

ALLEGATO ALLA
DETERMINA N. 588/2018
DEL 19 OTT. 2018

MANUALE

per la Gestione di un Sistema Qualità nella Formazione dell'ASUR Marche

REVISIONE	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
0.0	11.05.2018	Dott.ssa Elisa Draghi ----- Dott.ssa Stefania Mancinelli ----- Dott.ssa Maria Cristina Medici ----- Dott.ssa Susi Sbarbati ----- Componenti Comitato Scientifico Provider ASUR Marche	Dott. Alberto Lanari Dirigente Area Comunicazione - Formazione ASUR Marche -----	Dott. Alessandro Marini Direttore Generale ASUR Marche -----

In collaborazione con i membri del Comitato Scientifico Provider Asur

INDICE GENERALE

	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa di riferimento - Termini e abbreviazioni 	Pag. 3 Pag. 4
Sezione 0	Introduzione - Presentazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regione Marche	Pag. 6
Sezione 1	Presentazione Manuale Qualità Formazione - Scopo, campo applicazione - La struttura Formazione	Pag. 7
Sezione 2	Sistema di Gestione per la Qualità - Politica per la Qualità della formazione Aziendale - Sistema di Gestione per la Qualità - La documentazione - Pianificazione - Comunicazione interna - Riesame della Direzione	Pag. 9
Sezione 3	Gestione delle risorse - Risorse economiche - Risorse umane - Infrastrutture - Ambiente di lavoro	Pag. 14
Sezione 4	Realizzazione dell'attività formativa - I Processi - Indicatori di misurazione dell'efficacia dei processi - Fasi del Macro-processo Formazione A) Rilevazione fabbisogno formativo e pianificazione B) Progettazione iniziativa formativa C) Approvvigionamento ed erogazione - Formazione in sede - Formazione fuori sede D) Valutazione	Pag. 15
Sezione 5	Analisi e miglioramento - Pianificazione - Misurazioni e monitoraggi - Analisi dei dati - Miglioramento - Identificazione rintracciabilità e conservazione	Pag. 20
Sezione 6	Riferimenti	Pag. 22

NORMATIVA RIFERIMENTO

- Decreto legislativo n. 229/1999, integrativo del d.lgs. 502/92, che introduce l'obbligo dell'ECM
- Piani Sanitari Nazionali;
- Accordo Stato-Regioni "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina" del 1 agosto 2007, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281;
- Accordo Stato-Regioni "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti" del 5 novembre 2009 (Rep. Atti n. 192/CSR), Gazzetta ufficiale n. 288 del 11/12/09 Supplemento ordinario n. 231;
- Accordo Stato-Regioni "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina -Linee guida per i manuali di accreditamento dei Provider, albo nazionale dei Provider, crediti formativi biennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti" del 19 aprile 2012 (Rep. Atti n. IO 1/CSR), Gazzetta Ufficiale n. 111/2012 del 14 maggio 2012 Supplemento ordinario n. 98
- CC.CC.NN.LL. dell'Area Comparto Sanità, della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/92 e ss. mm. ii;
- Deliberazione n. 38 del 20.12.2011 Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo";
- DGR 2673/2000 Linee-Guida alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere INRCA e ARPAM per la gestione delle attività di Formazione;
- DGR n. 520/2013 "Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche "Istituzione del Sistema regionale ECM";
- Decreto ARS n. 5 del 26/01/2017 "Accreditamento standard come provider ECM dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)"
- DGR 886/2017 "Approvazione scheda di convenzione tra il Servizio Sanità e il Co.Ge.a.p.s. (Consorzio gestione anagrafica delle professioni sanitarie) per lo scambio dati fra l'anagrafe formativa nazionale ECM e i sistemi regionali";
- DG ASUR n. 767 del 16/12/2016 "Disposizioni relative al nuovo sistema E.C.M. e all'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche" - Nuova composizione Comitato Scientifico Asur - aa. 2017-2018-2019 - e approvazione del relativo funzionamento.
- DG ASUR n. 238 del 14.04.2017 "Regolamento di Organizzazione delle Attività Amministrativo – Tecnico – Logistiche (ATL) – Approvazione.
- DG ASUR n. 265 del 05.05.2017 "Assetto Organizzativo e funzionale ATL Area Vasta 2 - Approvazione"
- DG ASUR n. 266 del 05.05.2017 "Assetto Organizzativo e funzionale ATL Area Vasta 4 - Approvazione"
- DG ASUR n. 286 del 12.05.17 "Assetto organizzativo e funzionale ATL Area Vasta 3 - Approvazione"
- DG ASUR n. 295 del 17.05.17 "Assetto organizzativo e funzionale ATL Area Vasta 1 - Approvazione"

- DG ASUR n. 322 del 29.05.17 “Assetto organizzativo e funzionale ATL Area Vasta 5. Approvazione.”;
- DGRM 1501/2017 Modifica della DGR n.520 del 8/4/2013 “Disposizioni relative al nuovo sistema di formazione continua in medicina e all’accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Marche ” Recepimento Accordo Stato Regioni 2017 “La formazione continua nel settore Salute” del 2 febbraio 2017.

TERMINI E ABBREVIAZIONI

Accreditamento ECM	<i>Attività da parte della Commissione Regionale per la Formazione Continua ECM con la quale si riconosce il possesso di specifici requisiti da parte di un soggetto pubblico o privato o un organismo</i>
Appropriatezza	<i>Elemento della qualità di un processo di formazione continua che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, di processo e di sistema</i>
Azione correttiva	<i>Attività per eliminare le cause di non conformità o di altre condizioni critiche al fine di prevenirne il ripetersi di uno scostamento rispetto ai requisiti specificati</i>
Azione Miglioramento	<i>Attività per migliorare ed ottimizzare l’attività formativa</i>
Utente	<i>Persona/ struttura/organizzazione che riceve beneficio dallo svolgimento di attività di formazione continua</i>
Efficacia	<i>Capacità di conseguire i risultati attesi e pianificati ed il loro grado di realizzazione</i>
Efficienza	<i>Grado di relazione tra risultati ottenuti e risorse utilizzate nelle attività di formazione continua; Elementi qualitativi e quantitativi che esprimono sinteticamente un fenomeno ed il suo andamento rispetto ai requisiti minimi specificati</i>
Linee guida	<i>Indicazioni documentate, finalizzate ad orientare azioni più efficaci ed appropriate in specifiche situazioni di erogazione di eventi formativi</i>
Missione	<i>Ragion d’essere di un’organizzazione e principi e valori ai quali si ispira per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nell’ambito della formazione continua in sanità</i>
Non conformità	<i>Scostamento o mancato soddisfacimento rispetto ai requisiti specificati</i>
Procedura	<i>Descrizione di modalità esecutive ed azioni finalizzate al raggiungimento di specifici requisiti</i>
Processo	<i>Sequenza logica e temporale di attività di formazione continua che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita, attraverso l’uso di specifiche risorse</i>
Prodotto	<i>Risultato di un processo o di un’attività formativa</i>
Qualità	<i>Insieme di caratteristiche che soddisfano specifici requisiti</i>
Requisito	<i>Aspettativa o esigenza, anche se non esplicita, riferita all’utente, al servizio, al prodotto e alle specifiche norme del sistema ECM</i>
Servizio	<i>Risultato di un’attività o di un processo</i>

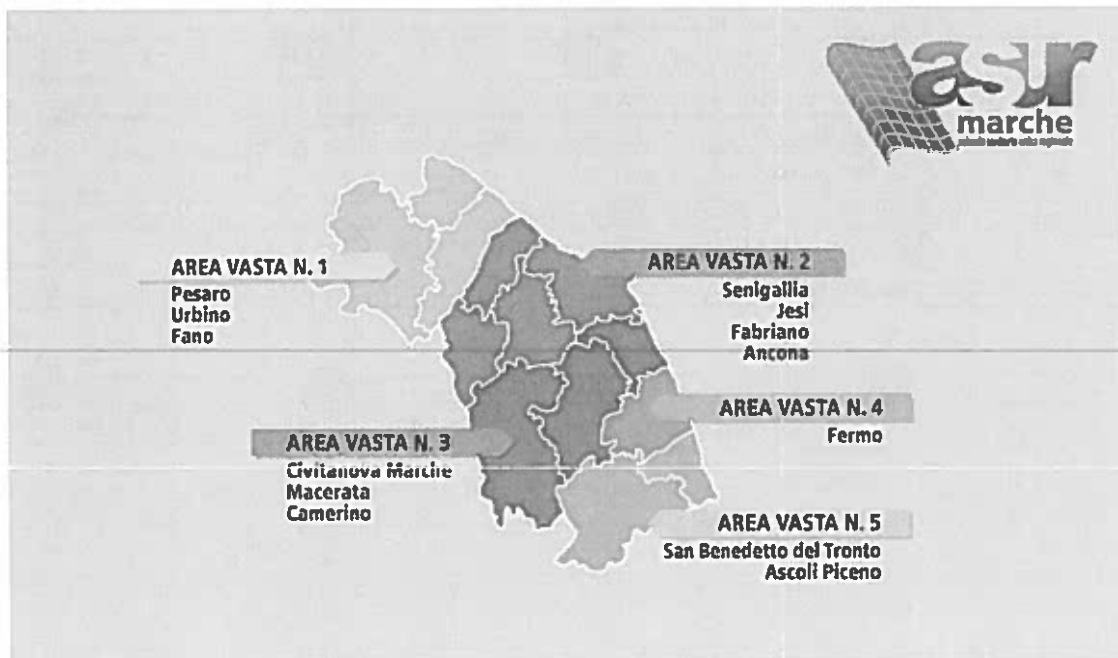
AC	<i>Azione correttiva</i>
AM	<i>Azione Miglioramento</i>
AAVV	<i>Aree Vaste</i>
ASUR	<i>Azienda Sanitaria Unica Regionale</i>
CTS	<i>Comitato tecnico scientifico</i>
DAF	<i>Direttore attività formativa</i>
DG	<i>Direttore Generale</i>
DISC	<i>Discenti</i>
DOC	<i>Docenti</i>
DUOF	<i>Dirigente Unità Operativa formazione</i>
ECM	<i>Educazione continua in medicina</i>
EFR	<i>Evento formativo residenziale</i>
MQ	<i>Manuale Qualità</i>
NC	<i>Non conformità</i>
OQ	<i>Obiettivi qualità</i>
P	<i>Processo</i>
PF	<i>Progetto formativo</i>
PFA	<i>Piano di formazione aziendale</i>
PM	<i>Procedura miglioramento</i>
PQ	<i>Procedura qualità</i>
RP	<i>Responsabile Progetto</i>
RQ	<i>Referente della qualità</i>
RFF	<i>Rete Referenti Formazione</i>
RS	<i>Responsabile Scientifico</i>
RUO	<i>Responsabili di unità organizzative (UU.OO/Servizi)</i>
SBF	<i>Scheda bisogno formativo</i>
SGQ	<i>Sistema di gestione della qualità</i>
TUT	<i>Tutor</i>
UOF	<i>Unità Operativa di formazione</i>

SEZIONE 0

INTRODUZIONE

Presentazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regione Marche

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche, ha come mission quella di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio marchigiano. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio sanitari omogenea ed equamente accessibile sul territorio, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità. L'azienda, istituita con L.R. n. 13 del 20 giugno 2003 e successive modificazioni, è articolata in cinque Aree Vaste (di seguito rappresentate) e si estende su un territorio di 9.401,4 Kmq con struttura geomorfologica differenziata.



