



Croce Rossa Italiana

MANUALE SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ NORMA UNI EN ISO 9001 EDIZIONE 2015

SCOPO DI CERTIFICAZIONE:

“Progettazione ed Erogazione Corsi di Formazione IV° livello”

Questo documento è di proprietà di Croce Rossa Italiana e viene assegnato a condizioni che non sia ceduto, riprodotto, portato in visione a terzi senza la formale autorizzazione della Direzione

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 1 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

REVISIONI

Rev.	Data	Descrizione modifica	Elaborazione	Verifica	Approvazione
08	08/07/2026	Inserimento: descrizione dei livelli della formazione, metodologia analisi del contesto e definizione parti interessate, specificazione audit interno esternalizzato e modalità sperimentazione asset	U.O. Accreditamenti	Direzione Sviluppo Associativo	PN
07	06/03/2026	Inserimento ambito Salute, aggiornamento organigramma e inserimento riferimento Codice del Volontariato	U.O. Accreditamenti	Direzione Sviluppo Associativo	PN
06	09/07/2025	Inserimento della tematica del Climate Change; integrazione minore sulla gestione delle informazioni documentate.	U.O. Accreditamenti	Direzione Sviluppo Associativo	PN
05	18/02/2025	Modifica minore per l'avvio del corso e la nomina del direttore	U.O. Accreditamenti		PN
04	16/02/2025	Aggiornamento in base a struttura organizzativa luglio 24. Sintesi processi progettazione ed erogazione della formazione. Inserimento dettagli processo NC. Altre modifiche minori.	U.O. Accreditamenti		PN
03	12/07/2024	Inserimento modalità gestione dei rischi "bassi" e aggiornamento del processo di erogazione	U.O. OPPS		PN
02	16/02/2024	Modifiche minori per nuova organizzazione	U.O. OPPS		PN
01	31/05/2023	Modifica perimetro di certificazione con eliminazione ambito Inclusione Sociale. Aggiornamento processi di erogazione e progettazione	U.O. OPPS		PN
00	17/02/2023	Prima emissione	U.O. OPPS		PN

Versione del template: 01

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE.....	6
1.1.	PRESENTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE.....	6
1.2.	FORMAZIONE IN CROCE ROSSA ITALIANA	6
1.2.1.	L'UNITÀ OPERATIVA FORMAZIONE E IL SERVIZIO GESTIONE CORSI NAZIONALI.....	6
1.3.	SEDE E DATI IDENTIFICATIVI	7
2.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	7
2.1.	SCOPO	7
2.2.	CAMPO DI APPLICAZIONE	8
2.3.	PROCESSI ED ATTIVITÀ NON APPLICABILI	8
2.4.	ATTIVITÀ AFFIDATE IN OUTSOURCING.....	9
3.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9
3.1.	PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI	9
3.2.	PRINCIPALI RIFERIMENTI LEGISLATIVI	9
4.	TERMINI E DEFINIZIONI	10
4.1.	TERMINI E DEFINIZIONI.....	10
5.	CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	11
5.1.	COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO	11
5.1.1.	FATTORI INTERNI ED ESTERNI CHE INFLUENZANO L'ORGANIZZAZIONE	11
5.1.2.	ANALISI DEL CONTESTO	12
5.2.	COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE.....	14
5.3.	DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ.....	14
5.4.	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI	15
6.	LEADERSHIP	15
6.1.	LEADERSHIP E IMPEGNO	15
6.2.	FOCALIZZAZIONE AL CLIENTE.....	16
6.3.	POLITICA.....	16
6.4.	RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE	16
6.4.1.	ORGANIGRAMMA	17
7.	PIANIFICAZIONE	18
7.1.	AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ	18

7.1.1.	CRITERI DI VALUTAZIONE DEL RISCHI.....	18
7.1.2.	CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE OPPORTUNITÀ.....	21
7.2.	OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO	22
7.3.	PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE	22
8.	SUPPORTO.....	23
8.1.	RISORSE.....	23
8.1.1.	GENERALITÀ	23
8.1.2.	PERSONE	23
8.1.3.	INFRASTRUTTURA.....	23
8.1.4.	AMBIENTE PER IL FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI.....	24
8.1.5.	RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE.....	24
8.1.6.	CONOSCENZA ORGANIZZATIVA.....	24
8.2.	COMPETENZA.....	25
8.3.	CONSAPEVOLEZZA.....	26
8.4.	COMUNICAZIONE	26
8.4.1.	COMUNICAZIONI INTERNE.....	26
8.4.2.	COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO E PARTI INTERESSATE.....	26
8.5.	INFORMAZIONI DOCUMENTATE	27
8.5.1.	GENERALITÀ	27
8.5.2.	CREAZIONE ED AGGIORNAMENTO	27
8.5.3.	RIESAME E APPROVAZIONE	28
8.5.4.	CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE	28
9.	ATTIVITÀ OPERATIVE.....	29
9.1.	PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI.....	29
9.2.	REQUISITI PER I SERVIZI	29
9.2.1.	COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE.....	29
9.2.2.	DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI.....	29
9.2.3.	RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI	30
9.2.4.	MODIFICA AI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI.....	30
9.3.	PROGETTAZIONE E SVILUPPO	30
9.3.1.	PIANIFICAZIONE, CONTROLLO E MODIFICA DELLA PROGETTAZIONE.....	30
9.3.2.	PROGETTAZIONE PER MODIFICHE CATALOGO CORSI.....	31
9.4.	CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO	31
9.4.1.	GENERALITÀ	31

9.4.2.	TIPO ED ESTENSIONE DEL CONTROLLO	31
9.4.3.	INFORMAZIONE AI FORNITORI ESTERNI	32
9.5.	PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI	32
9.5.1.	EROGAZIONE DEI SERVIZI (CORSI DI FORMAZIONE DI IV° LIVELLO)	32
9.5.2.	PREPARAZIONE DELLA FORMAZIONE	32
9.5.3.	EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE	33
9.5.4.	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ	33
9.5.5.	PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI E FORNITORI.....	33
9.5.6.	PRESERVAZIONE	33
9.5.7.	ATTIVITÀ POST-EROGAZIONE DEL SERVIZIO	34
9.5.8.	CONTROLLO DELLE MODIFICHE	34
9.6.	RILASCIO DEI SERVIZI	34
9.7.	CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI	34
10.	VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	36
10.1.	MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE	36
10.1.1.	GENERALITÀ	36
10.1.2.	SODDISFAZIONE DEL CLIENTE/UTENTE	36
10.1.3.	ANALISI E VALUTAZIONE.....	36
10.2.	AUDIT INTERNO	37
10.2.1.	PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT	37
10.2.2.	ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DELL'AUDIT	37
10.3.	RIESAME DELLA DIREZIONE	38
10.3.1.	INPUT AL RIESAME DELLA DIREZIONE	38
10.3.2.	OUTPUT DEL RIESAME DELLA DIREZIONE	38
11.	MIGLIORAMENTO	39
11.1.	GENERALITÀ	39
11.2.	NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE.....	39
11.3.	MIGLIORAMENTO CONTINUO	40
12.	ALLEGATI.....	41

1. INTRODUZIONE

1.1. PRESENTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

Il presente documento descrive le attività previste per la corretta gestione della formazione erogata dalla Croce Rossa Italiana per i propri Volontari e Dipendenti, afferente alla sezione Formazione di IV livello e ai seguenti ambiti di intervento:

- Salute
- Salute e sicurezza
- Sviluppo Organizzativo.

Il processo in oggetto ha inizio con l'avvio da parte del Servizio Gestione Corsi Nazionali della U.O. Formazione dei corsi pianificati, contenuti nel Piano Nazionale delle attività formative approvato dal PN / CDN e termina con un debriefing sulla formazione erogata.

Il processo si applica al singolo corso sia nel caso in cui esso venga svolto in concomitanza con altri corsi in un campo di formazione sia nel caso in cui esso venga svolto singolarmente.

I corsi possono essere svolti in tre modalità, anche miste tra loro:

- a) Formazione in presenza
- b) Formazione a distanza "sincrona" in un'aula virtuale
- c) Formazione a distanza asincrona attraverso la piattaforma Training CRI

Ciascun corso a catalogo è accompagnato da una scheda corso e da una linea guida del materiale formativo che descrive i contenuti del corso, le possibili diverse metodologie da adottare in aula e i criteri per la valutazione finale.

L'avvio di un corso avviene solo dopo il suo inserimento nel piano annuale di formazione approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale. È compito del Servizio Gestione Corsi Nazionali assicurare, in accordo al DTN Formazione, il monitoraggio del piano e delle sue tempistiche e l'eventuale aggiornamento.

Il processo relativo al piano annuale dei fabbisogni è definito in accordo al Codice del Volontariato - Titolo X Formazione (Parte V Capo I).

1.2. FORMAZIONE IN CROCE ROSSA ITALIANA

Dal 1864 ad oggi, la Croce Rossa Italiana ha fatto della formazione una solida base per offrire a tutti la possibilità di impegnarsi e acquisire gli strumenti utili per un impatto positivo sulla società, portando aiuto ovunque, per chiunque.

Attraverso una formazione trasversale e inclusiva, l'Associazione forma i suoi Volontari per rispondere alle esigenze delle comunità locali, aumentare la capacità di risposta in caso di emergenze e diffondere i valori della cittadinanza attiva e della prevenzione.

Con l'obiettivo di costruire comunità più resilienti, la formazione è lo strumento che facilita e accelera il cambiamento che, molto spesso, è già presente dentro di noi.

1.2.1. L'UNITÀ OPERATIVA FORMAZIONE E IL SERVIZIO GESTIONE CORSI NAZIONALI

L'Unità Operativa Formazione fornisce supporto ai Volontari, implementa le decisioni della Governance, relative alla formazione dei Volontari organizzando corsi di formazione, elaborando strumenti gestionali, mettendo a sistema le informazioni, elaborando materiali didattici, costituendo un punto di riferimento e di informazione sulla formazione dei Volontari.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 6 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

L'obiettivo è lavorare insieme ai Volontari per favorire una formazione sempre più qualificata, uniformata nei processi e nelle procedure a livello nazionale.

