 4 opera o intende operare. Essi sono definiti per tutta l’organizzazione aziendale ed assegnati ai vari responsabili delle strutture organizzative semplici e complesse, nell’ambito delle attività di pertinenza.

I documenti che definiscono e formalizzano gli obiettivi misurabili per i diversi livelli dell’organizzazione e per i diversi processi sono:

- Indirizzi strategici aziendali;
- Schede di budget

## Supporto

### Risorse

Scopo della presente sezione è quello di descrivere come la Direzione della UOC Formazione Qualità e Comunicazione Strategica individua, impiega e gestisce le risorse necessarie per attuare e migliorare il SGQ e ottenere la soddisfazione delle parti interessate.

### Generalità

Il Direttore della UOC ha la responsabilità di identificare le risorse necessarie, considerando anche le esigenze di addestramento, la gestione, l'esecuzione e le verifiche delle attività lavorative.

### Persone

Sono state messe a disposizione le risorse necessarie per attuare e migliorare i processi del SGQ aziendale al fine di conseguire gli obiettivi di miglioramento continuo e di soddisfazione delle parti interessate.

Sono state attribuite le responsabilità relative al SGQ tenendo conto delle competenze, del grado di istruzione e dell’addestramento fornito.

### Infrastrutture

LA ASL n. 4 ha individuato, fornito e mantenuto le infrastrutture necessarie per assicurare la conformità alle esigenze personali e alla normativa vigente sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, quali:

- arredi ergonomici;
- spazi di lavoro adeguati ed attrezzati;
- adeguata disponibilità di apparecchiature, attrezzature, software;
- servizi di supporto.

Nell’ambito delle previsioni di Budget, devono essere compresi gli interventi programmabili di manutenzione, ordinaria e straordinaria, dei beni mobili ed immobili in dotazione.

### Ambiente per il funzionamento dei processi

In considerazione della rilevanza che può avere sulle prestazioni dell’azienda, la ASL n. 4 pone particolare cura nella gestione dell’ambiente di lavoro mediante:

- un management adeguato, compatto e molto impegnato verso gli obiettivi;
- comunicazione orizzontale e verticale efficace;
- assegnazione di mansioni chiare e ben definite;
- metodi di lavoro creativi;
- coinvolgimento del personale in tutte le attività aziendali;
- piani di carriera per il personale;
- gestione e manutenzione delle infrastrutture e dei mezzi;
- definizione dei piani di sicurezza e antincendio;
- formazione e informazione dei dipendenti sulla sicurezza;
- impiego di tecnologie informatiche per facilitare le attività di produzione;
- individuazione e impiego di adeguate misure per incentivare il personale e coinvolgerlo nel miglioramento;
- coinvolgimento di tutto il personale affinché sia consapevole della rilevanza delle proprie attività e del proprio contributo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla DGE.

È stato predisposto e viene mantenuto attivo un sistema di prevenzione e protezione dei rischi negli ambienti di lavoro in conformità al D.lgs. 81/08 e successive modifiche.

Documenti di riferimento: Documento di valutazione dei rischi

### Competenza

Sono stati definiti i criteri e le modalità per individuare le necessità di formazione e addestramento dei dipendenti, il cui stato di avanzamento è riportato in una tavola sinottica delle competenze.

Tutta l'attività formativa è opportunamente registrata.

Documenti di riferimento:

PA06	Gestione Formazione / Addestramento
RGA03	Regolamento della formazione/aggiornamento professionale del personale dipendente
Mod PA0604	Tavola sinottica delle competenze

### Comunicazione

Le fonti interne di informazione sono considerate:

- le riunioni;
- la rete Intranet;
- i rapporti di NC;
- i reclami dei clienti o utenti;
- le circolari o minute interne.

Le fonti di informazione esterne sono considerate:

- tutti i "media" presenti a livello locale/regionale e la stampa specializzata;
- la rete Internet;
- i fornitori;
- seminari, convegni;
- corsi di formazione;
- i reclami.

 UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA	Standard di Servizio <b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE          DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b>	CS FOR
		REVISIONE 12 DEL 08/04/2021
		Pag. 12 di 17

### Informazioni documentate

Il sistema di gestione per la qualità dell'Unità Operativa comprende le seguenti informazioni documentate da conservare/mantenere:

<i>Informazioni documentate da mantenere</i>	<i>Documento di riferimento</i>
Scopo e Campo di applicazione del SGQ	Standard prodotto/servizio
Politica per la qualità	Standard prodotto/servizio
Obiettivi per la qualità	Standard prodotto/servizio
Informazioni documentate per supportare il funzionamento dei processi	Indicatori della qualità (Mod. PA05 03) Procedura aziendale "Riesame da parte della Direzione" (PA 05)