SEZIONE 1 PRESENTAZIONE DEL MANUALE QUALITA' DELLA FORMAZIONE**Scopo, campo applicazione**

Con il presente Manuale Qualità (altrimenti indicato come MQ) la Direzione si assume l'impegno di erogare formazione in conformità ai requisiti e standard contenuti nel Modello di accreditamento di cui alla DGRM n. 1501 del 18 dicembre 2017.

Detto manuale è finalizzato all'adozione, implementazione, mantenimento e miglioramento continuo di un Sistema Qualità nell'ambito dell'attività formativa aziendale, in risposta alle esigenze dei propri dipendenti e delle parti interessate, nel rispetto della politica e degli obiettivi della Direzione Aziendale.

Lo stesso definisce il Sistema di Gestione della Qualità nella Formazione, illustrandone strategie, indirizzi, obiettivi, responsabilità, criteri di organizzazione del lavoro e processi che attengono alle attività formative del Provider ECM, definendo strumenti standardizzati per la realizzazione delle attività di verifica e di controllo.

I contenuti del MQ sono elaborati in modo da delineare con chiarezza le attività che influiscono sulla qualità del prodotto formativo, con un orientamento generale alla soddisfazione dei bisogni di formazione dei professionisti della sanità, attraverso l'uso controllato di metodologie di miglioramento continuo compatibili con il sistema ECM e con la normativa di riferimento.

Il MQ sarà oggetto di opportuni adeguamenti e modifiche in risposta alle specifiche esigenze che potranno emergere. Le revisioni, evidenziate dal numero progressivo e dalla data di emissione, saranno adeguatamente diffuse tramite i canali informativi aziendali. Esso prevede, inoltre, l'applicazione dei requisiti stabiliti dalla Regione Marche per l'accREDITAMENTO delle strutture di formazione professionale e rappresenta il sistema di gestione e di organizzazione dell'offerta formativa aziendale garantendo l'indipendenza da interessi commerciali.

Il MQ si applica a tutta l'attività formativa aziendale svolta in sede e fuori sede.

La Struttura "Formazione"

L'assetto organizzativo della struttura Formazione ASUR e dell'Area Vaste è definito come segue:

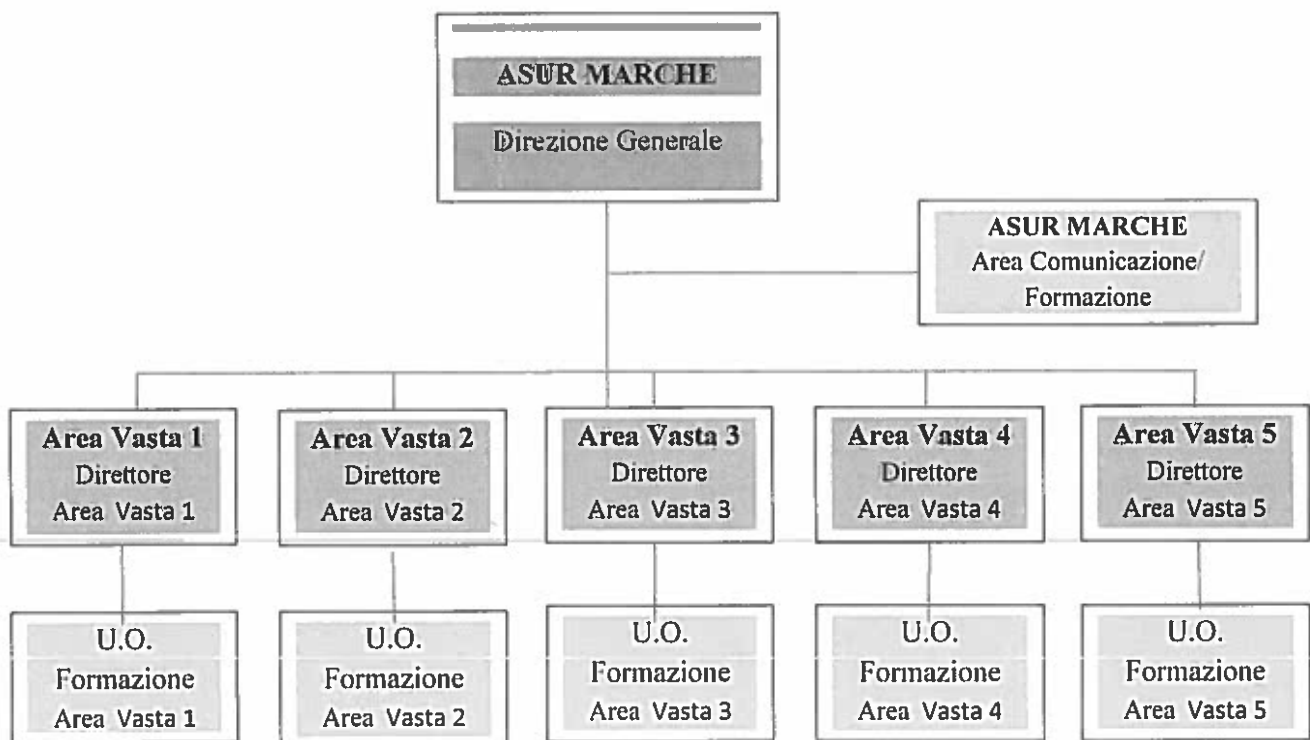
- Area Formazione ASUR: in Staff al Direttore Generale, svolge attività a livello centrale di formazione continua del personale al fine di migliorare i livelli di qualità dei servizi e della performance aziendale;
- UU.OO. Formazione di Area Vasta: in Staff al Direttore Area Vasta svolgono attività di formazione continua del personale nel territorio di competenza.

La struttura eroga la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente e supporta quella dei Medici delle Cure Primarie in coerenza con quanto previsto dai CC.NN.LL. e dalle specifiche convenzioni.

Gli uffici sono localizzati presso le sedi dedicate, dotate di aule Formative-Informatiche e di attrezzature didattiche necessarie all'espletamento degli adempimenti assegnati.

E' Struttura accreditata ECM Regione Marche con codice Provider 4288.

Organigramma Struttura Formazione



SEZIONE 2

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Politica per la qualità della formazione aziendale

La Direzione, al fine di ottenere i migliori risultati nello sviluppo delle conoscenze e della buona pratica, introduce, applica e mantiene attivo un Sistema di Gestione della Qualità, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM).

La Direzione ritiene che la garanzia di una formazione di qualità sia una responsabilità collettiva che coinvolge sia l'Azienda, sia i singoli professionisti e per questa ragione favorisce lo sviluppo delle competenze, non solo individuali, ma anche dei team per una integrazione, collaborazione e condivisione, funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

La Direzione si impegna, inoltre, a garantire affidabilità, efficacia, appropriatezza, idonee risorse umane, tecnologiche ed economico-finanziarie, atte al conseguimento dei risultati attesi, secondo le esigenze dei professionisti sanitari e dei cittadini utenti.

Il Dirigente della U.O. Formazione, seguendo gli indirizzi dettati dalla Direzione e in coerenza con la Politica della Qualità, persegue annualmente gli obiettivi per la qualità della formazione e ne verifica periodicamente il grado di raggiungimento.

Per il conseguimento di tali obiettivi, che devono essere espressi, chiari e misurabili, il Dirigente prende in considerazione :

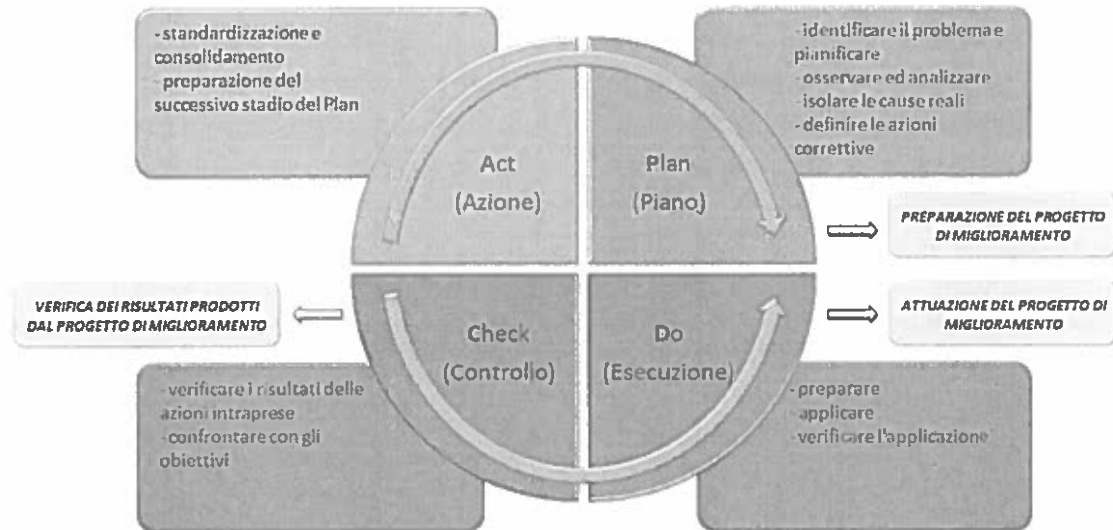
- gli indirizzi e gli obiettivi espressi dalla Direzione Aziendale;
- le esigenze emerse dalla rilevazione di bisogni formativi;
- le esigenze connesse al progresso tecnico-scientifico ed organizzativo;
- le esigenze relative alla qualità delle prestazioni ed attività sanitarie erogate;
- il grado di soddisfazione degli operatori, dei pazienti e dell'organizzazione;
- le risorse necessarie per un miglioramento continuo della qualità della prestazione/servizio.

Sistema di Gestione per la Qualità

Il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ), in accordo alle normative nazionali e regionali in tema di accreditamento dei provider e degli eventi e progetti di formazione continua, definisce e governa le strutture organizzative, le responsabilità, le modalità operative e le risorse necessarie per svolgere le attività formative allo scopo di soddisfare anche i requisiti di accreditamento.

E' fondamentale, a riguardo, l'impegno dell'Azienda per:

- identificare processi, criteri e metodi utili a garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle attività formative;
- assicurare la disponibilità di adeguate risorse;
- garantire una idonea comunicazione a tutte le funzioni interessate nei processi formativi;
- prevedere un'azione sistematica di pianificazione, monitoraggio e verifica dei processi e delle attività;
- sostenere a tutti i livelli un miglioramento continuo dell'organizzazione del provider.



Il SGQ si attua nel rispetto delle specifiche linee guida della formazione ASUR (DG ASUR n. 327 del 31.05.2017).

La documentazione

Il SGQ del Provider ECM è supportato da un adeguato sistema documentale, relativo alle attività organizzative e tecnico-scientifiche, che alimenta e tiene sotto controllo i processi formativi. Sono presenti specifici documenti per la gestione e registrazione delle attività di formazione continua che costituiscono, altresì, indicatori del buon funzionamento dell'organizzazione.