CRI intende adottare, implementare e quindi certificare secondo la ISO 9001 il processo formativo in particolare la sezione Formazione di IV livello, rivolta alla formazione dei formatori dell'Associazione. L'esigenza nasce dalla necessità di conformarsi agli adempimenti previsti dalla Riforma della Formazione i cui obiettivi prioritari sono quelli di censire, riorganizzare, semplificare, uniformare, migliorare ed ottimizzare i contenuti formativi, le modalità di formazione e la struttura organizzativa. L'Associazione formando i suoi Volontari intende:

- rispondere alle esigenze delle comunità locali
- aumentare la capacità di risposta in caso di emergenze
- diffondere i valori della cittadinanza attiva e della prevenzione.

Lo scopo dell'Unità Operativa Formazione di Croce Rossa è quello di lavorare insieme ai Volontari per favorire una formazione sempre più qualificata, uniformata nei processi e nelle procedure a livello nazionale.

A fine anno 2021, con l'obiettivo di ottenere un maggior focus sulla formazione da erogare, è stato istituito il Servizio Gestione Corsi Nazionali con le seguenti principali funzioni:

- supporto alla rilevazione dei fabbisogni formativi a livello territoriale, regionale e nazionale
- Presidio alla programmazione e calendarizzazione dei corsi formativi di IV livello
- Gestione organizzativa dei corsi di formazione nazionale e supporto ai Volontari nella didattica.

1.3. SEDE E DATI IDENTIFICATIVI

RAGIONE SOCIALE	ASSOCIAZIONE CROCE ROSSA ITALIANA
SEDE LEGALE	Via Bernardino Ramazzini 31 - 00151 - Roma
SEDE UFFICI	Via Bernardino Ramazzini 31 - 00151 - Roma
Partita IVA / Codice Fiscale	13669721006
TELEFONO	065510
INDIRIZZO MAIL	info@cri.it
SITO INTERNET	https://cri.it/cosa-facciamo/formazione/

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

2.1. SCOPO

Il presente Manuale del Sistema di Gestione rappresenta il documento che descrive le modalità e indirizzi strategici secondo cui l'organizzazione dimostra la capacità di fornire con regolarità i propri prodotti e servizi che soddisfino i requisiti del cliente e i requisiti cogenti applicabili.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 7 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Scopo del Manuale del Sistema di Gestione è quello di dare evidenza ai membri dell'organizzazione e a terzi, delle capacità dell'organizzazione di:

- gestire efficacemente le attività di propria pertinenza recependo le esigenze e le aspettative delle parti interessate e dei clienti
- identificare i fattori che possono influenzare la capacità dell'Organizzazione di raggiungere i risultati desiderati
- garantire il rispetto delle normative cogenti applicabili
- migliorare continuamente i propri processi e quindi garantire la continuità della propria attività
- accrescere continuamente la soddisfazione del cliente attraverso l'efficace applicazione del sistema, perseguendo non solo l'obiettivo del miglioramento della prestazione tecnica, ma considerando tutti gli aspetti e le fasi del rapporto con il cliente.

Per "cliente" si intende l'insieme dei volontari/dipendenti che usufruiscono della Formazione di IV livello.

2.2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità è stato determinato tenendo in considerazione il contesto, le esigenze e aspettative delle parti interessate ed i servizi offerti dalla medesima. Si applica al seguente servizio: **Progettazione ed erogazione corsi di formazione IV° livello.**

La formazione erogata dalla Croce Rossa Italiana è suddivisa in 4 livelli:

- **corsi di I LIVELLO.** Costituiscono la formazione di base, necessaria per conoscere l'Associazione ed il Movimento e comprenderne le dinamiche; avvicinarsi alle attività con interesse e cognizione di causa e fornire le basi per favorire la partecipazione dei Volontari.
- **corsi di II LIVELLO.** Costituiscono la formazione che consente di svolgere con professionalità e competenza le attività che il Comitato CRI svolge sul territorio.
- **corsi di III LIVELLO.** Costituiscono la formazione che abilita ad effettuare attività di docenza interne o esterne all'Associazione, al coordinamento di risorse.
- **corsi di IV LIVELLO.** Costituiscono la formazione dei formatori dell'Associazione nonché l'alta specializzazione

Nel IV livello, in riferimento al nostro ambito di certificazione, rientrano i corsi formatori afferenti ai seguenti ambiti di intervento:

- a) Salute
- b) Salute e Sicurezza
- c) Sviluppo Organizzativo

2.3. PROCESSI ED ATTIVITÀ NON APPLICABILI

L'unico requisito della norma UNI EN ISO 9001 non applicato è riferito al requisito 7.1.5 "Risorse per il monitoraggio e la misurazione" poiché, in riferimento alla natura del servizio erogato, non è previsto l'impiego di specifici asset per il monitoraggio e la misurazione.

Il monitoraggio delle performance avviene attraverso semplici analisi (es. raccolta dati e sintesi statistiche su base excel). La validità dei risultati è garantita da prove e ripetizioni dei calcoli necessarie a garantire la bontà dei risultati.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 8 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

2.4. ATTIVITÀ AFFIDATE IN OUTSOURCING

L'organizzazione affida in alcuni casi le seguenti attività in outsourcing:

- Attività di docenza
- Gestione logistica

Per le attività di cui sopra l'Organizzazione adotta appropriate valutazioni (pre e post erogazione) al fine di garantire l'efficacia dei risultati. La selezione, valutazione e monitoraggio dei docenti e delle organizzazioni operanti nel settore della logistica (es. viaggi ed eventi) avviene nel rispetto dei criteri definiti nel par. 9.4 del presente Manuale del Sistema di Gestione e del "Processo Acquisizione di Lavori Beni e Servizi".

Anche le attività di audit interno sono affidate all'esterno, nel rispetto di quanto previsto nel paragrafo 10.2 del presente Manuale del Sistema di Gestione.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

3.1. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

I principali riferimenti Normativi sono:

- UNI EN ISO 9000. Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario
- UNI EN ISO 9001. Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti.
- UNI EN ISO 9004. Gestione per la qualità - Qualità di un'organizzazione - Linee guida per conseguire il successo durevole
- UNI EN ISO 19011. Sistemi di gestione per la qualità. Linee guida per audit di sistemi di gestione

Per le norme citate in alto valgono le ultime edizioni vigenti (desumibili dal sito www.uni.com).

3.2. PRINCIPALI RIFERIMENTI LEGISLATIVI

I principali riferimenti legislativi sono:

- D. Lgs. 81/2008 del 09.04.2008 e S.M.I. Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia.
- Regolamento (UE) n. 2016/679 - GDPR. Regolamento in materia di trattamento dati personali e di privacy.
- D. Lgs. n. 36/2023 e s.mi. Codice degli Appalti

Tali riferimenti sono riportati nell'elenco delle informazioni documentare.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 9 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

4. TERMINI E DEFINIZIONI

4.1. TERMINI E DEFINIZIONI

Abbreviazioni relative alla struttura dell'Associazione Croce Rossa Italiana e al personale:

- CRI Croce Rossa Italiana
- U.O. Unità operativa
- DIR Direzione
- RSG Responsabile del Sistema Gestione
- SG Segretario Generale
- Resp. U.O. Responsabile Unità
- Resp. Servizio Responsabile Servizio
- RGA Responsabile del Gruppo di Audit

Abbreviazioni del SGQ relative ai documenti:

- SGQ Sistema di Gestione per la Qualità
- MSQ Manuale Sistema Gestione Qualità
- POL Politica
- PRO Procedura/Processo Sistema Gestione Qualità
- LGO Linea Guida Operativa
- MAN Manuale
- MOD Modulo

Abbreviazioni relative al Sistema Qualità:

- AC Azione Correttiva
- NC Non Conformità
- OSS Osservazione
- AUD Audit.

Principali Termini e Definizioni secondo la norma UNI EN ISO 9000:

- CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE: Combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere influenza sull'approccio di una organizzazione.
- PARTE INTERESSATA/STAKEHOLDER: persona od organizzazione che può influenzare, essere influenzata o percepire sé stessa come influenzata da una decisione o attività.
- AMBIENTE DI LAVORO: insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro, tali condizioni possono comprendere fattori fisici, sociali, psicologici e ambientali.
- RISCHIO: effetto dell'incertezza, potenziali effetti negativi (minacce)
- OPPORTUNITÀ: potenziali effetti positivi (opportunità)
- INFORMAZIONI DOCUMENTATE: informazioni che devono essere tenute sotto controllo e mantenute da parte di un'organizzazione ed il mezzo che le contiene.
- AZIONE CORRETTIVA: azione per eliminare la causa di una non conformità e per prevenirne la ripetizione.
- AUDIT: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze oggettive e valutare con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono soddisfatti.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 10 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

5. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

5.1. COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO

L'Unità Operativa Formazione dei Volontari della CRI fornisce supporto ai Volontari, implementa le decisioni della Governance, relative alla formazione dei Volontari organizzando corsi di formazione, elaborando strumenti gestionali, mettendo a sistema le informazioni, elaborando materiali didattici, costituendo un punto di riferimento e di informazione sulla formazione dei Volontari.

L'obiettivo è lavorare insieme ai Volontari per favorire una formazione sempre più qualificata, uniformata nei processi e nelle procedure a livello nazionale.