<i>Informazioni documentate da conservare</i>	<i>Documento/Strumento di riferimento</i>
Informazioni documentate per verificare che il funzionamento dei processi avvenga così come pianificato	Indicatori della qualità (Mod. PA05 03) Procedura aziendale "Riesame da parte della Direzione" (PA 05)
Evidenza delle competenze	Organigramma, descrizione delle funzioni e competenze (ORG 01)
Riesame dei requisiti relativi a prodotti/servizi	Procedura Aziendale "Gestione della formazione/addestramento" (PA 06)
Input alla progettazione/sviluppo	
Controlli della progettazione/sviluppo	
Output della progettazione/sviluppo	
Modifiche della progettazione/sviluppo	
Monitoraggio prestazioni fornitori e loro rivalutazione	Istruzione operativa "Selezione e valutazione fornitori" (FOR 0 IO SP P 01)
Rintracciabilità degli output	Sistema Age.Na. S Sistema Informatico Educa
Proprietà del cliente o dei fornitori esterni (perse, danneggiate, inadatte)	Dati personali di clienti e fornitori
Non Conformità	Procedura aziendale "Gestione degli eventi indesiderati" (PA 02)
Valutazione prestazioni ed efficacia del SGQ	Indicatori della qualità (Mod. PA05 03)
Audit interno	Procedura aziendale "Verifiche interne" (PA 03)
Riesame di direzione	Procedura aziendale "Riesame da parte della Direzione" (PA 05)
Azioni correttive	Procedura aziendale "Gestione azioni di miglioramento" (PA 04)

### ALLEGATO 5 "INFORMAZIONI DOCUMENTATE (CS FOR –A5)"

## Attività Operative

### Pianificazione e controllo operativi

L' UOC Formazione Qualità e Comunicazione Strategica ha pianificato i diversi processi operativi, finalizzati alla produzione delle prestazioni e dei servizi definiti nel campo di applicazione del presente documento, stabilendo:

- la politica e gli obiettivi del processo;
- gli indicatori di miglioramento;
- i requisiti qualitativi del processo;

 UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA	Standard di Servizio <b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE          DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b>	CS FOR
		REVISIONE 12 DEL 08/04/2021
		Pag. 13 di 17

- le norme, leggi, regolamenti applicabili;
- gli elementi in entrata e le interfacce con i processi a monte;
- la successione logica delle attività e le responsabilità;
- le risorse impiegate per lo svolgimento del processo;
- i metodi e gli strumenti di supporto (procedure, istruzioni, moduli, elaborati);
- le attività di monitoraggio, misurazione e analisi del processo;
- gli elementi in uscita e le interfacce con i processi a valle.

Si riportano, di seguito, i **principali processi** riferiti all'erogazione dei servizi dell'UOC Formazione, Aggiornamento:

REALIZZAZIONE DEI SERVIZI – PROCESSI PRINCIPALI	
A)	Gestione della formazione del personale
B)	Permessi per il diritto allo studio del personale dipendente (150 ore)
C)	Gestione corsi per operatore socio sanitario
D)	Selezione e valutazione docenti
E)	Gestione dei tirocini formativi
F)	Sviluppo collaborazioni con istituzioni esterne
G)	Gestione abbonamenti e riviste scientifiche

Di seguito, si riportano, i **processi gestionali/di supporto**:

REALIZZAZIONE DEI SERVIZI – PROCESSI DI SUPPORTO	
–	Gestione dei documenti e delle registrazioni
–	Gestione Prevenzione e protezione
–	Gestione manutenzione apparecchiature
–	Pianificazione e gestione risorse strumentali
–	Elaborazione e aggiornamento della carta dei servizi

ALLEGATO 4 "ELENCO PROCESSI (CS FOR – A4)"

## Valutazione delle prestazioni

### Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

La verifica delle prestazioni rappresenta un momento significativo, in quanto alla luce dei dati analizzati diventa possibile:

- Individuare eventuali criticità nei processi operativi su cui attivare azioni correttive rivolte a rimuoverle esaminando l'efficacia delle azioni intraprese;
- Proporre nuovi obiettivi e progetti di miglioramento finalizzati alle attività e alla qualità del sistema.

 <p><b>ASL TERAMO</b> www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 14 di 17</p>

### Soddisfazione del cliente

Le fonti di informazioni sulla soddisfazione del cliente sono:

- La gestione dei reclami
- I questionari di customer satisfaction;

I reclami e le comunicazioni dirette, e la loro registrazione, forniscono un'evidenza dello stato di soddisfazione o insoddisfazione durante il processo di erogazione dei servizi.

L'analisi delle valutazioni inserite nel questionario di customer satisfaction indica il grado di soddisfazione/insoddisfazione dei fruitori dei servizi.

Documenti di riferimento: PA08 "Gestione dei reclami dei clienti/fruitori dei servizi".

### Audit interno

L'obiettivo principale delle verifiche ispettive è quello di promuovere il miglioramento dell'organizzazione attraverso la valutazione dell'efficacia del SGQ e quindi della capacità a raggiungere gli obiettivi prefissati ed a mantenere, nel tempo, i livelli di qualità dichiarati negli standard di servizio.