Il SGQ si basa sulla seguente documentazione:

- Manuale di Qualità dell'attività formativa: è il documento di riferimento del SGQ, in quanto atto programmatico che definisce strategie e obiettivi per la qualità;
- Documenti prescrittivi interni ed esterni per le attività di formazione (norme, leggi, regolamenti, delibere e determine, ecc.);
- Linee guida ASUR;
- Procedure, Report e documenti di registrazione della qualità costituiti dalla "modulistica di supporto" (es. scheda progetto, fabbisogno formativo, formazione fuori sede, ecc.) con l'obiettivo di tenere sotto controllo il SGQ e dimostrarne l'efficace;
- Piano Formazione Aziendale (PFA).

Il **Manuale della Qualità** è il documento che descrive lo scopo ed i campi di applicazione del SGQ, riporta il riferimento alle procedure correlate, delinea la struttura organizzativa e i flussi operativi.

Le **procedure** sono i documenti all'interno dei quali sono riportate le modalità che disciplinano le attività messe in atto per garantire una corretta applicazione del SGQ e rappresentano il know how dell'Azienda.

I documenti di registrazione della qualità e la modulistica

Sono i documenti necessari a dare evidenza delle attività svolte in conformità a quanto disposto.

Gestione dei documenti e dei dati

La gestione dei documenti e dei dati riguarda la documentazione di sistema, di registrazione e di origine esterna. Le modalità operative sono riportate in apposita procedura, all'interno della quale sono descritte anche le attività riguardanti l'accesso e le modalità di archiviazione e conservazione dei dati.

Riferimento: Procedura PQ n.3

Pianificazione

Almeno annualmente, la Direzione, in collaborazione con il Dirigente della Formazione Asur e del Comitato Scientifico, traduce quanto contenuto nella "Politica per la Qualità" in obiettivi di miglioramento, attraverso l'utilizzo di appositi indicatori di performance misurabili ed assegnati nel corso del riesame periodico del SGQ.

In particolare, per ogni obiettivo vengono descritte e formalizzate le attività da compiere, le relative responsabilità, le risorse impiegate ed i limiti temporali.

Impegno e Responsabilità

La definizione dei ruoli e delle responsabilità nella gestione del processo di Formazione Continua rappresenta uno strumento che agevola la partecipazione motivata degli operatori e permette di individuare le criticità organizzative e di abbattere inefficienze gestionali e procedurali.

A tale riguardo, la comunicazione tra i diversi attori della Formazione costituisce uno strumento importante per la Direzione poiché una chiara e corretta attribuzione delle funzioni consente di individuare, attorno alle specifiche competenze e responsabilità, le figure di riferimento per la gestione e controllo del processo formativo.

L'impegno della Direzione Aziendale per l'applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità nella Formazione Continua rappresenta una garanzia per la sua attuazione e il suo mantenimento. La Direzione individua le strategie e gli obiettivi per il raggiungimento dei fini aziendali e per il miglioramento delle conoscenze e delle competenze dei professionisti; mette, altresì, a disposizione le risorse necessarie ad assicurare la qualità formativa ed il miglioramento delle performance degli operatori. Si impegna, dunque, a:

- definire la politica e gli obiettivi;
- assicurare la disponibilità di risorse (professionali, tecnologiche ed economico-finanziarie);
- garantire le valutazioni periodiche della qualità dei contenuti formativi;
- diffondere la cultura della formazione continua quale strumento di crescita professionale e organizzativa.

Il funzionigramma definisce i ruoli, le correlazioni, i compiti e le autorità dei diversi soggetti coinvolti nel processo di formazione continua in sanità (matrici di responsabilità):

	Ruolo	Funzione
Livello ASUR	Direttore Generale	<p>Definisce la politica della qualità, gli obiettivi e le strategie; individua e assegna le risorse umane, tecnologiche ed economiche</p> <p>Formalizza gli atti relativi alle funzioni della Formazione</p>
	Dir. Area Formazione Asur	<p>Svolge attività di governo complessivo delle attività di formazione continua, in coerenza con le politiche, gli indirizzi e le risorse messe a disposizione dalla Direzione</p> <p>Provvede alla raccolta dei bisogni formativi ed elabora il Piano di formazione annuale/triennale</p> <p>Cura la progettazione formativa in collaborazione con il Responsabile Scientifico e con i Responsabili delle UU.OO. /Servizi per i singoli eventi/progetti formativi a valenza aziendale/trasversale</p> <p>Svolge attività di coordinamento, di gestione e di controllo delle attività di formazione continua e assicura la qualità del processo formativo, la coerenza tra obiettivi dichiarati, la progettazione e l'erogazione degli interventi formativi</p>
	Comitato Scientifico	<p>Provvede all'analisi e verifica della coerenza dei bisogni formativi proposti per le diverse figure professionali aziendali</p> <p>Valuta il raggiungimento degli obiettivi dell'azione formativa; promuove lo sviluppo di iniziative correttive e di miglioramento qualitativo della formazione</p> <p>Approva il Piano Formativo Aziendale</p>
	Referente qualità	<p>Collabora con il Dirigente della Formazione e con gli altri Organismi alla redazione del Manuale della Qualità e alla raccolta dei dati relativi al Sistema di Gestione della Qualità</p>
LIVELLO AREA VASTA	Direttore Area Vasta	<p>Responsabile della programmazione in coerenza con la pianificazione aziendale attraverso la definizione degli obiettivi</p> <p>Formalizza gli atti relativi alle funzioni della Formazione di Area Vasta</p>
	Dir. UO Formazione Area Vasta	<p>Svolge attività di governo complessivo delle attività di formazione continua, in coerenza con le politiche, gli indirizzi e le risorse messe a disposizione dalle Direzioni</p> <p>Provvede alla raccolta dei bisogni formativi ed elabora il Piano di formazione annuale di Area Vasta</p> <p>Cura la progettazione formativa in collaborazione con il Responsabile Scientifico e con i Dirigenti delle UU.OO./Servizi per i singoli eventi/progetti formativi</p> <p>Svolge attività di coordinamento, gestione e controllo delle attività di formazione continua e assicura la qualità del processo formativo, la coerenza tra obiettivi dichiarati, progettazione ed erogazione degli interventi formativi</p> <p>Partecipa alle attività promosse dall'Area Formazione ASUR</p>
	Personale U.O. Formazione	<p>Cura la progettazione, pianificazione, produzione e controllo del ciclo produttivo di formazione continua; gestisce e controlla il sistema documentale ed informativo-informatico</p> <p>E' responsabile del regolare svolgimento delle attività formative con la gestione e controllo della logistica, dei materiali didattici ed amministrativi, del rapporto con docenti e discenti e delle attrezzature</p>

Rete Referenti/Direttore/ Responsabile/Posizione Org.va/ Coordinatore UU.OO.	Raccoglie e propone i bisogni formativi dal punto di vista tecnico-professionale, manageriale, gestionale e relazionale/comunicativo
Responsabile Scientifico	E' Responsabile dei contenuti del corso
Docente	E' Responsabile della trattazione tematiche
Tutor/Assistenza Aula	Accompagna i discenti nel processo di apprendimento in aula o sul campo

Comunicazione interna

All'interno dell'azienda sono attivi adeguati processi di comunicazione che consentono a tutto il personale e alle varie figure di riferimento di essere a conoscenza delle informazioni necessarie per il corretto svolgimento delle attività.

Il sistema di comunicazione interna si concretizza in tre aspetti distinti, seppure strettamente correlati e complementari:

- comunicazione gerarchica o verticale, che interessa i diversi livelli della stessa funzione;
- comunicazione trasversale che riguarda funzioni diverse;
- verifica dell'efficacia o feedback che mira ad accertare l'adeguatezza dei contenuti e l'efficacia delle modalità di trasmissione.

La comunicazione avviene mediante inserimento del manuale e relative procedure nel sito aziendale e trasmissione per via telematica degli atti formalizzati.

Riesame della Direzione

Almeno una volta all'anno la Direzione effettua il riesame del Sistema Qualità allo scopo di verificarne l'adeguatezza e l'efficacia nel soddisfare quanto stabilito nella politica e negli obiettivi per la qualità. E' cura del Responsabile della Formazione, in collaborazione con il Comitato Scientifico, predisporre, nelle forme ritenute più opportune, tutte le informazioni ottenute dalla raccolta e dalla successiva analisi dei dati, il cui fine è presentare alla Direzione i punti di forza e di debolezza del Sistema Qualità ed le relative proposte di miglioramento.

Elementi in ingresso del riesame:

- considerazioni generali sullo stato di tutto il SGQ;
- andamento dei processi;
- stato azioni correttive e di miglioramento;
- cambiamenti all'organizzazione che hanno impatto sul SGQ.

Elementi in uscita dal riesame:

- eventuali modifiche da apportare alla politica ed agli obiettivi per la qualità;
- eventuali modifiche da apportare alla documentazione del SGQ;
- indicazioni per il miglioramento del servizio.

Tali riesami sono opportunamente documentati dalla Direzione e le registrazioni sono conservate dal Dirigente della Formazione Asur.

SEZIONE 3 GESTIONE DELLE RISORSE

La Direzione Asur individua e rende disponibili le risorse (umane, strutturali, tecnologiche informative ed economico-finanziarie) necessarie al conseguimento degli obiettivi dichiarati.

La messa a disposizione è conforme e proporzionata agli impegni e agli obiettivi dell'attività di formazione, sia in termini qualitativi (tipologia) che quantitativi (volumi).

Risorse economiche

Ciascuna Area Vasta, sulla base del budget assegnato dall'Asur, provvede annualmente alla definizione della quota del budget destinata alla formazione, in coerenza con le disposizioni vigenti e con gli obiettivi identificati.

Risorse umane

La Direzione Asur assicura che il personale preposto alle attività che influenzano la qualità dell'offerta formativa del provider sia competente per grado di conoscenze, abilità e addestramento. Il personale che svolge un'attività diretta nel processo di Formazione Continua costituisce un'organizzazione stabile e finalizzata all'ottenimento dei risultati attesi.

Infrastrutture

La Direzione individua, mette a disposizione e mantiene in efficienza le infrastrutture necessarie al corretto ed efficace svolgimento delle attività formative, nel rispetto dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti e degli standard previsti dal modello di accreditamento dei Provider ECM della Regione Marche.

Le infrastrutture comprendono in particolare:

- sede, strutture e spazi di lavoro attrezzati;
- attrezzature, apparecchiature, software.

Le attrezzature e apparecchiature, che incidono sulla qualità delle attività formative, sono individuate e rese disponibili in modo univoco con una scheda identificativa contenente la tipologia, la quantità e l'allocazione.

Ambiente di lavoro

Sono garantite le necessarie condizioni degli ambienti di lavoro (uffici, aule didattiche) nel rispetto delle norme di sicurezza sul lavoro e dei requisiti stabiliti nel modello di accreditamento del Provider regionale, anche al fine di assicurare un comfort ambientale accettabile.

SEZIONE 4 REALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

La realizzazione dell'attività formativa è disciplinata dalle Linee Guida formalmente adottate dal Direttore Generale ASUR con determina n. 327 del 31.05.2017.