CRI intende adottare, implementare e quindi certificare secondo la ISO 9001 il processo formativo in particolare la sezione Formazione di IV° livello, rivolta alla formazione dei formatori dell'Associazione nonché all'alta specializzazione. L'esigenza nasce dalla necessità di conformarsi agli adempimenti previsti dalla Riforma della Formazione i cui obiettivi prioritari sono quelli di censire, riorganizzare, semplificare, uniformare, migliorare ed ottimizzare i contenuti formativi, le modalità di formazione e la struttura organizzativa. L'Associazione formando i suoi Volontari intende:

- rispondere alle esigenze delle comunità locali
- aumentare la capacità di risposta in caso di emergenze
- diffondere i valori della cittadinanza attiva e della prevenzione.

La CRI ed in particolare la U.O. Formazione ha determinato quali problemi (dai fattori interni ed esterni) possano avere effetti sull'effettiva capacità di fornire servizi in ambito di **Formazione di IV livello** conformi ai requisiti del cliente e/o di leggi e regolamenti, ovvero sui risultati attesi dal Sistema di Gestione per la Qualità.

5.1.1. FATTORI INTERNI ED ESTERNI CHE INFLUENZANO L'ORGANIZZAZIONE

I fattori rilevanti per le finalità e gli indirizzi strategici, che influenzano la capacità dell'organizzazione a conseguire i risultati attesi per il proprio sistema di gestione per la qualità sono i seguenti:

- Fattori Interni
 - la Governance, la struttura organizzativa, i ruoli e le responsabilità
 - le politiche, gli obiettivi e le strategie che sono in atto per conseguirli
 - le capacità, intese in termini di risorse e conoscenza (per esempio, capitale, tempo, persone, processi, sistemi e tecnologie)
 - i sistemi informativi, il flusso di informazioni e i processi decisionali (sia formali, sia informali)
 - le relazioni con i portatori d'interesse interni, le loro percezioni e valori
 - la cultura dell'organizzazione
 - le norme, le Linee Guida e i modelli adottati dall'organizzazione
 - la forma e l'estensione delle relazioni contrattuali.
- Fattori Esterni
 - l'ambiente culturale, sociale, politico, cogente, finanziario, tecnologico, economico, naturale e competitivo, sia internazionale, nazionale, regionale o locale
 - le relazioni con i portatori di interesse esterni
 - elementi determinanti e le tendenze fondamentali che hanno un impatto sugli obiettivi dell'organizzazione

Per quanto riguarda il cambiamento climatico si è valutato che il fattore climatico non incide sulle attività di progettazione e incide in maniera non sostanziale sulle attività di erogazione.

In particolare gli aspetti potenzialmente impattati possono essere:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 11 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- la logistica e la fruibilità degli spazi fisici (caso formazione in presenza) dato che eventi climatici estremi (ondate di calore, alluvioni, incendi) possono causare interruzioni di lezioni in presenza, danneggiare infrastrutture (aule, laboratori) e i luoghi possono diventare più difficili da raggiungere, impattando la partecipazione
- La fruizione della formazione a distanza, dato che in caso di eventi climatici estremi le infrastrutture IT possono subire danneggiamenti con possibili perdite di dati. In tal senso, le politiche e le regole di backup implementate dall' Associazione assicurano la continuità operativa.

Non ci sono ad oggi, non conformità o andamenti di indicatori la cui analisi induca a considerare rilevanti gli aspetti sopra descritti. L'organizzazione è pronta a tenere sotto controllo tale aspetto nel futuro e per l'aspetto della logistica e fruibilità degli spazi fisici ad aprire un rischio nell'elenco apposito.

5.1.2. ANALISI DEL CONTESTO

L'Associazione per comprendere il contesto esterno ha condotto un'analisi Pestel con l'obiettivo di definire, con il contributo delle strutture coinvolte nei processi, i fattori esterni che possono influenzare l'organizzazione nell'ambito di riferimento.

I fattori sono classificati in base alle seguenti tipologie:

- P – Politica
- E – Economica
- S – Sociale
- T – Tecnologica
- E – Ambientale (Environmental)
- L – Legale

Per identificare punti di forza, debolezze, opportunità e minacce e per prendere decisioni più consapevoli su cosa migliorare, sfruttare o evitare nell'ambito di applicazione della ISO 9001 è stata definita un'analisi SWOT i cui fattori interni sono stati ricondotti allo standard Primo F, secondo i seguenti cluster:

- P – persone
- R – Risorse
- I – Innovazione
- M – Marketing
- O – Operation
- F – Finanza.

Punti di forza, punti di debolezza, minacce e opportunità saranno esaminati con la Direzione in sede di riesame.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 12 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

	ID	Fattori	Parti interessate
P <i>Politica</i>	Est.1	Variabilità della Politica Nazionale I cambiamenti governativi hanno impatto sui rapporti con l'Associazione e sulle attività che è chiamata a svolgere	Governo e Ministeri (Salute, Difesa, Esteri)
	Est.2	Variabilità delle esigenze formative Il Comitato Territoriale esprime il proprio fabbisogno formativo in termini di corsi e competenze necessarie in base alle mutevoli esigenze del territorio	Comitati Territoriali
E <i>Economici</i>	Est.3	Dipendenza economica dalla Politica Nazionale La politica economica governativa ha impatto sui finanziamenti concessi all'Associazione che sono definiti annualmente	Ministeri Difesa e Salute
	Est.4	Inflazione L'aumento dei costi ha un impatto sul budget necessario per la formazione	Strutture amministrative e finanziarie CRI Partecipanti ai percorsi formativi Fornitori esterni U.O. Formazione
	Est.5	Crescente incidenza delle ore spese dal volontariato Le ore spese dal volontariato (discenti, formatori, commissioni didattiche, ...) vengono spesso sottratte alle ore lavorative determinando un impatto economico sul volontario	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN
S <i>Sociale</i>	Est.6	Maggiore aspettativa relativa ai bisogni speciali Un approccio inclusivo richiede che l'organizzazione si prenda carico delle esigenze speciali dei discenti anche attraverso la didattica inclusiva	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN - Staff
	Est.7	Maggiore conflittualità negli assetti geo-politici La situazione attuale amplifica la percezione e narrazione dei fenomeni di violenza bellica e conflitti armati e il ruolo del diritto	- Popolazione - Discenti
	Est.8	Aumento dell'età anagrafica L'età anagrafica del volontariato ha un impatto sulle metodologie formative e sugli strumenti	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN
	Est.9	Maggiore difficoltà nell'equilibrio vita-lavoro Il volontariato concilia sempre più difficilmente l'impegno richiesto con la propria vita personale e lavorativa	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN
T <i>Tecnologia</i>	Est.12	Basso livello di alfabetizzazione tecnologica I sistemi digitalizzati richiedono delle competenze tecnologiche di base che non sempre sono disponibili anche a causa dell'aumento dell'età anagrafica	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN
	Est.13	Maggiore disponibilità di formazione on-line I trend attuali riportano un grande ricorso alle modalità di formazione on-line	- Discenti - U.O. Formazione
	Est.14	Aumento della digitalizzazione L'adozione di sistemi digitali deve essere basata sulla integrazione, interoperabilità e affidabilità	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN - U.O. ICT - Fornitori
E <i>Ambiente</i>	Est.15	Presenza di cambiamenti climatici Gli eventi climatici estremi possono impattare l'erogazione della formazione e la continuità del servizio	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN - Staff - Fornitori
	Est.16	Maggiore attenzione alla sostenibilità Promozione di competenze green attraverso l'introduzione di percorsi formativi in linea con gli obiettivi dell'Agenda 2030 e il Green Deal europeo	- Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN - Fornitori
L <i>Legge</i>	Est.17	Molteplicità di regolamenti e norme da applicare Nello svolgimento delle attività è richiesta la compliance a numerose norme tra cui GDPR e 81/08	- U.O. Formazione - Servizio Privacy - Servizio Sicurezza sul lavoro - Discenti - Docenti e Direttori di corso - Commissioni Didattiche - DTN - Staff - Fornitori

	POSITIVI		NEGATIVI		
ORIGINE INTERNA	ID Fattore	S - PUNTI DI FORZA	ID Fattore	W - PUNTI DI DEBOLEZZA	ORIGINE INTERNA
	R	Flessibilità nelle scelte di make or buy per alcuni servizi (es: aule, catering, ...)	P	Dipendenza di molti punti del processo da poche figure chiave	
	P	Elevata strutturazione dei processi (ISO 9001)	P	Difficoltà nella conciliazione tra vita personale e ore di volontariato	
	P	Forte identità e riconoscibilità CRI	R	Complessità burocratica di alcuni processi	
	R	Presenza di un catalogo nazionale standardizzato	F	Limitata prevedibilità finanziaria	
	I	Integrazione FAD/presenza			
	R	Integrazione del processo su GAIA			
	P	Presenza di una comunità formatori			
	POSITIVI		NEGATIVI		
ORIGINE ESTERNA	ID Fattore	O - OPPORTUNITÀ	ID Fattore	T - MINACCE	ORIGINE ESTERNA
	Est.2	Agenda 2030 e competenze green come caratteri distintivi	Est.8	Instabilità del numero di partecipanti	
	Est.14	Innovazione metodologica e digitale	Est.8	Aumento dell'età anagrafica	
	Est.6	Maggiore inclusività come valore distintivo	Est.9	Turn-over dei volontari che determina necessità di formazione	
			Est.8	Work life balance che determina una crisi del volontariato	
			Est.3	Possibile riduzione risorse economiche	
			Est.17	Rigidità normativa	

5.2. COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

L'organizzazione dopo aver analizzato il suo contesto di riferimento ha determinato le parti interessate e i loro requisiti rilevanti per il SGQ. Il risultato di tale analisi è riassunto nel documento esterno, allegato al presente Manuale, denominato **"Parti Interessate - Valutazione del Rischio"**.

Con tale documento si intende mettere in rilievo le esigenze e i requisiti delle Parti Interessate rilevanti che possono influenzare la capacità di conseguire il risultato atteso del proprio SGQ. Tale documento viene periodicamente riesaminato in merito alle informazioni che riguardano le parti interessate e i requisiti rilevanti.