Verifiche ispettive interne vengono effettuate per valutare i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione e la conformità ai requisiti della norma di riferimento.

Il Responsabile della Qualità è responsabile della pianificazione e dello svolgimento delle verifiche ispettive interne del SGQ, affinché ogni suo processo sia sottoposto a verifica almeno una volta all'anno.

Le verifiche ispettive vengono condotte da RDQ e da auditor interni o da collaboratori esterni incaricati dalla direzione.

Le verifiche ispettive sono effettuate da personale indipendente dall'area oggetto dell'audit.

Il personale dipendente preposto all'esecuzione di verifiche ispettive interne è opportunamente addestrato attraverso attività specifiche di formazione e la partecipazione ad almeno due verifiche in qualità di osservatore.

Le azioni correttive e/o preventive adottate per correggere le deficienze del sistema verranno a loro volta verificate, per assicurarne l'efficacia, prima delle successive verifiche ispettive.

La frequenza delle visite ispettive viene determinata in accordo con i risultati di precedenti visite e tenendo conto della rilevanza di ciascuna attività del sistema.

Le azioni correttive e/o preventive adottate per correggere le deficienze del sistema verranno a loro volta verificate per assicurare la corrispondenza con quanto stabilito.

Documenti di riferimento: PA03 "Verifiche Interne"

### Riesame di direzione

Il Riesame della direzione consiste nel verificare l'efficacia del SGQ e il conseguimento degli obiettivi per la qualità previsti dalla politica aziendale, valutando globalmente:

- Andamento degli indicatori significativi, inclusa la soddisfazione dei Clienti,
- Verifiche interne ed esterne con documentazione dei risultati.

L'Unità Operativa raccoglie e analizza i dati per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ e per ottenere informazioni relative alla soddisfazione del fruitore del servizio interno/esterno; alle caratteristiche dei processi operativi, prodotti e loro andamento, alla capacità dei fornitori.

Mediante l'analisi dei dati la direzione individua gli interventi per i possibili miglioramenti e per mantenere il SGQ conforme alla norma di riferimento e alle aspettative dei clienti.

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Standard di Servizio</p> <p><b>PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE</b></p>	<p>CS FOR</p> <p>REVISIONE 12 DEL 08/04/2021</p>
<p>UOC FORMAZIONE, QUALITÀ E COMUNICAZIONE STRATEGICA</p>		<p>Pag. 15 di 17</p>

La Direzione deve, a intervalli pianificati, sottoporre a riesame il proprio SGQ per accertare che esso si mantenga idoneo, adeguato ed in grado di raggiungere i propri obiettivi.

Documenti di riferimento: PA05 “Riesame da parte della direzione”

## Miglioramento

### Non conformità e azioni correttive

Tutte le non conformità rilevate nei dati di ingresso ad un processo devono essere identificate e trattate al fine di generare con continuità l’azione di correzione/prevenzione, eliminando, nel tempo, le cause che generano non conformità/eventi indesiderati.

Allo stesso modo qualsiasi scostamento, nello svolgimento del processo, rispetto alle modalità definite (risorse, strumenti, metodologie, metodi di monitoraggio ecc.) genera una non conformità.

La gestione degli eventi Non Conformi si estrinseca attraverso le seguenti attività:

- Identificazione e documentazione delle Non Conformità
- Valutazione e Risoluzione

Documenti di riferimento: PA02 “Gestione eventi indesiderati”

### Miglioramento continuo

Tutti i processi descritti dal SGQ vengono gestiti in ottica di miglioramento continuativo.

I percorsi attraverso cui si possono realizzare i miglioramenti delle attività sono molteplici e possono essere classificati in:

- Interventi effettuati a piccoli passi, che non richiedono l’impegno di risorse significative e che sono attuati in maniera continuativa dagli operatori coinvolti nello svolgimento dei processi;
- Sviluppo di progetti organizzativi relativi anche ad innovazioni di tipo strategico e che possono richiedere risorse dedicate;
- Realizzazione di azioni correttive o preventive che si rendono necessarie nel corso dell’attuazione del SGQ.

La direzione dell’unità operativa verifica periodicamente che le azioni correttive e preventive vengano attuate e risultino efficaci.

Le opportunità di miglioramento effettivo sono individuate nella gestione dei seguenti strumenti:

- Riesame della direzione
- Analisi dei risultati delle verifiche ispettive interne
- Misurazione dei processi/prodotti e della soddisfazione dei clienti
- Rispetto della politica della qualità e degli obiettivi della qualità determinati.

Documenti di riferimento: PA04 “Gestione delle azioni di miglioramento”

### Allegati

- 1) Analisi del contesto, valutazione rischi e definizione piano di azioni (CS FOR –A3)
- 2) Elenco processi (CS FOR – A4)
- 3) Informazioni documentate (CS FOR –A5)
- 4) Indicatori della qualità (Mod PA05 03)