La Direzione Aziendale definisce le linee strategiche e gli indirizzi in materia di Formazione continua e di aggiornamento professionale. La declinazione di tali obiettivi e indirizzi in percorsi e progetti di formazione, coerenti con lo sviluppo professionale e organizzativo aziendale, si realizza mediante il Piano della Formazione, previa rilevazione, analisi e valutazione dei bisogni formativi espressi.

L' ASUR si pone lo scopo di soddisfare le esigenze formative dei professionisti e dell'organizzazione, in conformità alle disposizioni vigenti e ai bisogni manifestati. A tal fine assicura la corrispondenza tra obiettivi formativi dichiarati e attività di formazione realizzata, verificando che gli strumenti utilizzati siano idonei a soddisfare le esigenze e le aspettative evidenziate dagli operatori e dall'organizzazione stessa.

Nel Piano Formativo Aziendale sono definiti:

- le UU.OO. destinatarie;
- le figure/profili a cui è rivolta l'iniziativa;
- l'ambito di programmazione;
- gli obiettivi dei progetti formativi;
- l'area di riferimento;
- la metodologia formativa;
- il numero di edizioni, numero ore per edizione e il totale delle ore;
- il numero di partecipanti per edizione e in totale;
- il numero dei crediti programmati per partecipante e in totale;
- lo strumento di valutazione dell'apprendimento;
- le risorse necessarie;
- gli eventuali sponsor.

I processi

Il Sistema Qualità è pianificato attraverso la definizione di specifici processi (dal fabbisogno formativo, al monitoraggio della formazione complessiva erogata), la predisposizione di materiale documentale, la definizione di risorse e attrezzature, nonché l'individuazione delle aree di miglioramento.

I principali processi necessari per il SGQ nella Formazione e l'applicazione nelle attività garantite da tutti i livelli partecipativi dell'organizzazione sono di seguito identificati e descritti:

Fasi	ID processo	Responsabilità	Elementi in entrata	Elementi in uscita	Evidenza e misura
1	Rilevazione ed analisi dei Fabbisogni formativi	Committenti Provider	Normativa di riferimento Piano formativo ASUR Politica e strategie aziendali	Fabbisogni Formativi	Scheda fabbisogno Scheda riepilogo fabbisogno annuale
2	Pianificazione	Dir. Formazione ASUR e Dirigenti Formazione Aree Vaste Direttore Generale /Direttore Aree Vaste	Fabbisogni formativi Strategie Aziendali e budget	Piano formativo Annuale ASUR/Aree Vaste	Determina ASUR/Aree Vaste
3	Progettazione	Dir. Formazione Resp. Scientifico/ Progetto	Bisogno formativo Formalizzato nel Piano	Programma progetto validato e relative comunicazioni	Scheda progetto
4	Erogazione	Dir. Formazione Resp. scientifico/ Progetto Docenti e tutor	Scheda progetto	Corso realizzato	Registri presenze Prove apprendimento e questionario gradimento
5	Valutazione	Dir. Formazione Resp. scientifico Docenti Tutor	Strumenti e criteri di rilevazione del gradimento, della qualità e dell'apprendimento	Valutazione finale e qualità percepita Valutazione apprendimento	Evidenza dei risultati Report finale Rilascio attestati/ Attribuzione crediti
6	Monitoraggio attività annuale ed analisi Sistema Gestione Qualità	Dir. Formazione Comitato scientifico Resp. Qualità	Dati attività svolta	Relazione Annuale e riesame della Direzione	Relazione annuale Trasmissione documento all'ARS Riesame della Direzione

Indicatori di misurazione dell'efficacia dei processi

Il monitoraggio dei processi è realizzato tramite indicatori specifici stabiliti dai vari livelli di responsabilità (Regione, Direzione Generale, Comitato Scientifico del Provider, Area Formazione ASUR, Direzioni di Aree Vaste, Dirigenti U.O. Formazione Aree Vaste).

Gli strumenti adottati, i tempi, le modalità e le responsabilità per il monitoraggio sono definiti in specifici documenti quali, ad esempio, scheda obiettivi e di budget, documenti di monitoraggio ecc.

Fasi del macro-processo formazione



A) Rilevazione del fabbisogno formativo e pianificazione

La rilevazione e l'analisi del fabbisogno formativo costituiscono la fase propedeutica alla stesura del Piano e alla conseguente progettazione e realizzazione delle iniziative di formazione. Si esplicano nella raccolta delle istanze dei professionisti e dell'organizzazione e nel valutarne la congruenza con gli indirizzi strategici e gli obiettivi aziendali.

La rilevazione si svolge su due livelli:

- **Aziendale**, per conto della Direzione ASUR, relativamente agli interventi di interesse strategico, generale o trasversale;
- **Area Vasta**, in risposta alle esigenze locali o delegate dalla Direzione.

La raccolta dei bisogni riguarda prevalentemente tre aree:

1. bisogni di salute della popolazione;
2. bisogni dell'organizzazione;
3. bisogni degli operatori.

Sulla base delle risultanze della rilevazione dei bisogni, previa verifica dei contenuti, viene redatto il Piano della Formazione Aziendale. Le Aree Vaste adottano e formalizzano gli specifici Fabbisogni Formativi per le iniziative di proprio interesse e competenza, definendo il budget necessario.

Riferimento: Procedura PQ n. 1

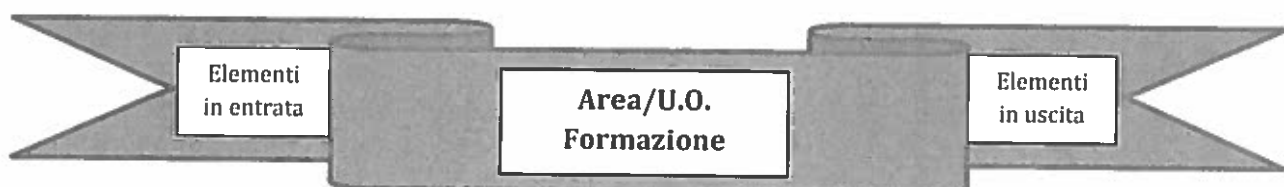
B) Progettazione dell'iniziativa formativa

La progettazione segue temporalmente e funzionalmente la pianificazione codificata dal piano Formativo Aziendale. E' costituita dalle attività necessarie a definire gli elementi specifici (in entrata e in uscita) caratterizzanti gli eventi programmati e a rendere operativi gli indirizzi espressi traducendoli in interventi formativi.

Gli *elementi in entrata* sono:

- i requisiti normativi e legislativi applicabili;
- le risorse disponibili (approvvigionamento e budget);
- l'esigenza formativa espressa, gli obiettivi generali e specifici dell'evento.

Gli *elementi in uscita* della progettazione di ciascun evento formativo sono costituiti dalla progettazione di dettaglio, necessaria all'erogazione del corso.



La *U.O. Formazione* deve garantire e verificare la coerenza tra gli elementi in entrata del progetto e quelli in uscita, vale a dire tra quanto richiesto e quanto progettato, nonché la progettazione formativa e l'accreditamento ECM.

C) Approvvigionamento ed erogazione

La formazione erogata dall'Azienda e dalle Aree Vaste può svolgersi **in sede e fuori sede**.

Le attività di **approvvigionamento** di prodotti e servizi formativi e di **erogazione** della formazione sono tenute sotto controllo in modo che siano soddisfatti i requisiti necessari a garantire la qualità del servizio erogato.

Ciò si applica sia alle attività di acquisizione di docenti, spazi e attrezzature che di formazione esterna.

➤ Formazione in sede

Approvvigionamento

• Docenza

La selezione del personale docente interno e esterno avviene su segnalazione del Responsabile Scientifico o soggetto che propone il corso, tenendo conto dei seguenti parametri:

- curriculum vitae
- esperienza professionale
- esperienza didattica maturata
- coerenza con i contenuti del corso.

L'elenco dei docenti è consultabile all'interno del Sistema Informativo ECM ove figurano le singole valutazioni effettuate dai partecipanti.

A seconda della tipologia, l'incarico di docenza viene conferito nel rispetto delle disposizioni di legge come segue:

a) *Docenza interna*: attraverso opportuna comunicazione;

b) *Docenza esterna*:

- *Singolo docente*: con comunicazione scritta del Dirigente del Servizio Formazione, su proposta motivata del Responsabile Scientifico/ Direttore U.O. proponente.
- *Azienda di formazione*: secondo le modalità previste dal codice degli appalti, in relazione al valore del servizio richiesto. L'attribuzione dell'incarico viene formalizzata con apposito atto.

• Attrezzature e spazi

La selezione dei fornitori di attrezzature e spazi (locali/aule) avviene sulla base del possesso dei requisiti necessari a soddisfare le esigenze didattiche, nonché dei costi ed è effettuata verificando la rispondenza del prodotto o servizio erogato ai requisiti richiesti e concordati.

La scelta del fornitore di attrezzature e spazi (aule) avviene secondo le modalità previste dal codice degli appalti in relazione al valore del prodotto/servizio richiesto

• Monitoraggio fornitori

Il monitoraggio delle prestazioni dei docenti e tutor si svolge attraverso le procedure previste dall'ECM che dispongono, salvo nei casi contemplati, la somministrazione ai discenti di un questionario di valutazione di ogni docente. La sintesi dei questionari è registrata nel software di gestione e monitoraggio della formazione.

Erogazione

L'erogazione degli eventi formativi si svolge sempre in condizioni controllate al fine di assicurare che la fase di erogazione sia coerente con quanto previsto in fase di progettazione.

La pianificazione del singolo evento formativo risulta dalla Scheda Progetto (definizione edizioni e date, programma di ciascuna giornata ecc.)

La gestione dei corsi avviene con il supporto della piattaforma informatizzata ECM.

La struttura Formazione assicura prioritariamente:

- supervisione dell'andamento dell'attività formativa;
- fornitura di materiale ed attrezzature didattiche;
- coordinamento fra i responsabili scientifici, di progetto, docenti, corsisti
- coordinamento e supporto alla gestione dell'aula
- monitoraggio dell'attività svolta
- archiviazione della documentazione
- rilascio certificazioni/attestazioni con o senza crediti ECM.

Riferimento: Procedura PQ n.2

➤ Formazione fuori sede

Approvvigionamento

L'Azienda e le Aree Vaste garantiscono ai dipendenti la fruizione di aggiornamento fuori sede, con la partecipazione ad iniziative che debbono essere in ogni caso coerenti con il miglioramento delle sue prestazioni professionali e strettamente correlate agli obiettivi formativi nazionali, regionali, aziendali e di Area Vasta.

La formazione/aggiornamento fuori sede può essere concessa in regime obbligatorio e/o facoltativo.