Le parti interessate emerse sono state classificate in base al modello Salience, che prevede una valutazione dello stakeholder in base a tre caratteristiche:

- Potere: Capacità di influenzare il progetto, l'organizzazione o la decisione.
- Legittimità: Quanto è legittimo il coinvolgimento o l'interesse dello stakeholder.
- Urgenza: Quanto rapidamente le richieste dello stakeholder richiedono attenzione.

Dei 7 gruppi che derivano dalla combinazione dei tre attributi (Potere, Legittimità, Urgenza) sono stati considerati e analizzati gli stakeholder e le aspettative correlate del gruppo 7 (Potere + Legittimità + Urgenza) e del gruppo 6 (Potere + Urgenza). Sono state messe in campo, inoltre, delle azioni di monitoraggio delle aspettative.

5.3. DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il Sistema Qualità stabilito e attuato dall'organizzazione e documentato nel presente manuale è concepito e strutturato specificatamente per:

- mantenere e migliorare il proprio SGQ per fornire i servizi e le prestazioni indicati nel campo di applicazione al paragrafo 2.2 (ovvero: Progettazione ed erogazione corsi di formazione IV° livello)
- assicurare una qualità dei servizi adeguata alle esigenze del cliente-volontario

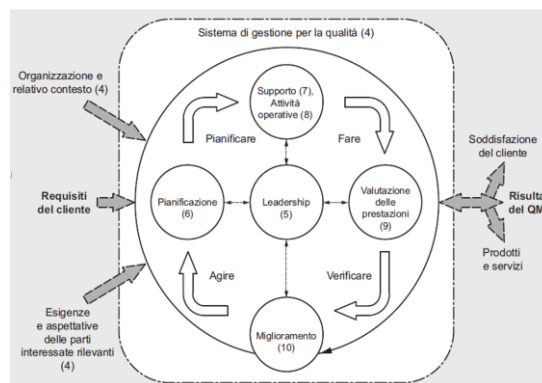
Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 14 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- conseguire e mantenere la coerenza con la normativa ISO 9001 in vigore
- supportare il miglioramento dei processi critici ai fini della qualità percepita dal cliente.

5.4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E RELATIVI PROCESSI

L'implementazione del Sistema Qualità nell'organizzazione è fatta attraverso:

- l'identificazione dei processi (Principali e di Supporto) necessari per il Sistema Qualità
- la determinazione delle sequenze ed interazioni tra processi
- l'individuazione di criteri e metodi necessari ad assicurare la gestione efficace dei processi ed i metodi di controllo
- l'assicurazione della disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie allo sviluppo delle attività e al monitoraggio dei processi
- la gestione dei rischi e delle opportunità
- la messa sotto controllo dei processi attraverso la misura, il monitoraggio e l'analisi dei risultati al fine di conseguire i risultati attesi e sviluppare un sistema di miglioramento continuo (nello spirito del metodo PDCA – Plan-Do-Check-Act – noto come “Ciclo di Deming”)



La CRI ha individuato i propri Processi ed Attività in Principali e di Supporto così come riportato in basso:

- Processi **Principali**: Progettazione ed Erogazione di Corsi di formazione di IV° livello
- Processi di **Supporto**: Comunicazione, Approvvigionamento (di beni e servizi), Formazione (interna) del Personale, Gestione Asset (di proprietà), Gestione del Sistema (pianificazione, attività operative, valutazione e miglioramento).

6. LEADERSHIP

6.1. LEADERSHIP E IMPEGNO

La Direzione dimostra la propria leadership e impegno verso il SGQ in tutta l'organizzazione:

- assumendosi la responsabilità dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità
- assicurando che siano stabiliti la politica e gli obiettivi per la qualità relativi al sistema di gestione per la qualità e che essi siano compatibili con il contesto e con gli indirizzi strategici dell'organizzazione
- assicurando l'integrazione dei requisiti del sistema di gestione per la qualità nei processi di business dell'organizzazione

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 15 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk-based thinking
- assicurando la disponibilità delle risorse necessarie al sistema di gestione per la qualità
- comunicando l'importanza di una gestione per la qualità efficace e della conformità ai requisiti del sistema di gestione per la qualità
- assicurando che il sistema di gestione per la qualità consegua i risultati attesi
- facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema di gestione per la qualità
- promuovendo il miglioramento
- fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità.

6.2. FOCALIZZAZIONE AL CLIENTE

L'alta direzione dimostra la leadership e l'impegno verso il cliente, assicurando che:

- siano determinati, compresi e soddisfatti con regolarità i requisiti del cliente e i requisiti cogenti applicabili
- siano determinati e affrontati i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione del cliente
- sia mantenuta la focalizzazione sull'aumento della soddisfazione del cliente

Nei confronti delle "Parti interessate", l'Organizzazione si pone l'obiettivo di:

- stringere eventuali collaborazioni con altre organizzazioni per l'offerta del Servizio, siano essi fornitori che clienti
- offrire un servizio in sintonia con la domanda e quindi aderente ai mutamenti della realtà
- facilitare le relazioni interpersonali
- contenere e razionalizzare i costi (efficienza).

La definizione dei requisiti espressi dal cliente/utente volontari, dei requisiti cogenti e di tutti gli altri requisiti del prodotto è specificata nel presente Manuale della Qualità alla sez. 8.2 e nelle procedure operative. Le modalità di monitoraggio della soddisfazione del cliente sono descritte nel presente manuale della qualità al paragrafo 9. L'analisi della soddisfazione del cliente/utente e le modalità di miglioramento di tale soddisfazione vengono discusse e documentate in occasione del Riesame della Direzione.

6.3. POLITICA

La Direzione considera la politica per la qualità come mezzo per condurre l'organizzazione verso il miglioramento delle sue prestazioni. Essa costituisce parte integrante della politica e della strategia generale dell'organizzazione (che ha come fine la redditività economica dell'azienda e quindi la sua durabilità nel corso del tempo) ed è appropriata e coerente con gli scopi dell'organizzazione oltre a comprendere un impegno verso tutti i requisiti applicabili.

La Politica per la Qualità dell'organizzazione è divulgata dalla Direzione e diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione oltre che resa disponibile alle parti interessate rilevanti. La Direzione è responsabile di aggiornare, quando necessario, l'intero contenuto o parte di esso in riferimento a mutate esigenze.

6.4. RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE

La Direzione assicura che le responsabilità e le autorità per i ruoli pertinenti siano assegnate, comunicate e comprese all'interno dell'organizzazione. La direzione definisce e assegna le responsabilità e autorità per:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 16 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

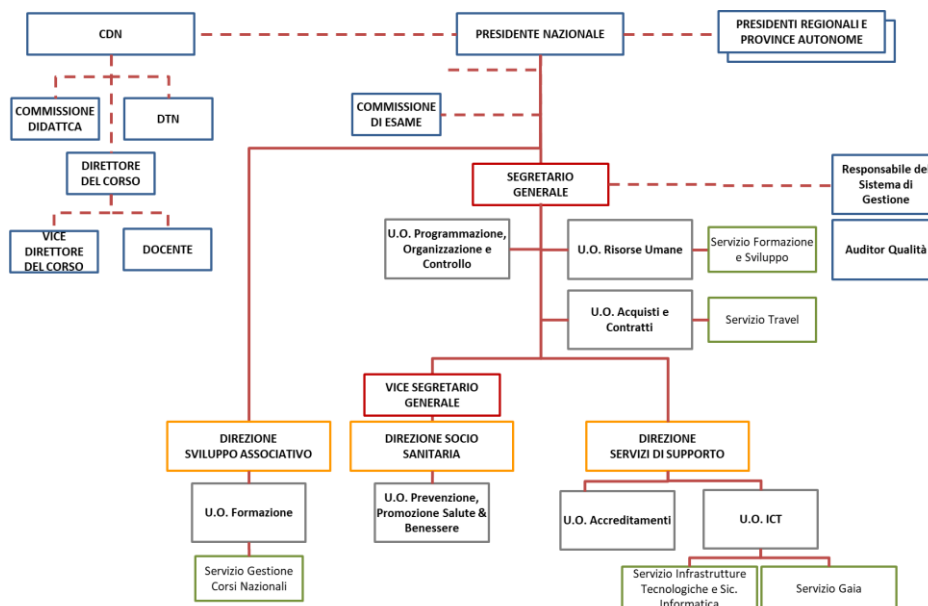
- assicurare che il sistema di gestione qualità sia conforme ai requisiti della presente norma internazionale
- assicurare che i processi stiano producendo gli output attesi
- riferire, in particolare all'Alta Direzione, sulle prestazioni del Sistema di Gestione per la Qualità e sulle opportunità di miglioramento
- assicurare la promozione della focalizzazione sul cliente/utente nell'ambito dell'intera organizzazione
- assicurare che l'integrità del sistema di gestione per la qualità sia mantenuta, quando vengono pianificate e attuate modifiche al sistema stesso.

6.4.1. ORGANIGRAMMA

I ruoli, le autorità e le responsabilità sono definiti, descritti e regolamentati in procedure ed informazioni documentate. Le responsabilità e le autorità all'interno dell'organizzazione sono documentate attraverso mansioni nelle quali vengono definite le responsabilità di chi deve disporre della libertà organizzativa e della autorità per:

- Implementare, mantenere e migliorare il SGQ
- Promuovere azioni per prevenire il verificarsi di non conformità
- Identificare la non conformità
- Proporre ed avviare soluzioni
- Verificare l'attuazione delle soluzioni
- Qualificare le risorse, attivare i processi e migliorarli.