E' concessa in regime di aggiornamento obbligatorio nei seguenti casi:

- quando c'è un *esiguo numero di operatori interessati*, anche in sede di Area Vasta, e pertanto la spesa dell'organizzazione del corso in sede risulterebbe non congrua;
- quando l'*aggiornamento* riguarda un aspetto particolare dell'attività lavorativa e può essere realizzato *solo presso centri specifici*;
- quando l'operatore deve acquisire abilità e competenze specifiche frequentando Strutture, Centri, Ospedali, Servizi del S.S.N.;

L'aggiornamento si configura come facoltativo nel caso in cui il dipendente scelga un percorso formativo individuale, comunque connesso alla propria professionalità e attività di lavoro, ma non ricompreso negli obiettivi aziendali. Esso è svolto senza spese a carico dell'Azienda secondo quanto previsto dai rispettivi CC.CC.NN.LL. vigenti.

Gli organizzatori di iniziative fuori sede sono selezionati sulla base di:

- contenuti ed obiettivi dei corsi
- curriculum docenti e relatori

Erogazione

L'U.O. Formazione provvede alla:

- raccolta delle richieste di formazione esterna;
- comunicazione dell'autorizzazione di partecipazione al dipendente;
- controllo della gestione della spesa dedicata alla formazione fuori sede;
- caricamento nel sistema informatizzato dei dati e costi a preventivo e consuntivo della formazione obbligatoria.

D) Valutazione

L'attività formativa, a prescindere dai metodi e dalle tecniche didattiche utilizzate, include *una fase di valutazione* al fine di verificare e garantire la coerenza dei processi di approvvigionamento ed erogazione e di questi con gli obiettivi formativi dichiarati.

SEZIONE 5 ANALISI MIGLIORAMENTO

Pianificazione

In considerazione del fatto che i dati ottenuti dai monitoraggi sono importanti per poter prendere decisioni, la Direzione definisce quali dati monitorare, con quali strumenti e procedura di raccolta e successiva analisi, in modo da assicurare il rispetto dello standard qualitativo.

In particolare il monitoraggio e l'analisi comprendono:

- la valutazione del servizio erogato;
- la funzionalità dei processi;
- il conseguimento degli obiettivi qualità.

Monitoraggi

La Direzione, in collaborazione con il comitato scientifico, definisce opportuni indicatori di performance in riferimento a specifici requisiti ed agli strumenti indicati nella DGRM 1501/17. A tali indicatori vengono assegnati "valori obiettivo" o "target" scelti a partire dalle conoscenze attuali dei processi, dello storico dei dati a disposizione e delle potenzialità accertate dell'organizzazione.

La valutazione è volta ad osservare, analizzare, interpretare aspetti rilevanti della formazione che riguardano sia i partecipanti all'intervento formativo che l'organizzazione. Essa consente di monitorare variabili chiave in funzione di criteri di efficienza efficacia e qualità della formazione.

In particolare la valutazione riguarda i seguenti aspetti:

- a- **organizzazione** in termini di rispetto delle regole e delle procedure operative;
- b- **processo** che riguarda le fasi di pianificazione, progettazione, programmazione, erogazione delle attività formative
- c- **esito** che riguarda l'efficacia delle attività formative.

I dati vengono raccolti annualmente in modo da individuare le linee di tendenza, l'efficacia e l'efficienza dei processi.

I monitoraggi possono avvenire mediante:

- Schede di budget;
- Schede obiettivi;
- Analisi dei dati presenti nella piattaforma informatica ECM per la verifica della correttezza metodologica, della coerenza progettuale e dell'adeguatezza del servizio formativo erogato;
- Analisi dei dati dei questionari di gradimento dei discenti;
- Analisi dei dati concernenti il raggiungimento degli obiettivi formativi (risultati delle prove di apprendimento);
- Analisi di eventuali reclami o segnalazioni di criticità;
- Analisi dei dati relativi alla valutazione dei fornitori (interni ed esterni).

All'interno degli strumenti sopra indicati vengono definiti indicatori e standard di riferimento quali:

- soddisfazione degli utenti;
- conformità degli interventi formativi alle esigenze espresse e agli obiettivi individuati;
- caratteristiche ed andamento dei processi, incluse le opportunità per azioni di miglioramento;
- adeguatezza dei fornitori (docenti, aule, attrezzature, materiale didattico)

Analisi dei dati

L'analisi dei dati consente alla Direzione e alle funzioni preposte di prendere decisioni efficaci, basate su elementi di fatto, sia nella gestione dei processi, sia per il miglioramento degli stessi. Costituisce requisito utile per dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità ECM, anche in risposta alla specifica richiesta, da parte dell'AGENAS, di analisi periodica dell'attività svolta (relazione annuale provider) e per ricercare aree di miglioramento su base documentale.

Essa consente una conoscenza della qualità dell'attività formativa e delle eventuali azioni correttive e di miglioramento da realizzare, per meglio qualificare il prodotto formativo.

I dati più significativi sono quelli registrati dai monitoraggi, con particolare riferimento all'andamento degli indicatori di performance.

Miglioramento

Il **miglioramento continuo** della qualità delle attività di formazione si esplica, quindi, attraverso le seguenti fasi:

- adozione di una politica per la qualità che esprima le esigenze dell'organizzazione e dei professionisti;
- promozione di obiettivi condivisi;
- coinvolgimento di tutti gli attori nell'attuazione di un Sistema di Gestione della Qualità nella Formazione che sia efficace, efficiente e rispondente alle necessità;
- adozione di un sistema documentale (linee di indirizzo, schede, modelli, format, ecc.) in grado di facilitare e rendere evidente il corretto svolgimento dei processi e il raggiungimento ei risultati;
- valutazione del Sistema Gestione Qualità mediante adeguati strumenti di monitoraggio e verifica (questionari, griglie di valutazione, report/project work, ecc);
- raccolta, analisi e valutazione dei dati attraverso opportuni indicatori e standard;
- attivazione di azioni correttive in presenza di scostamenti tra il progettato e il programmato e azioni di miglioramento per prevenire le criticità;
- riesame periodico del Sistema Gestione Qualità attraverso la relazione annuale delle Aree Vaste e del Provider.

Riferimento: Procedura PQ n.4

Identificazione, rintracciabilità e conservazione

Ogni evento *formativo interno* (aziendale o di Area Vasta) è identificato mediante un codice generato dalla piattaforma informatica unica. Tale codice è utilizzato come riferimento per tutte le successive fasi ed è sempre riportato sul fascicolo e sulla documentazione del corso.

Ogni iniziativa di *formazione esterna* viene adeguatamente registrata e la documentazione cartacea ed elettronica è conservata a cura del Servizio Formazione.

SEZIONE 6 RIFERIMENTI

Linee Guida
Schema Relazione annuale
Piano formativo
Scheda fabbisogno formativo
Scheda Progetto Unica
Scheda risorse umane ed attrezzature
Prova apprendimento
Questionario gradimento corso
Questionario valutazione docente/tutor
Projet work
Modulo richiesta aggiornamento obbligatorio fuori sede
Modulo richiesta aggiornamento facoltativo fuori sede
PQ n. 1 Procedura "Rilevazione fabbisogno e pianificazione"
PQ n. 2 Procedura "Progettazione, erogazione e valutazione iniziativa formativa in sede"
PQ n. 3 Procedura "Gestione documenti "
PQ n. 4 Procedura "Analisi e miglioramento"



Procedura "RILEVAZIONE FABBISOGNO E PIANIFICAZIONE"

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	2
3. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	3
4. RESPONSABILITA'	4
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	4
5.1 Rilevazione fabbisogno.....	4
5.2 Pianificazione	5
6. RIFERIMENTI	6

Stato delle Revisioni

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica	Approvazione
N° 00					

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di pianificare la formazione interna previa rilevazione dei bisogni formativi e si applica al personale dell'ASUR Marche e Aree Vaste.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Addestramento: modalità formativa applicata soprattutto negli ambiti della formazione tecnica, finalizzata all'acquisizione da parte dei discenti di conoscenze abilità a comportamenti necessari per eseguire attività o mansioni specifiche.

Aggiornamento: ha l'obiettivo di rinnovare e rendere attuali le conoscenze professionali e le tecniche obsolete in modo da adeguarle al tempo ed alle esigenze del proprio contesto e di trasferire abilità già definite attraverso strumenti didattici e l'esperienza operativa (es. training individualizzato).

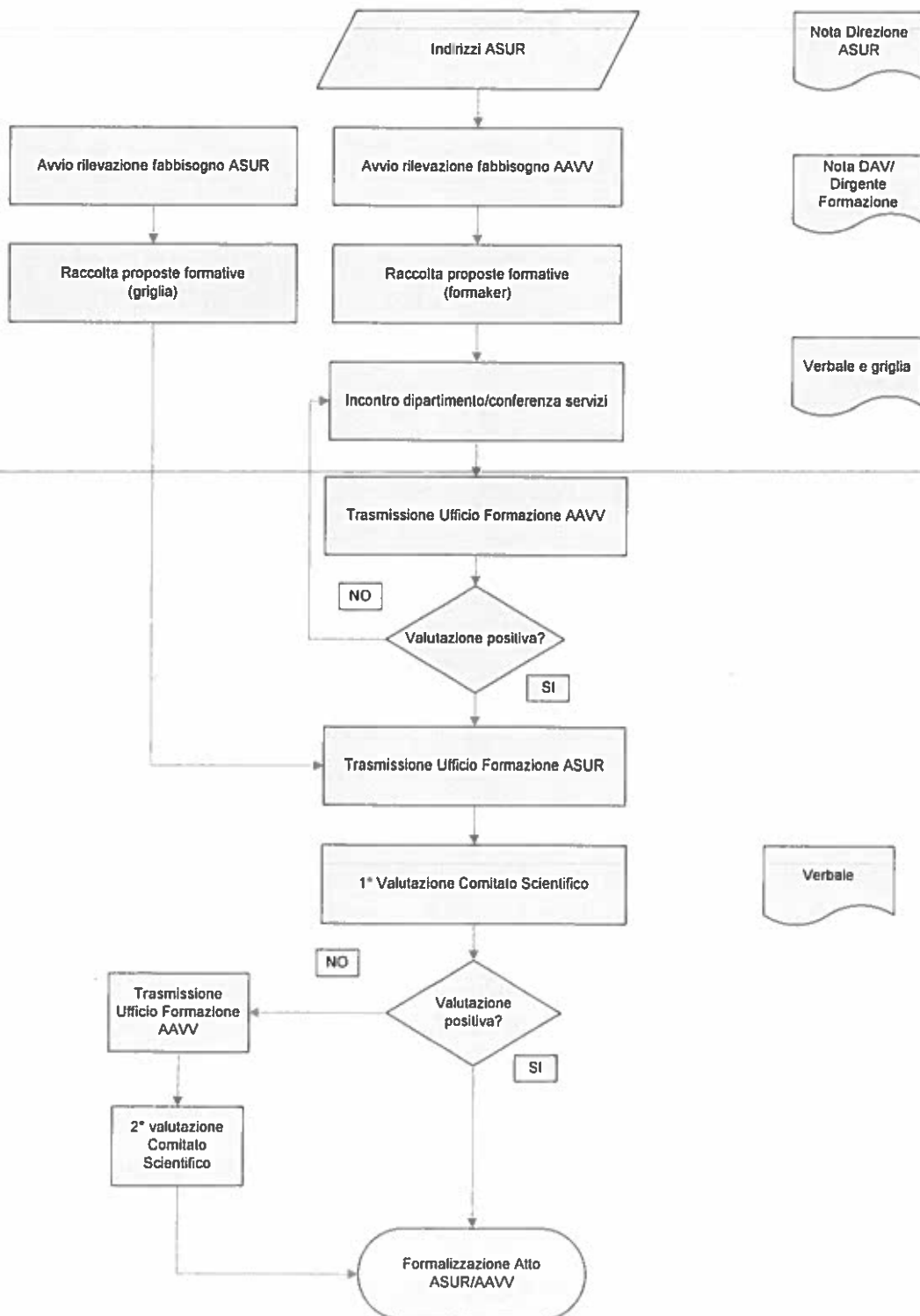
Formazione: tende a sviluppare capacità di governare situazioni nuove e di creare nuove abilità

UU.OO: Unità Operative

ECM: Educazione continua in Medicina

Procedura "RILEVAZIONE FABBISOGNO E PIANIFICAZIONE"

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO



Procedura "RILEVAZIONE FABBISOGNO E PIANIFICAZIONE"

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Funzione Attività	Direzione ASUR	Direzione AV	Resp Formazione ASUR	Dirigenti Formazione AAVV	Direttori Dipartimento/ Distretto	UU.OO./PO/ Coordinatori e referenti	Comitato Scientifico
Indirizzi tematiche ASUR	R			C			C
Comunicazione avvio rilevazione		R		C			
Raccolta fabbisogno					R	R	
Trasmissione esito rilevazione					R	C	
Analisi e valutazione			R	R			R
Pianificazione			R	R			R
Formalizzazioni	R	R	C	C			

R = responsabile, C = coinvolto

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 Rilevazione fabbisogno

La raccolta dei bisogni riguarda prevalentemente le seguenti aree:

1. bisogni di salute della popolazione rilevati con studi epidemiologici, dati socio economici e di sistema e l'analisi dei reclami;
2. fabbisogni dell'organizzazione rilevati con i dati a disposizione circa il funzionamento dell'organizzazione, del personale e delle specifiche professionalità, gli elementi derivati dal Piano Strategico Aziendale, dai Piani Sanitari Regionali, dai programmi d'intervento e sviluppo aziendale, dai documenti di settore e obiettivi di Budget;
3. bisogni degli operatori rilevati con l'analisi delle attività formative già attuate, l'analisi delle attese, eventuali analisi di clima, eventuali analisi di ruolo e delle attività lavorative, dati relativi ad eventuali situazioni di criticità.

Alla fine del primo semestre di ogni anno le Direzioni ASUR/AAVV forniscono indicazioni delle aree e tematiche oggetto di formazione da sviluppare nell'anno successivo attraverso nota formale a firma congiunta Direttore Generale, Responsabile Area Formazione Asur, Presidente Comitato Scientifico.

Le UU.OO. Formazione ASUR/AAVV trasmettono, con apposita nota, ai Direttori Dipartimenti, ai Responsabili/Posizioni Organizzative/Coordinatori/Rete referenti UU.OO. e Distretto gli indirizzi Asur con eventuali integrazioni di AV. Gli stessi sono invitati ad avviare e completare, entro il 30 settembre, la rilevazione delle esigenze formative attraverso il "sistema Formaker"/griglia predefinita, fornendo i seguenti dati:

Procedura "RILEVAZIONE FABBISOGNO E PIANIFICAZIONE"

- le UU.OO. destinatarie;
- le figure/profili a cui è rivolta l'iniziativa;
- l'ambito di programmazione;
- gli obiettivi dei progetti formativi;
- l'area di riferimento;
- la metodologia formativa;
- il numero di edizioni, numero ore per edizione e il totale delle ore;
- il numero di partecipanti per edizione e in totale;
- il numero dei crediti programmati per partecipante e in totale;
- lo strumento di valutazione dell'apprendimento;
- le risorse necessarie;
- gli eventuali sponsor.

I soggetti di AAVV di cui sopra provvedono alla definizione delle esigenze formative attraverso incontri di Comitato Dipartimento/Conferenze servizio, di cui viene redatto apposito verbale e griglia riepilogativa sottoscritta da trasmettere ai-Servizi Formazione.

I Servizi Formazione ASUR /AAVV raccolgono tutte le proposte inviate, le esaminano e, se necessario, chiedono opportuni chiarimenti/integrazioni/modifiche.

Assolto tale adempimento, i servizi formazione di AAVV provvedono alla stesura del documento riepilogativo attraverso apposita griglia e lo inviano, entro il 15 ottobre, all'Area Formazione ASUR. Tutta la documentazione pervenuta integrata con le esigenze raccolte a livello centrale saranno trasmesse al Comitato Scientifico per la valutazione.

Lo stesso provvede, entro il 30 ottobre, all'analisi delle proposte formative pervenute verificandone i contenuti scientifici, la coerenza con gli indirizzi direzionali, il rispetto dei criteri metodologici ed organizzativi propri dell'attività formazione. L'esito dell'esame è formalizzato con apposito verbale e, in presenza di rilievi, gli stessi vengono comunicati tramite mail ai Servizi Formazione Asur/AAVV per le necessarie modifiche, da operare nei tempi fissati. Le revisioni apportate verranno nuovamente trasmesse all'Area Formazione dell'ASUR per l'ulteriore verifica da parte del Comitato Scientifico, da completarsi entro il 22 Novembre, di cui viene redatto apposito verbale.

5.2 Pianificazione

Le proposte formative sono così raccolte in un unico documento riepilogativo che costituirà il "Piano Formativo Aziendale Anno xxxx".

Lo stesso sarà oggetto di specifica determina del Direttore Generale ASUR da adottare entro il 15/12 dell'anno in corso.

Successivamente i Direttori di AAVV formalizzano entro il 31 Gennaio dell'anno successivo, con apposita determina e previa informativa sindacale e parere del Collegio Direzione, il "Piano Formazione Area Vasta anno xxxx".

Il Piano Formativo ASUR/AAVV può essere oggetto di integrazioni/modifiche nel rispetto dei criteri stabiliti Comitato Scientifico.

6. RIFERIMENTI

- Nota direttive ASUR
- Nota di AV richiesta rilevazione fabbisogno formativo
- Piattaforma Formaker;
- Scheda riepilogo proposte di ASUR/ Dipartimento e UU.OO. di AAVV;
- Verbali Comitati Dipartimento/Conferenze Servizio;
- Prospetto riepilogativo proposte formative di ASUR/AA.VV.;
- Verbali del Comitato Scientifico;
- Determina ASUR "Approvazione Piano Formazione anno xxxx"
- Determine AAVV "Approvazione Piano Area Vasta Formazione anno xxxx"

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	2
3. DIAGRAMMA DI FLUSSO	2
4. RESPONSABILITA'	2
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	3
5.1 Attivazione delle iniziative di formazione in sede	3
5.1.1 Proposta di attivazione di iniziative di formazione e aggiornamento in sede.....	3
5.1.2 Inserimento del corso nella piattaforma ECM	4
5.2 Erogazione corsi di formazione obbligatoria in sede	4
5.3 Valutazione dei corsi di formazione obbligatoria in sede	4
6. RIFERIMENTI	5

Stato delle Revisioni

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica	Approvazione
N° 00					

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di programmare, erogare e valutare la formazione obbligatoria in sede. Si applica al personale dell'ASUR Marche e Aree Vaste.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Addestramento: modalità formativa applicata soprattutto negli ambiti della formazione tecnica, finalizzata all'acquisizione da parte dei discenti di conoscenze abilità a comportamenti necessari per eseguire attività o mansioni specifiche.

Aggiornamento: ha l'obiettivo di rinnovare e rendere attuali le conoscenze professionali e le tecniche obsolete in modo da adeguarle al tempo ed alle esigenze del proprio contesto e di trasferire abilità già definite attraverso strumenti didattici e l'esperienza operativa (es. training individualizzato).

Formazione: tende a sviluppare capacità di governare situazioni nuove e di creare nuove abilità

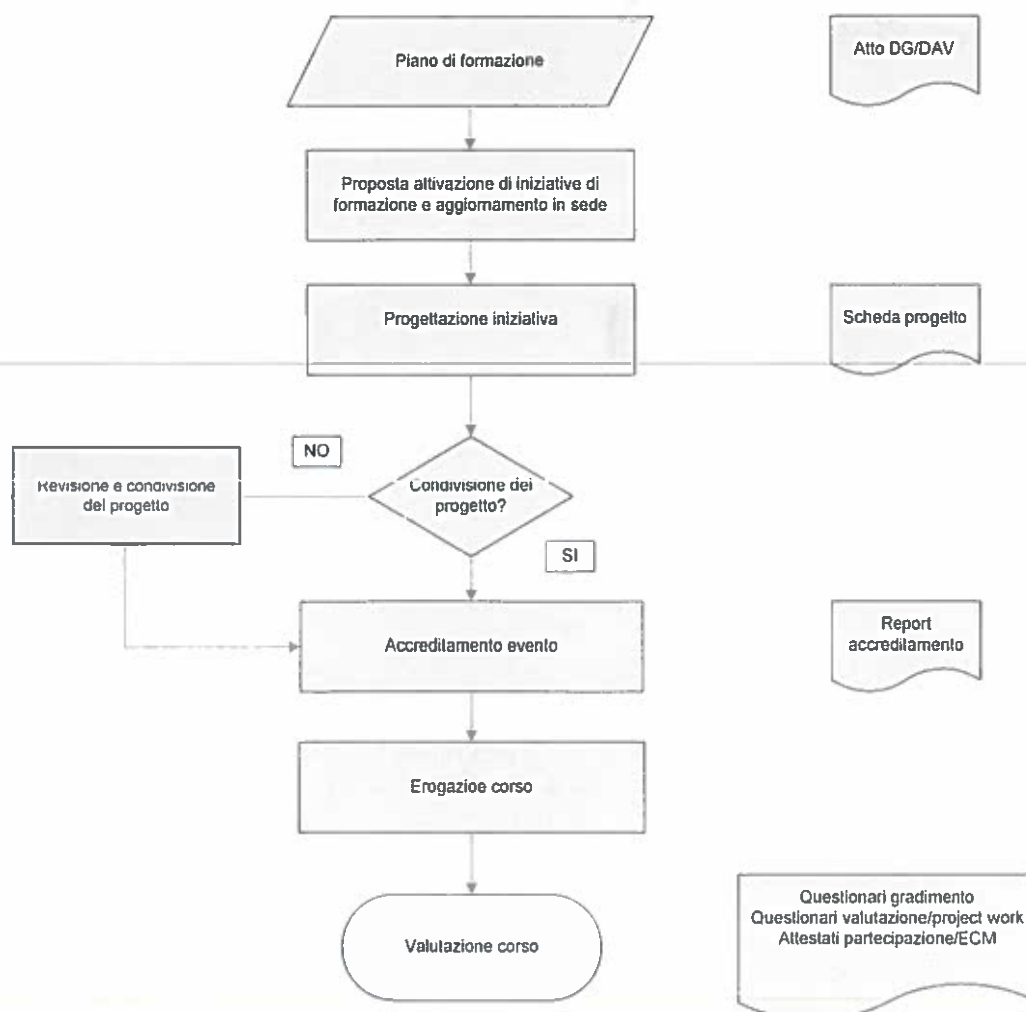
UU.OO: Unità Operative

ECM: Educazione continua in Medicina

R.: Responsabile

C.: Coinvolto

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO



4. RESPONSABILITA'

Dirigenti/Responsabile/Personale UO Formazione
Responsabili e Direttori Dipartimenti/UUOO
Dirigenti/P.O./Coordinatori e Referenti UU.OO. Formazione