Si riporta di seguito l'organigramma funzionale:



Rappresenta, infine, allegato esterno al presente Manuale, il documento "Organigramma Nominativo" inserito nel Mansionario.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 17 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

7. PIANIFICAZIONE

7.1. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ

L'organizzazione nel pianificare il Sistema di Gestione per la Qualità tiene in considerazione:

- il contesto con i relativi fattori interni ed esterni rilevanti per la propria strategia aziendale
- le esigenze e le aspettative delle parti interessate che sono:
 - Soci Volontari
 - Governance
 - CDN
 - Segretario Generale
 - Unità Operativa Formazione
 - Servizio Gestione Corsi Nazionali
 - Unità Operativa Prevenzione e Promozione Salute & Benessere
 - Personale Dipendente
 - Direttori dei Corsi
 - Docenti/formatori CRI
 - Docenti/formatori Esterni
 - Commissioni didattiche
 - Comitati Regionali e delle Province Autonome
 - Comitati territoriali
 - Discenti – volontari/dipendenti
 - Fornitori
 - Collaboratori-partner

Tutto ciò al fine di sviluppare le competenze necessarie per avere una adeguata capacità formativa su tutto il territorio italiano nelle aree tematiche dell'ambito di applicazione.

Ciò per poter determinare i rischi e le opportunità che sono necessari affrontare al fine di:

- fornire assicurazione che il sistema di gestione per la qualità possa conseguire i risultati attesi
- accrescere gli effetti desiderati
- prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati
- conseguire il miglioramento.

7.1.1. CRITERI DI VALUTAZIONE DEL RISCHI

La fase di individuazione dei rischi e delle opportunità secondo quanto indicato dalla norma ISO 9001 nella sua versione vigente che, oltre al risk-base thinking promuove l'approccio per processi, è effettuata prendendo in considerazione i fattori interni ed esterni, le Parti Interessate, i processi operativi e di supporto individuati dall'organizzazione. Per ogni processo l'individuazione dei rischi/opportunità avviene attraverso:

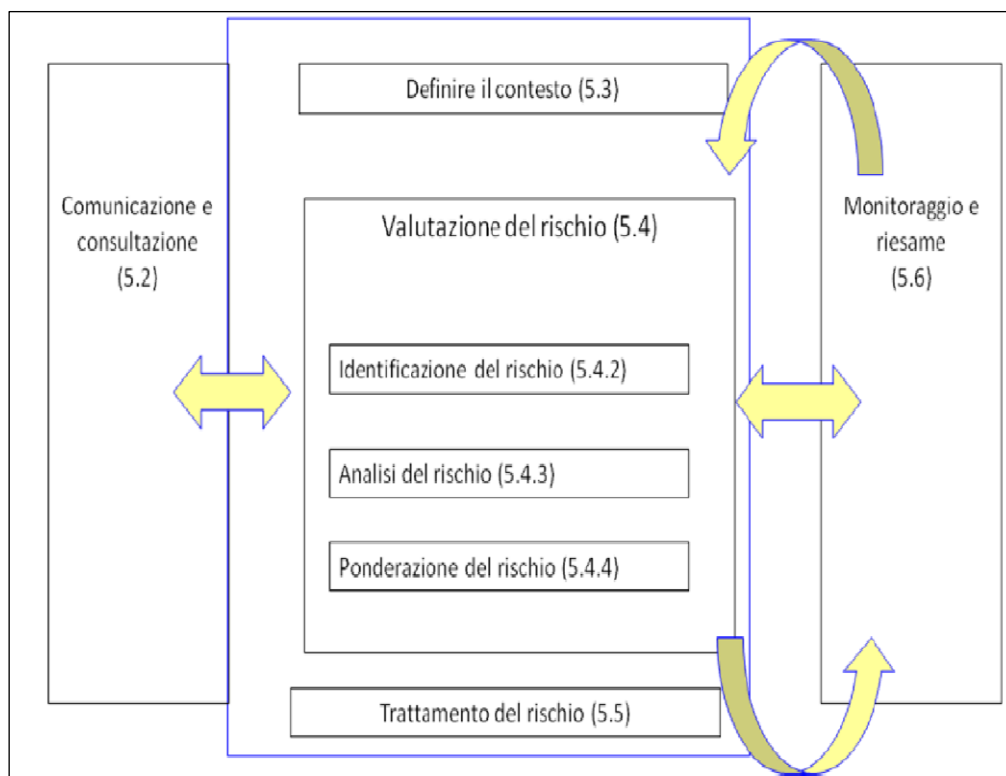
- le interviste con il personale coinvolto
- l'analisi delle procedure, prassi e consuetudini
- l'analisi dei dati relativi alle prestazioni dei processi
- la verifica delle competenze delle risorse umane che dirigono, controllano e eseguono attività nel processo
- l'analisi di infrastrutture (ambienti di lavoro, uffici ...), attrezzature, tecnologie utilizzate, HW e SW
- il controllo delle informazioni documentate a supporto del processo
- analisi dei fattori interni-esterni, esigenze delle Parti Interessate coinvolte.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 18 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

A seguito dell'individuazione di rischi e opportunità, per l'analisi e la valutazione del rischio (ovvero la decisione se il rischio o l'opportunità è accettabile o meno) si utilizzano criteri di tipo quantitativo necessari per la quantificazione del rischio e dell'opportunità e si individuano dei target per rendere oggettiva la definizione di accettabilità.

L'organizzazione ha adottato la metodologia utilizzata nella gestione del rischio proposto dalla norma UNI ISO 31000. In particolare, nella propria gestione del rischio e per ogni rischio individuato, l'organizzazione considera i seguenti elementi:

- **Definizione del contesto**, sia interno che esterno in cui si svolge l'attività dell'organizzazione compreso l'influenza delle "Parti interessate"
- **Valutazione del Rischio**, quindi l'identificazione dei rischi associati a ciascun processo, la relativa analisi e ponderazione
- **Trattamento** del rischio
- Trasversalmente si evidenziano le attività di **comunicazione e consultazione**, **monitoraggio e riesame**. Di seguito si evidenzia in forma schematica il modello adottato dall'organizzazione.



La determinazione della gravità del rischio (R) presuppone di definire un modello dell'esposizione dell'organizzazione ad un dato rischio, che consenta di porre in relazione l'entità del danno atteso (D) cioè la gravità del danno potenziale associato all'evento (rischio) con la probabilità del suo verificarsi (P), e questo per ogni condizione operativa all'interno di certe ipotesi al contorno.

Per misurare il Rischio (R), viene utilizzata la seguente formula: $R = P \times G$ dove:

- P = probabilità di accadimento dell'evento
- G = gravità del danno potenziale associato all'evento

Il metodo utilizzato per definire P e G è quello della scala matriciale come di seguito indicato:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 19 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Scala Probabilità del verificarsi dell'evento (P)		
VALORE	LIVELLO	CRITERI
4	ALTAMENTE PROBABILE	Si sono verificati casi in un numero significativo
3	PROBABILE	È noto solamente qualche episodio
2	POCO PROBABILE	Sono noti solo rari episodi
1	IMPROBABILE	Non sono noti episodi già verificatisi
Scala della Gravità del danno-evento (G)		
VALORE	LIVELLO	CRITERI
4	GRAVISSIMO	Problematiche che possono comportare gravi rischi per la salute e la sicurezza del personale dipendente, volontari e discenti, oppure totale difformità verso norme e leggi e/o requisiti cogenti, non conformità derivanti dalla erogazione del servizio che generano grave insoddisfazione del cliente e/o altri stakeholders interni ed esterni e/o interruzione del servizio
3	GRAVE	La conseguenza può generare problematiche in termini di mancato rispetto dei tempi di erogazione del servizio, mancato rispetto di requisiti contrattuali e/o altri impegni sottoscritti, Reclami, etc.
2	MEDIO	Possono originarsi problematiche interne quali ripetizioni di attività, lavoro straordinario per recuperare ritardi nell' erogazione del servizio e nella commercializzazione. In ogni caso vi è la ragionevole certezza che non influenzi la soddisfazione del cliente
1	LIEVE	Non comporta problemi di conformità del servizio e neppure ritardi di consegna. Non causa problematiche economiche per l'organizzazione.

Dalla valutazione di significatività dei rischi legati alle attività della organizzazione deriva il carattere di priorità con cui intervenire nella relativa gestione del rischio. Di seguito si riporta una "Stima del Rischio" attraverso uno schema dei valori di significatività possibili e se ne associa una soglia di importanza.

Matrice di Valutazione				
	Conseguenze-Gravità ▼			
Probabilità accadimento ▼	Lieve (1)	Medio (2)	Grave (3)	Gravissimo (4)
Improbabile (1)	Basso (1)	Basso (2)	Moderato (3)	Moderato (4)
Poco probabile (2)	Basso (2)	Moderato (4)	Moderato (6)	Elevato (8)
Probabile (3)	Moderato (3)	Moderato (6)	Elevato (9)	Elevato (12)
Altamente probabile (4)	Moderato (4)	Elevato (8)	Elevato (12)	Elevato (16)

Tabella di Significatività con relative Azioni da adottare		
PIANO DI MIGLIORAMENTO		
Valori del IR	Gravità impatto	Azioni
Compreso tra 8 e 16	Impatto elevato, quindi Critico	Azioni Correttive Immediate
Compreso tra 3 e 6	Impatto Moderato	Interventi migliorativi (es. procedure, istruzioni ad hoc laddove mancanti, monitoraggi specifici, ecc.)
Compreso tra 1 e 2	Impatto Basso	Trascurabile quindi periodicamente viene effettuata la valutazione per confermare o modificare l'IR

Quando un rischio è classificato “basso” per due volte di seguito, può essere archiviato in un apposito registro storico per eventuali futuri analisi e consultazioni.

7.1.2. CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE OPPORTUNITÀ

Le opportunità vengono individuate, come per i rischi, attraverso una analisi attenta e minuziosa dei singoli processi. Le opportunità che possono dare i maggiori benefici vengono riepilogate nella “Tabella gestione delle Opportunità”, abbinate al relativo indice.