Funzione / Attività	Dirigenti/Resp./Personale U.O. Formazione	Resp. e Direttori Dipartimento/Distretto/ UU.OO.	Dirigenti/ PO/ Coordinatori e Referenti UU.OO.
Proposta attivazione iniziativa		R	C
Progettazione/condivisione	R + C	C	C
Accreditamento	R + C		
Erogazione	R + C		C
Valutazione	R + C		

R = responsabile, C = coinvolto

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 Attivazione delle iniziative di formazione in sede

5.1.1 Proposta di attivazione di iniziative di formazione e aggiornamento in sede

L'attivazione di ogni iniziativa di formazione in sede è preceduta da una programmazione di dettaglio: i Direttori di Dipartimento, di U.O. /Servizio / Referenti della Formazione / soggetti da essi incaricati propongono, discutono e condividono i contenuti del corso in sede con la direzione del Servizio Formazione e/o con un suo delegato. Negli incontri sono esaminati almeno i seguenti punti:

- Programma di dettaglio del corso
- Destinatari
- Periodo e durata
- Docenti
- Sede
- Costo

Il confronto può avvenire anche per e mail attraverso l'analisi di una bozza di programma (*Scheda progetto*), trasmessa dalla struttura interessata al Servizio Formazione prima dell'inizio del corso. Ogni intervento formativo deve essere descritto mediante le seguenti informazioni:

- Presentazione e motivazione (carenze/gap riscontrati)
- Obiettivi dell'attività formativa (generali e specifici)
- Area di riferimento
- Programma della/e giornata/e
- Responsabile Scientifico e/o di Progetto
- Direttore del Corso
- Tipologia formativa
- Metodologia didattica

- Strumenti di valutazione dell'apprendimento e del gradimento
- Docenti (interni o esterni)/tutor
- Destinatari: professioni, UUOO coinvolte e numero partecipanti per edizione;
- Numero ore formative
- Numero edizioni e date
- Sede di svolgimento
- Costo presunto
- Documentazione necessaria per provvedere all'accreditamento.

Una volta definito congiuntamente il programma, questo dovrà essere corredato della documentazione necessaria per attivare e completare l'iter: curricula docenti/tutor/responsabili scientifici/responsabili di progetto, prova di verifica dell'apprendimento, eventuale descrizione dell'outcome.

5.1.2 Inserimento del corso nella piattaforma ECM

Nel rispetto dei tempi previsti dalle disposizioni ECM (almeno 30gg), il Servizio Formazione, mediante la compilazione on line dell'apposita maschera, provvede ad inserire i dati inerenti l'iniziativa nella piattaforma ECM per l'accreditamento.

Per le iniziative senza crediti ecm, non sono previsti termini per la registrazione dei dati.

Tali adempimenti trovano evidenza nel Sistema Informatico regionale con Codice Provider, Cod. Corso, Maschera accreditamento

5.2 Erogazione corsi di formazione obbligatoria in sede

La Segreteria organizzativa predispone quanto necessario all'attivazione del corso:

- supervisione/allestimento aula
- materiale e supporti didattici
- registro presenze e questionari di gradimento

Il Responsabile Scientifico è responsabile della validità dei contenuti dell'iniziativa

Il Direttore del Corso risponde della gestione della stessa e del fatto che la sua realizzazione sia conforme ai contenuti della scheda progetto.

La segreteria organizzativa ha il compito di fornire adeguato supporto logistico/organizzativo ai docenti ed è responsabile della corretta acquisizione, compilazione e trasmissione della documentazione.

5.3 Valutazione dei corsi di formazione obbligatoria in sede

La valutazione dei corsi attivati avviene attraverso le modalità previste dalle disposizioni vigenti che si estendono anche alle iniziative non accreditate ecm:

- verifica dell'apprendimento (prova finale)
- valutazione del gradimento dell'iniziativa mediante questionario
- valutazione dei docenti mediante questionario (ove previsto)
- Verifica delle presenze dei discenti e dei docenti
- Relazione/report finale

6. RIFERIMENTI

- 1) Scheda progetto
- 2) Scheda prova apprendimento
- 3) Scheda report accreditamento
- 4) Registro presenze
- 5) Prove apprendimento /Report/Projet work
- 6) Questionario valutazione docente/tutor
- 7) Questionario gradimento corso
- 8) Report dati corso svolto





Procedura "GESTIONE DOCUMENTI"

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag.	2
2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	Pag.	2
3. DIAGRAMMA DI FLUSSO	Pag.	2
4. RESPONSABILITA'	Pag.	2
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'		
5.1 Manuale della qualità'	Pag.	2
5.2 Procedure	Pag.	3
5.3 Documenti di registrazione	Pag.	3
5.4 Direttive, leggi e norme tecniche	Pag.	4
6. RIFERIMENTI	Pag.	4

Stato delle Revisioni

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica	Approvazione
N° 00					

Procedura "GESTIONE DOCUMENTI"

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura definisce responsabilità, criteri e metodi operativi per la gestione di documenti del sistema qualità. Il sistema di controllo dei documenti consente di evitare l'utilizzo di documenti/dati impropri e/o superati, di aggiornarli tempestivamente, di archivarli correttamente e di rintracciare i dati necessari in modo tempestivo.

Le disposizioni indicate in questa procedura si applicano a tutti i documenti cartacei e informatici del Sistema Qualità, vale a dire:

- Manuale della qualità;
- Procedure;
- Modulistica;
- Documenti prescrittivi di origine interna ed esterna
- Elenchi del sistema qualità.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

- SGQ: Sistema di Gestione per la Qualità
- ASUR: Azienda Sanitaria Unica Regionale
- AA.VV.: Aree Vaste
- MQ: Manuale Qualità

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Non applicabile

4. RESPONSABILITA'

La gestione dei documenti del SGQ è in capo al Dirigente Area Formazione dell'ASUR Marche e ai Dirigenti dei Servizi Formazione delle AA.VV.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 Manuale della qualità

E' il documento usato dall'Azienda per descrivere, documentare, coordinare ed integrare la struttura organizzativa, le responsabilità e tutte le attività che regolano l'istituzione, il funzionamento e la gestione del sistema di Gestione per la qualità. In particolare il manuale include:

1. Scopo e campo di applicazione del SGQ;
2. La descrizione dei processi del SGQ
3. I riferimenti alla documentazione del SGQ.

Lo stato di aggiornamento del Manuale è deducibile dall'indicazione del numero di revisione riportato su ogni pagina.

Il Manuale della Qualità (MQ) è redatto dal gruppo di lavoro della qualità ed approvato dal Direttore tramite apposito atto. Il documento originale è conservato dal Dirigente Area Formazione all'interno di un raccoglitore presso il proprio ufficio. Il Manuale può essere consultato e stampato

Procedura "GESTIONE DOCUMENTI"

da tutti i dipendenti attraverso il file in sola lettura disponibile in rete; eventuali modifiche apportate devono essere verificate ed approvate dal Direttore. Dopo l'approvazione il Dirigente dell'Area Formazione ASUR procede alla sostituzione del vecchio file con il nuovo all'interno della rete. E' sua cura conservare la vecchia edizione su supporto elettronico e, in occasione della nuova revisione del Manuale, darne opportuna comunicazione.

5.2. Procedure

Le procedure sono i documenti che definiscono le modalità operative, le risorse e le responsabilità relative ai processi del sistema qualità, in alcuni casi anche sotto forma di diagrammi di flusso, e rappresentano il completamento naturale del manuale qualità; esse sono univocamente identificate mediante la codifica alfanumerica **PQn**, dove **PQ** sta ad indicare che si tratta di una procedura ed "n" è un numero interno progressivo.

Su ogni pagina della procedura sono riportati il titolo, il codice, il numero e la data di revisione, il numero di pagina e il numero totale delle pagine.

Le Procedure sono redatte dai componenti del gruppo di lavoro qualità ed approvate dal Direttore tramite apposito atto. I documenti originali sono conservati dal Dirigente dell'Area Formazione all'interno di un raccoglitore specifico custodito presso il proprio ufficio, mentre i relativi file in sola lettura sono disponibili in rete e consultabili da tutto il personale.

Eventuali modifiche alle procedure devono essere verificate ed approvate dal Direttore.

Dopo l'approvazione, il Dirigente dell'Area Formazione procede alla sostituzione della copia cartacea in suo possesso e alla sostituzione del vecchio file con il nuovo all'interno della rete; le versioni obsolete sono conservate su formato elettronico dal Dirigente dell'Area Formazione.

In occasione di ogni revisione delle Procedure, il Dirigente dell'Area Formazione provvede ad informare gli interessati tramite opportuna comunicazione.

Tutte le procedure sono riportate all'interno del modulo "**Elenco documenti sistema qualità**" gestito in forma controllata dal Dirigente dell'Area Formazione dell'ASUR.

5.3 Documenti di registrazione

Sono i documenti utilizzati per la registrazione di precise attività regolamentate dal Sistema Qualità, di cui rappresentano la dimostrazione oggettiva e documentata della sua applicazione, consentendo al tempo stesso di valutarne l'efficacia.

È importante che ogni documento sia compilato in modo completo e chiaro, sia per quanto riguarda i risultati delle attività eseguite, sia per ciò che concerne la correlazione ai servizi e/o ai documenti a cui è riferito.

I documenti di registrazione sono identificati attraverso un titolo univoco (a volte accompagnato da un codice interno) e sono riepilogati all'interno del modulo "**Elenco documenti sistema qualità**", ove è specificato il responsabile della loro archiviazione.

Procedura "GESTIONE DOCUMENTI"

5.4 Direttive, Leggi e Norme tecniche

Sono documenti di supporto o di riferimento che definiscono i requisiti di conformità per le attività da eseguire, i comportamenti da attuare o le prescrizioni da rispettare.

Possono essere definiti di origine interna (emanati dall'ASUR o dalle aree Vaste) o esterna cioè emanati da soggetti terzi (norme, leggi, regolamenti).

6. RIFERIMENTI

- Manuale della Qualità
- Elenco delle Procedure
- Elenco dei documenti (di registrazione)
- Elenco dei moduli/modelli

Procedura "ANALISI E MIGLIORAMENTO"

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag.	2
2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	Pag.	2
3. DIAGRAMMA DI FLUSSO	Pag.	2
4. RESPONSABILITA'	Pag.	3
5 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'		
5.1 Gestione delle non conformità	Pag.	3
5.2 Gestione delle verifiche ispettive interne	Pag.	4
5.3 Gestione delle azioni correttive e di miglioramento	Pag.	4
5.4 Monitoraggio della soddisfazione dei dipendenti	Pag.	5
5.5 Analisi dei dati	Pag.	5
6. RIFERIMENTI	Pag.	5

Stato delle Revisioni

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica	Approvazione
N° 00					

Procedura "ANALISI E MIGLIORAMENTO"

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità operative per la gestione e l'analisi delle attività di miglioramento, vale a dire del monitoraggio delle non conformità, dei reclami, delle azioni correttive e preventive, delle visite ispettive interne, della soddisfazione dei dipendenti.

Si applica al personale dell'ASUR Marche e delle Aree Vaste.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

ASUR: Azienda Sanitaria Unica regionale

AA.VV.: Aree Vaste

NC: Non Conformità

AC: Azione Correttiva

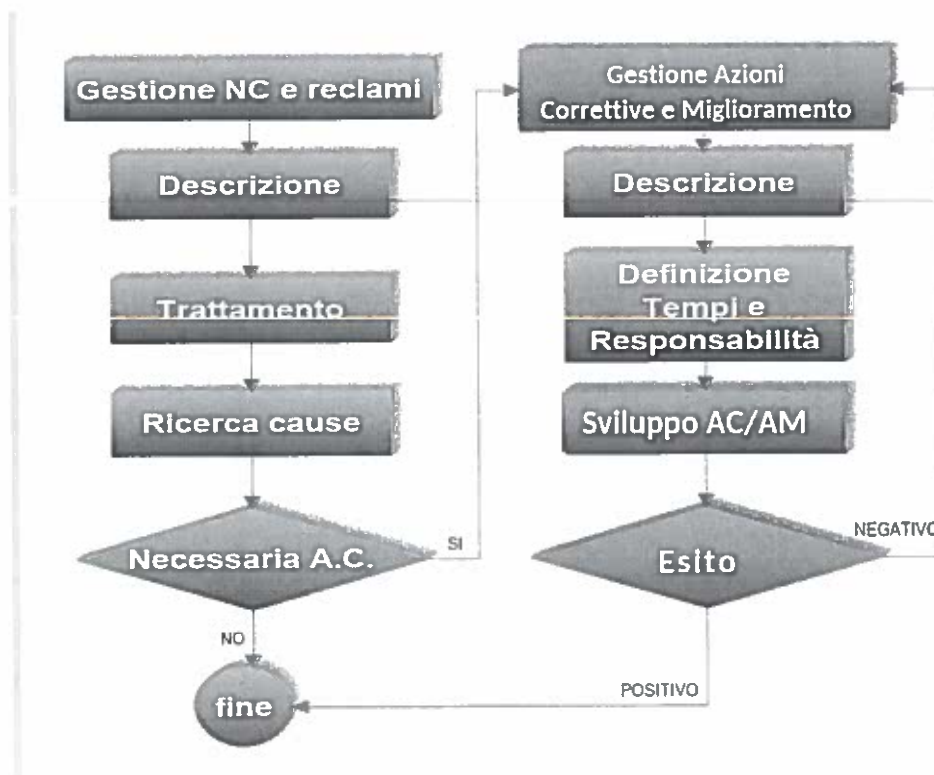
AM.: Azione di miglioramento

V.I.I.: Verifiche Ispettive Interne

CHECK LIST: lista di controllo

REQUISITO: esigenza o aspettativa che può essere espressa, ma più di frequente implicita o cogente

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO



Procedura "ANALISI E MIGLIORAMENTO"**4. RESPONSABILITA'**

Dir. Area Formazione ASUR/ Formazione AA.VV.: registrazione NC/AC/AM

Dir.. Area Formazione ASUR/Formazione AA.VV./collaboratori: trattamento NC/AC/AM

Servizio Formazione AA.VV.: raccolta reclami e suggerimenti dipendenti

Comitato Scientifico: valutazione reclami e suggerimenti più rilevanti e/o a ricaduta trasversale

Team ispettivo: effettuazione V.I.I., stesura rapporto e comunicazione ai soggetti previsti

Dir. Area Formazione ASUR/Formazione AA.VV: analisi dei dati

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**5.1 Gestione delle non conformità**

La gestione delle non conformità consente di individuare quantità e tipologie di attività che non soddisfano i requisiti specificati e garantisce il perseguimento della politica di continuo miglioramento del sistema, dei processi e dei servizi.

Qualora nelle fasi di un qualsiasi processo operativo venga riscontrato un'attività non conforme, si deve operare come di seguito descritto.

Classificazione e registrazione delle Non Conformità

Premesso che le condizioni di "non conformità" di un' attività sono generalmente determinate da deviazioni dalle prescrizioni contenute nei documenti o da situazioni che rendano la qualità del servizio erogato (o sue parti) indeterminata o inaccettabile (non conformità di processo), l'Azienda ha individuato due diversi livelli di non conformità, alle quali corrispondono due diverse modalità di gestione:

- AAVV eventi che vanno ad inficiare il risultato dell'attività e/o che possono determinare un aggravio di costi o di maggior impiego di risorse (es. situazioni che non permettono di concludere un corso per mancanza di manuali, non rispetto accordi, etc);
- ASUR attività che non sono conformi a quanto previsto dalla documentazione interna o esterna (normativa nazionale e regionale).

Spetta ai dirigenti della Formazione AA.VV. ed annotare le rispettive non conformità all'interno del "Registro NC/AC/AM".

Trattamento delle Non Conformità

Il trattamento delle non conformità di AAVV spetta ai relativi dirigente della formazione o suoi collaboratori, eventualmente coinvolgendo l'Area Formazione ASUR.

Il trattamento delle non conformità ASUR spetta al relativo Responsabile dell'Area Formazione .

In entrambe i casi va documentato all'interno del "Registro NC/AC/AM".

**Procedura "ANALISI E MIGLIORAMENTO"****Suggerimenti, reclami dei dipendenti**

I reclami e i suggerimenti dei dipendenti sono raccolti in forma anonima o nominativa attraverso apposito modello disponibile sul sito internet/intranet da inviare al Servizio Formazione.

Il Servizio Formazione di AA.VV. controlla sistematicamente le segnalazioni effettuando una prima scrematura e rappresentando i problemi o i consigli pervenuti ai vari responsabili/referenti, a seconda del caso. Le questioni più gravi o più importanti saranno sottoposte alla valutazione del Comitato Scientifico al primo incontro utile.

Per ogni problematica visionata dall'Area Formazione ASUR/Servizio Formazione AA.VV. verrà aperta una NC nella quale saranno specificati il tipo di provvedimento adottato, il Responsabile della gestione della problematica, il tempo di risoluzione e l'efficacia.

5.2. Gestione delle verifiche ispettive interne

L'Area formazione Asur/Comitato Scientifico possono effettuare Verifiche Ispettive Interne (V.I.I.) allo scopo di accertare che il Sistema di Gestione per la Qualità sia conforme alla politica e agli obiettivi stabiliti e che venga attuato efficacemente e mantenuto aggiornato.

Le informazioni emerse dalle verifiche ispettive interne, oltre ad innescare interventi correttivi immediati e mirati alle singole aree, nonché ad individuare opportunità di miglioramento, costituiscono uno degli strumenti fondamentali per l'effettuazione del riesame del sistema qualità.

Per eseguire le verifiche ispettive interne è possibile avvalersi di opportune check-list, precedentemente predisposte, al fine di facilitare la raccolta delle evidenze oggettive che saranno analizzate per stabilire la conformità o meno delle attività sottoposte a verifica.

Al termine della verifica, verrà redatto un rapporto nel quale saranno indicate le aree o le attività esaminate, le evidenze raccolte e le criticità emerse, raggruppando gli eventuali punti di debolezza, a seconda della gravità.

Tale rapporto sarà presentato alla direzione generale ed illustrato agli interessati.

5.3. Gestione delle azioni correttive e di miglioramento

Le azioni correttive consistono nell'insieme di attività intraprese per eliminare le cause delle non conformità individuate e per evitare il ripetersene.

Le azioni di miglioramento nascono dai suggerimenti dei dipendenti, dall'esito delle verifiche ispettive interne, del riesame o da valutazioni del Servizio Formazione .

Sia in caso di azioni correttive che di miglioramento, il Dirigente dell'Area Formazione, eventualmente con il supporto di altre funzioni aziendali aventi specifica competenza, effettua un esame approfondito al fine di individuare i possibili interventi. Essi sono il frutto di:

- analisi di problemi segnalati, di situazioni potenzialmente critiche o di opportunità di miglioramento;
- identificazione delle cause possibili e probabili;
- formulazione di ipotesi di azione.

Procedura "ANALISI E MIGLIORAMENTO"

In tale fase vengono approfonditi aspetti quali la tipologia del problema, la gravità degli effetti, i costi derivabili e gli aspetti percepibili dai dipendenti.

L'ipotesi di soluzione individuata è riportata dal Dirigente dell'Area Formazione/AAVV all'interno del "Registro NC/AC/AM" indicando, in particolare, l'attività da svolgere, la funzione incaricata, i tempi di attuazione e gli esiti.

A fronte di quanto stabilito in precedenza, la funzione incaricata deve comunicare le azioni intraprese che il Dirigente dell'Area Formazione/Dirigenti Servizi Formazione AA.VV. annoterà nel "Registro NC/AC/AM", riservandosi di accertare personalmente, dopo congruo periodo di tempo, l'esito dell'azione attuata.

Nel caso in cui l'azione intrapresa si sia dimostrata inefficace, il Dirigente della Formazione AAVV/ASUR valuta la necessità di avviare una nuova azione secondo le modalità descritte nella presente procedura.

È cura del Dirigente della Formazione ASUR/Dirigente Servizio Formazione AA.VV. monitorare costantemente i processi in modo da individuare la necessità di avviare azioni correttive o di miglioramento; a tal fine provvede ad analizzare periodicamente le non conformità registrate in modo da individuare le possibili cause dei problemi manifestatisi.

In occasione del Riesame del Sistema Qualità è compito del Dirigente della Formazione ASUR/AAVV informare il Comitato scientifico circa lo stato delle azioni correttive e di miglioramento.

5.4 Monitoraggio della soddisfazione dei dipendenti

La soddisfazione dei dipendenti, intesa come utenza a cui viene prestato il servizio, è uno degli obiettivi della politica della qualità dell'Azienda.

La misurazione della soddisfazione è condotta attraverso la rilevazione delle informazioni provenienti dai dipendenti relative alla percezione del servizio reso e dalla loro correlazione con i dati riferiti ai reclami e con i questionari di valutazione corso.

Sarà possibile prevedere la somministrazione ai dipendenti di apposito questionario, opportunamente strutturato a seconda degli obiettivi prefissati.

Quanto sopra permette di raggiungere alcuni obiettivi fondamentali quali:

- comprendere le differenze tra la qualità erogata e quella percepita;
- migliorare ed ottimizzare il sistema di erogazione del servizio.

5.5 Analisi dei dati

E' cura del Dirigente della Formazione AA.VV. e/o dell'Area Formazione ASUR analizzare periodicamente i dati relativi alle non conformità e alle eventuali segnalazioni/suggerimenti dei dipendenti per avviare opportune azioni correttive e/o di miglioramento. Il Report dell'analisi condotta è presentato al Comitato Scientifico in sede di Riesame del Sistema Qualità.

6. RIFERIMENTI

- Registro NC/AC/AM
- Modello reclami/suggerimenti
- Verbale V.I.I.