L'Indice di Opportunità (IO) si calcola come segue: $IO = E \times P$ dove:

- E = Effetto, cioè il beneficio determinati dal verificarsi dell'opportunità
- P = Frequenza attesa di accadimento dell'evento (probabilità)

Tabella Effetti: benefici determinati dal verificarsi dell'opportunità		
Classificazione degli Effetti	Descrizione	Valore
MOLTO POSITIVI	L'impatto degli effetti ha un'influenza massima sulla conformità dei beni forniti e/o dei servizi erogati e sulla soddisfazione del cliente	4
POSITIVI	L'impatto degli effetti ha un'influenza alta sulla conformità dei beni forniti e/o dei servizi erogati e sulla soddisfazione del cliente	3
POCO POSITIVI	L'impatto degli effetti ha un'influenza bassa sulla conformità dei beni forniti e/o dei servizi erogati e sulla soddisfazione del cliente	2
NESSUN EFFETTO	L'impatto degli effetti non ha alcuna influenza sulla conformità dei beni forniti e/o dei servizi erogati e sulla soddisfazione del cliente	1

Tabella Probabilità: probabilità che l'opportunità si manifesti		
Classificazione degli Effetti	Descrizione	Valore
PROBABILE/CERTO	Evento già verificatosi in modo sistematico all'interno dell'organizzazione	4
ALTAMENTE PROBABILE	Evento già verificato almeno una volta all'interno dell'organizzazione	3
MEDIAMENTE PROBABILE	Evento che non si è ancora verificato ma ritenuto possibile all'interno dell'organizzazione	2
SCARSAMENTE PROBABILE	Evento con possibilità di accadimento molto bassa o nulla	1

Dalle tabelle rappresentate sopra, dove vengono indicati gli indici relativi alla probabilità ed all'effetto, si ricava il posizionamento dell'opportunità all'interno della matrice di opportunità sottostante.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 21 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Effetto ▼	Probabilità ▼			
	SCARSAMENTE PROBABILE (1)	MEDIAMENTE PROBABILE (2)	ALTAMENTE PROBABILE (3)	PROBABILE/CERTO (4)
NESSUN EFFETTO (1)	1	2	3	4
POCO POSITIVI (2)	2	4	6	8
POSITIVI (3)	3	6	9	12
MOLTO POSITIVI (4)	4	8	12	16

Opportunità BASSA: si riferisce ad un'opportunità con caratteristiche di effetti e probabilità limitate che quindi può essere ritenuta accettabile. Su tale opportunità non si va ad incidere con misure di azione e miglioramento (zona rossa della tabella).

Opportunità MODERATA: si riferisce ad un'opportunità in cui il livello di impatto o probabilità è consistente e necessita di azioni mirate di intervento. Su tale opportunità si interviene sempre salvo che lo stato dell'arte e della tecnica sia già adottato e non sia possibile un'ulteriore azione (zona gialla della tabella).

Opportunità ALTA: si riferisce ad una opportunità con effetti e/o probabilità estremamente elevate. Tale opportunità è da perseguire strutturando risorse e in modo tempestivo e prevede necessariamente delle misure di azione (zona verde nella tabella).

7.2. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

L'organizzazione, in sede di Riesame di Direzione, stabilisce gli obiettivi per la Qualità necessari per il miglioramento delle performance del proprio SGQ.

Tali obiettivi:

- sono coerenti con la propria Politica
- sono (ove possibile) misurabili ovvero sono definiti: le azioni da realizzare, le risorse da dedicare, le responsabilità delle azioni, le tempistiche di realizzazioni, il metodo per la valutazione del risultato
- considerano i requisiti applicabili
- sono pertinenti alla conformità dei servizi e all'aumento della soddisfazione del cliente/utente
- sono monitorati, comunicati ai livelli e funzioni pertinenti e aggiornati per quanto appropriato.

7.3. PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE

L'organizzazione valuta e determina, periodicamente, se è necessario apportare modifiche al proprio SGQ; qualora dovessero emergere necessità di effettuare modifiche esse sono condotte in modo pianificato e in considerazione:

- delle potenziali conseguenze delle modifiche apportate
- dell'integrità del SGQ
- della disponibilità delle risorse
- dell'allocazione o riallocazione delle responsabilità e autorità.

8. SUPPORTO

8.1. RISORSE

8.1.1. GENERALITÀ

L'organizzazione ha determinato e messo a disposizione le risorse (umane e tecniche) necessarie per attuare e mantenere il Sistema di Gestione per la Qualità migliorandone continuamente l'efficacia e per accrescere la soddisfazione del cliente/utente. Considera le risorse esistenti all'interno e i vincoli che gravano su di esse, oltre che cosa ottenere dai fornitori esterni.

Sono considerate risorse:

- il personale e le relative competenze
- i mezzi finanziari necessari al funzionamento della struttura e dei processi
- le attrezzature tecniche/asset
- le informazioni, incluso quelle provenienti dalle parti interessate
- le infrastrutture
- l'ambiente di lavoro.

8.1.2. PERSONE

L'organizzazione ha determinato e rende disponibili le persone necessarie per l'efficace attuazione del proprio SGQ e per il funzionamento e controllo dei propri processi.

Tutto il personale dell'Organizzazione, avendo influenza diretta ed indiretta sulla conformità ai requisiti dei servizi, è idoneo e competente sulla base di: istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriate. La Direzione, in tale senso, pone particolare importanza alla gestione delle risorse umane in quanto operante in un settore di attività in cui è richiesta elevata professionalità; è quindi indispensabile il continuo aggiornamento tecnico e la sensibilizzazione sulla Qualità da parte di tutto il personale coinvolto.

8.1.3. INFRASTRUTTURA

Per lo svolgimento della propria attività, l'organizzazione ha definito, predisposto e mantenuto efficienti le infrastrutture necessarie per garantire la conformità dei servizi erogati.

Le infrastrutture comprendono:

- l'edificio, lo spazio di lavoro e i servizi connessi quali uffici e sale di formazione
- le attrezzature e le apparecchiature varie, sia hardware che software
- tecnologie dell'informazione e comunicazione (es. G.A.I.A. e Training CRI).

Tali infrastrutture vengono conservate in stato di continua capacità di servizio ed efficienza attraverso la manutenzione pianificata ed interventi specialistici. La manutenzione viene curata, in relazione alla specificità dell'asset, o da personale interno (funzione IT) e/o da fornitori esterni adeguatamente selezionati (in base alle necessarie caratteristiche previste) e monitorate in merito all'adeguatezza degli interventi. Le infrastrutture regolamentate dalla legislazione italiana in materia di sicurezza ed igiene del lavoro, vengono gestite secondo le disposizioni vigenti al fine assicurarne la conformità.

Vengono inoltre considerati continui investimenti di adeguamento tecnologico delle infrastrutture, in particolare nel settore ICT.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 23 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

8.1.4. AMBIENTE PER IL FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI

Le condizioni dell'ambiente di lavoro necessarie per garantire la conformità e l'efficacia del servizio erogato, nonché la sicurezza del personale interno ed esterno all'organizzazione, vengono preventivamente individuate e tenute opportunamente sotto controllo.

Per la pianificazione delle attività l'organizzazione utilizza alle strutture presenti presso la sede operativa di CRI; in tal caso l'organizzazione ha il pieno controllo dell'ambiente di lavoro e può, ove necessario, adottare tutte le migliorie e/o modifiche necessarie per assicurare l'efficacia dei servizi.

Per ciò che concerne, invece, l'erogazione dei servizi di formazione di IV° livello, l'organizzazione può ricorrere o ad aule presenti presso la sede operativa oppure usufruire di strutture esterne organizzate previa valutazione, comunque, preliminare valutazione dei requisiti (capienza, location, servizi accessori, etc.).

8.1.5. RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE

Requisito Non Applicabile. Vedasi nota alla sezione 1.3 del presente documento.

8.1.6. CONOSCENZA ORGANIZZATIVA

CRI ha determinato le conoscenze necessarie per conseguire la conformità dei prodotti e dei servizi. Evidenza di tali conoscenze è riportata nel documento "Mansionario - Requisiti Minimi" e relativi Curricula Vitae. Le conoscenze sono conservate, e rese disponibili nella misura in cui sono utili. In previsioni di sviluppi, ed in considerazione delle tendenze dei parametri del contesto, l'Organizzazione considera le conoscenze esistenti e determina, se del caso, il modo di acquisire ulteriori conoscenze necessarie.

Per acquisire conoscenze supplementari si agisce:

- sulle risorse interne attraverso:
 - l'analisi degli errori
 - la conservazione delle esperienze
 - scambi di informazioni comunicazione tra coloro che operano all'interno dell'organizzazione, in modo da permettere la diffusione di:
 - conoscenze relative ai servizi erogati
 - conoscenze del rapporto instaurato dall'organizzazione nei confronti dei propri partner e fornitori.
- sulle risorse esterne attraverso:
 - reperimento di standard, norme, codici, linee guida, etc.
 - la collaborazione di partner specializzati e qualificati
 - la partecipazione a conferenze, convegni, seminari, ecc.
 - l'attivazione di università e Centri di Ricerca
 - l'istituzione di una rete di condivisione di dati con clienti e fornitori
 - l'attivazione di consulenze.

L'intervento di gestione delle conoscenze consente di generare un impatto sulle performance dell'organizzazione, anche in termini di:

- riduzione dei tempi di gestione delle problematiche
- aumento del livello di soddisfazione del cliente
- miglioramento della qualità della vita professionale delle persone
- accelerazione dei tempi di diffusione e aggiornamento delle conoscenze
- aumento delle capacità formative che possono contribuire alla crescita e diffusione delle competenze.

L'organizzazione monitora costantemente i livelli di conoscenza e ne mantiene registrazione:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 24 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- per le Risorse Interne:
 - know-how – tutte le registrazioni relative all'erogazione di servizi che ne determinino l'evoluzione nel tempo
 - risorse umane – registrazione delle competenze del personale.
- per le Risorse Esterne:
 - Normative, regolamenti, buone prassi e scambio di competenze con clienti e fornitori.

8.2. COMPETENZA

La Direzione ha determinato, in funzione delle mansioni da assegnare a ciascun ruolo, le competenze e i profili professionali per grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza, necessari per ricoprire i vari ruoli presenti in CRI. Tali profili, soggetti a continuo riesame, costituiscono un riferimento per la selezione di nuovo personale e per l'addestramento di quello esistente.

Per tutto il personale che svolge attività che influenza la qualità del servizio erogato la Direzione ha definito le competenze minime necessarie assicurando così che tale personale sia competente sulla base di appropriata formazione ed esperienza e che sia in possesso dei requisiti definiti e delle competenze associate a ciascun ruolo (Rif. Allegato: Mansionario - Requisiti Minimi Competenze).

Ove applicabile, fornisce addestramento o intraprende altre azioni per aggiornare le competenze o acquisirne di ulteriori. Il RSG in collaborazione con le altre funzioni responsabili e sulla base dei bisogni formativi individuati, contribuisce periodicamente al programma di formazione interno definendo la tipologia ed il contenuto dei singoli corsi per il proprio ambito di competenza.

Per il personale interno, in caso di corsi di formazione e/o aggiornamenti tenuti in sede, al loro termine RSG attesta la avvenuta frequenza del singolo partecipante conservando le pertinenti evidenze (es. Rapporti di formazione o Attestati). Nel caso di corsi effettuati - invece - presso enti esterni si provvede alla archiviazione di copia dell'attestato di partecipazione/certificato.

Tali registrazioni consentono di avere informazioni aggiornate inerenti:

- grado di istruzione
- addestramento ricevuto
- abilità ed esperienza maturata.

L'efficacia della formazione viene sistematicamente effettuata per singolo evento formativo (ad eccezione dei seminari). Tale valutazione viene condotta con differenti approcci (anche a seconda della natura dell'attività formativa). Normalmente tale verifica può essere effettuata attraverso uno dei seguenti metodi:

- redazione di un apposito verbale di formazione interno
- test/colloquio/intervista a fine corso
- sul campo, valutando se la risorsa ha effettivamente recepito i contenuti del corso attraverso una prova pratica, quando applicabile
- in sede di audit interno.

Sulla base dei riscontri ottenuti la Direzione, in collaborazione con il RSG, decide se integrare la formazione o intraprendere delle azioni correttive/preventive per migliorare e/o risolvere un eventuale carenza. Sono conservate informazioni documentate come evidenza delle competenze e dell'addestramento delle risorse CRI.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 25 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

8.3. CONSAPEVOLEZZA

Le persone che operano all'interno dell'organizzazione (sia personale interno che quello esterno direttamente coinvolto nei processi interni) vengono edotti in merito a:

- contenuti della Politica per la Qualità
- obiettivi generali per la qualità e gli obiettivi per la qualità che li riguardano
- l'effetto della loro attività sull'efficacia del Sistema Qualità
- le implicazioni delle Non Conformità ai requisiti del Sistema Qualità.

Allo scopo di assicurare che tutto il personale dell'Organizzazione sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità, l'organizzazione adotta diversi metodi, che possono comprendere:

- comunicazione dirette
- riunioni
- audit sul SGQ
- formazione specifica
- condivisione di obiettivi/risultati
- condivisione di NC riscontrate
- condivisione dei contenuti della Politica per la Qualità.

8.4. COMUNICAZIONE

L'organizzazione ha determinato quali comunicazioni, interne ed esterne (comprese le parti interessate), siano rilevanti ai fini della gestione del Sistema Qualità. È chiarito: Cosa è necessario comunicare, Quando comunicare, Con chi avere comunicazione e Come comunicare.

8.4.1. COMUNICAZIONI INTERNE

L'organizzazione assicura le comunicazioni interne fra i differenti livelli/funzioni e la gestione delle comunicazioni con le parti interessate esterne (quando richiesto).

La comunicazione interna è importante sia per tenere informato il personale sulle problematiche relative alla qualità del prodotto realizzato, che per stimolare i dipendenti e collaboratori a formulare suggerimenti che potrebbero migliorare la prestazione dei processi.

L'Organizzazione utilizza diversi strumenti di comunicazione all'interno della propria struttura:

- Intranet (manuale dei processi)
- riunioni verbalizzate
- comunicazioni tramite email istituzionali del segretariato e della presidenza
- metodi di comunicazione diretta

Gli strumenti maggiormente utilizzati per comunicazioni interne sono le email.

8.4.2. COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO E PARTI INTERESSATE

CRI ritiene la comunicazione con il cliente e le parti interessate elemento fondamentale per migliorare la qualità del proprio servizio. Il Cliente è infatti il primo giudice sulla qualità del servizio dell'Organizzazione con lui è possibile valutare i punti su cui si deve intervenire o meno per migliorare la qualità dei servizi erogati.

CRI fornisce tutte le informazioni necessarie agli utenti (potenziali ed effettive) grazie al gestionale G.A.I.A., alla piattaforma Training CRI e alle email formazione@cri.it e corsi.nazionali@cri.it

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 26 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Oltre a tale strumento CRI interagisce con i clienti/utenti durante le attività formative fornendo tutte le informazioni necessarie e sottoponendo il proprio operato ad un giudizio puntuale sulla qualità del servizio (formazione erogata) mediante questionari di fine corso.

Il feedback ottenuto viene attentamente analizzato e sottoposto al PN / CDN per le necessarie valutazioni che possono determinare iniziative di miglioramento. Tali aspetti vengono disquisiti in occasione del periodico Riesame di Direzione.

8.5. INFORMAZIONI DOCUMENTATE

8.5.1. GENERALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità dell'organizzazione comprende:

- a) le informazioni documentate richieste dalla presente norma internazionale
- b) le informazioni documentate che l'organizzazione determina necessarie per l'efficacia del sistema di gestione per la Qualità come il presente Manuale e tutti i documenti necessari per garantire la corretta pianificazione, il funzionamento ed il controllo dei processi.

8.5.2. CREAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Le informazioni documentate sono identificate attraverso:

- il titolo
- un codice di riferimento (solo per alcuni documenti)
- un indice di **versione** del template
- un indice di **revisione** e relativa data di ultimo aggiornamento del documento.

La codifica (progressivo numerico ed acronimo) dei documenti è gestita centralmente dalla U.O. Programmazione, Organizzazione e Controllo.

L'attribuzione di responsabilità relative alla redazione del documento, alla sua verifica e all'ultimo livello approvativo è riportata nell'Elenco delle Informazioni documentate.

Quando si redigono nuovi documenti o si apportano modifiche sostanziali, è consigliabile coinvolgere adeguatamente le strutture deputate alla verifica, così da acquisire tempestivamente tutte le informazioni necessarie per una corretta stesura.

La definizione dell'ultimo livello approvativo segue i criteri sotto riportati:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 27 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Tipologia Documento	Specifica documento	Acronimo Documento	Ambito	Acronimo Ambito	Identificativo	Approvazione Ultimo Livello
Strategico	Regolamento	NA	Generale	GEN	NA	PN/CDN
	Politica	NA	Generale	GEN	NA	PN/CDN
	Manuale Qualità	NA	Generale	GEN	NA	PN/CDN
Documento Procedurale primo livello	Processo con Diagramma	PRO	Nome Ambito (es: formazione, acquisti)	ES: FOR Es: ACQ	PRO-00X-Ambito Processo <Nome Processo> PRO-00X-ACQ Processo <Nome Processo>	SG
Documento Procedurale secondo livello	Linea Guida Operativa	LGO	Nome Ambito (es: formazione, acquisti)	ES: FOR Es: ACQ	LGO-00X-Ambito Linea Guida <Nome linea Guida>	SG
	Manuale	MAN	Nome Ambito (es: formazione, acquisti)	ES: FOR Es: ACQ	MAN-00X-Ambito Manuale <Nome Manuale>	- Ambito di applicazione ristretto: Struttura responsabile dell'ambito - Ambito di applicazione generale: SG
Documento Procedurale terzo livello	Modulo	MOD	Nome Ambito (es: formazione, acquisti)	ES: FOR Es: ACQ	MOD-0X-Ambito <Nome Modulo>	Il template del modulo è legato ad un processo, ad una linea guida o ad un manuale.

La pubblicazione dei documenti è gestita centralmente dalla U.O. Programmazione, Organizzazione e Controllo.

I processi e le linee guida operative vengono formalizzati mediante i template standard previsti per la tipologia specifica.

Nei moduli e nei manuali viene riportato come requisiti minimi: l'emblema ufficiale Croce Rossa, il codice numerico ad esso assegnato (ove previsto) e la revisione del contenuto.

Ciascun asset può avere un periodo di sperimentazione prima di essere standardizzato. L'eventuale sperimentazione è pianificata opportunamente nel backlog e l'asset sperimentale è inserito nell'elenco delle informazioni documentate.

8.5.3. RIESAME E APPROVAZIONE

Le bozze della documentazione del sistema qualità (procedure, istruzioni e modulistica) vengono redatte dai responsabili incaricati (vedere il campo redattore nell'Elenco delle Informazioni documentate).

Il RSG ne valuta i contenuti, insieme o per conto della Direzione prestando attenzione che tale documento sia in linea con le politiche aziendali e con i requisiti richiesti dalla presente norma. Qualora vi fossero dubbi e/o perplessità RSG e/ le altre funzioni coinvolte discutono con il redattore eventuali modifiche od integrazioni. Risolte le eventuali incertezze, la stessa bozza viene sottoposta all'approvazione.

Una volta validata l'informazione documentata viene resa pubblica e messa a disposizione e distribuita alle funzioni e/o utenti interessati.

Gli aggiornamenti delle informazioni documentate possono derivare da vari fattori tra cui le revisioni di normativa di riferimento oppure nuove esigenze organizzative o modifiche organizzative a vari livelli.

8.5.4. CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Al fine di garantire un efficace controllo delle informazioni documentate l'Elenco delle Informazioni documentate riepiloga tutte le informazioni documentate del SGQ con relativo stato di revisione e le regole di distribuzione. Tale elenco viene tenuto costantemente aggiornato.

Tutte le informazioni documentate di origine esterna che l'organizzazione ritiene necessarie per la pianificazione e per il funzionamento del SGQ sono identificate con relativo stato di revisione e/o data di pubblicazione e tenute sotto controllo attraverso lo stesso Elenco che periodicamente viene verificato ed aggiornato a cura di RSG.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 28 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

9. ATTIVITÀ OPERATIVE

9.1. PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

L'organizzazione gestisce i propri processi di erogazione dei servizi in condizioni controllate. La corretta ed efficiente erogazione di tali processi passa attraverso:

- la definizione dei metodi e delle pratiche necessarie ad ottenere attività coerenti in riferimento alle prescrizioni/requisiti richiesti (es. normative cogenti)
- la definizione dei controlli di processo e l'individuazione dei criteri di miglioramento necessari ad ottenere la conformità dell'attività/servizio
- la verifica dell'effettiva attuabilità dei processi definiti
- la misura continua delle prestazioni dei processi, la loro analisi e individuazione continua dei miglioramenti possibili
- la garanzia di disponibilità delle informazioni necessarie all'attuazione dei processi ed al loro controllo
- la conservazione dei risultati delle misure connesse con il controllo dei processi, per fornire evidenza di un'efficace attuazione e controllo dei processi stessi
- un'appropriata gestione e uso delle proprie infrastrutture e analisi preliminare di quelle messe a disposizione da terzi.

L'organizzazione tiene sotto controllo le modifiche pianificate e riesamina le conseguenze dei cambiamenti involontari, intraprendendo azioni per mitigare ogni effetto negativo, per quanto necessario.

Il controllo delle attività operative avviene attraverso criteri e disposizioni definiti nei seguenti documenti:

- Processi
- Linee Guide Operative
- Schemi o immagini
- Video

9.2. REQUISITI PER I SERVIZI

9.2.1. COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

L'organizzazione ha stabilito modalità efficaci di comunicazione con i propri clienti/utenti (Volontari e Dipendenti CRI) relative a:

- informazioni sui servizi erogati (formazione)
- modalità di partecipazione agli eventi
- risposte ad eventuali quesiti o richieste di chiarimenti da parte del cliente/utente
- informazioni di ritorno da parte del cliente/utente, con particolare attenzione ai reclami
- la gestione o la tenuta sotto controllo della proprietà del cliente
- la definizione di specifici requisiti per le azioni di emergenza, quando pertinente.

9.2.2. DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

Le modalità adottate dalla organizzazione per la corretta gestione dei rapporti con il cliente/utente, al fine di assicurare il completo accoglimento delle esigenze, trova applicazione nelle seguenti fasi:

- Presentazione del servizio (es. Catalogo e Scheda Corso presenti sul portale G.A.I.A.)
- Gestione delle Iscrizioni

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 29 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- Gestione delle modifiche al servizio

Le evidenze riguardanti tali aspetti sono conservate a cura delle U.O. interessate per una durata ben definita.

9.2.3. RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

Prima che l'organizzazione si impegni a erogare il servizio, vengono adeguatamente riesaminati tutti i requisiti. Il riesame ha lo scopo di:

- verificare che i requisiti del servizio per accedere al servizio riportati sull'offerta formativa siano ben definiti e comprensibili
- verificare che l'organizzazione abbia le capacità e le risorse per soddisfare tali requisiti (formatori ed asset necessari).

Eventuali modifiche dei requisiti del servizio (formazione) vengono preventivamente e perentoriamente comunicate al cliente/utente che può decidere se partecipare o meno all'evento.

9.2.4. MODIFICA AI REQUISITI RELATIVI AI PRODOTTI E SERVIZI

L'organizzazione gestisce le eventuali modifiche dei requisiti relativi ai servizi erogati. Le eventuali modifiche all'offerta formativa originale vengono chiaramente identificate e conservate (informaticamente).

9.3. PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Il presente paragrafo descrive le modalità operative adottate da CRI per la corretta gestione della progettazione della formazione erogata dalla Croce Rossa Italiana per i propri Volontari e Dipendenti e afferenti alla sezione Formazione di IV° livello, per gli ambiti di intervento previsti nel paragrafo 2.2.

Il processo in oggetto ha inizio con l'esigenza di un nuovo corso o di una modifica ad uno dei corsi presenti nel catalogo corsi esistente e termina con l'aggiornamento del catalogo corsi.

Il processo descritto è definito in accordo al Codice del Volontariato il cui Titolo X è dedicato alla Formazione.

L'informazione documentata di riferimento dove l'Organizzazione dettaglia le modalità operative per la gestione del processo è denominata "Processo di progettazione della formazione" (corsi di IV° Livello). La procedura è costituita da una parte descrittiva e da un flow-chart esemplificativo con i dettagli delle responsabilità e le previste registrazioni.

Per i dettagli relativi al processo e per la definizione di ruoli e responsabilità si rimanda alla documentazione di processo citata.

9.3.1. PIANIFICAZIONE, CONTROLLO E MODIFICA DELLA PROGETTAZIONE

Nel caso di necessità di un nuovo corso da introdurre, sulla base della nuova esigenza formativa e di tutti gli input raccolti, vengono pianificate le successive attività di progettazione.

Gli elementi in ingresso vengono raccolti ed analizzati e conservati al fine di documentare quali requisiti sono stati presi in esame per l'avvio della progettazione e sviluppo del nuovo corso.

Successivamente è sviluppata la scheda corso, conservata nel rispetto delle prescrizioni definite dal Sistema di Gestione (Elenco informazioni documentate) che dovrà essere verificata e approvata con l'iter previsto fino alla emissione della Delibera.

A seguito della delibera del PN / CDN, viene avviato un periodo di sperimentazione del corso. Ogni sessione di sperimentazione del Corso si conclude con un Report "Corso Sperimentale".

La U.O. tecnica di riferimento prepara un'istruttoria per la valutazione complessiva della sperimentazione da sottoporre al PN / CDN.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 30 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Effettuata la valutazione in caso di parere negativo il processo termina. Se il parere è positivo, viene sviluppata la Linea Guida Operativa del Materiale Formativo oppure il materiale didattico standard stesso.

Successivamente il PN / CDN approva il nuovo corso di formazione e viene emessa la relativa delibera a valle della quale la U.O. Formazione aggiorna il catalogo dei corsi che viene reso disponibile sul sistema Gaia e, nel caso di formazione a distanza asincrona, rende disponibile il materiale sulla piattaforma Training CRI.

9.3.2. PROGETTAZIONE PER MODIFICHE CATALOGO CORSI

Nel caso di esigenze di modifica di corsi a catalogo, dopo un'analisi dell'esigenza, sono pianificate le successive attività di progettazione e gli elementi in ingresso vengono raccolti ed analizzati e conservati al fine di documentare quali requisiti sono stati presi in esame per l'avvio della progettazione e sviluppo della modifica.

Successivamente sono sviluppate le modifiche alla scheda corso e, ove necessario, alla linea guida del materiale formativo. Scheda Corso e linea guida modificate sono conservate nel rispetto delle prescrizioni definite dal Sistema di Gestione (Elenco informazioni documentate). La scheda corso dovrà essere verificata e approvata con l'iter previsto fino alla emissione della Delibera.

Emessa la delibera, la U.O. Formazione aggiorna il catalogo corsi che viene reso disponibile sul sistema Gaia. La validazione della modifica sarà generalmente effettuata nella prima edizione del corso successiva alla modifica approvata. Nel caso in cui la complessità della modifica richieda un periodo di sperimentazione, potrà essere effettuato un periodo di sperimentazione prima dell'approvazione.

9.4. CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO

9.4.1. GENERALITÀ

L'organizzazione assicura che i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno siano conformi ai requisiti previsti.

L'organizzazione determina i controlli da attuare sui processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno, quando:

- a) prodotti e servizi di fornitori esterni sono destinati ad essere impiegato nei servizi dell'organizzazione
- b) prodotti e servizi sono forniti direttamente al cliente da fornitori esterni, per conto dell'organizzazione
- c) un processo, o una sua parte, viene fornito da un fornitore esterno, quale esito di una decisione dell'organizzazione.

L'Organizzazione si rivolge al mercato dei fornitori applicando i requisiti previsti dal D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici). I criteri di selezione ed analisi dei requisiti, pertanto, sono mutuati dalle prescrizioni previste dal costruito normativo (D. Lgs. 50/2015).

La disciplina prevede la valutazione e selezione dei fornitori in base alla loro capacità di fornire prodotti e servizi conformi ai requisiti richiesti. Una volta completato l'iter di qualifica i fornitori vengono inseriti in un Elenco Fornitori qualificati.

9.4.2. TIPO ED ESTENSIONE DEL CONTROLLO

Nel determinare il tipo e l'estensione dei controlli alle forniture, l'organizzazione considera:

- L'impatto potenziale dei processi, i prodotti ed i servizi approvvigionati dall'esterno sulla capacità dell'organizzazione a erogare i servizi (formazione) in maniera efficace e nel rispetto delle norme esterne cogenti
- l'effettivo controllo applicati dai fornitori stessi.

L'organizzazione stabilisce ed applica i controlli e le altre attività che risultano necessarie per assicurare che i processi ed i servizi approvvigionati all'esterno non abbiano effetti negativi sulla capacità dell'organizzazione di erogare in maniera conforme i propri servizi.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 31 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

I processi e le funzioni che l'organizzazione ha affidato all'esterno rimangono nell'ambito di applicazione del Sistema Qualità.

Il monitoraggio prestazioni dei fornitori viene sintetizzato in occasione del periodico Riesame di Direzione in funzione delle performance rispetto alle specifiche del servizio (definite, ad esempio, all'interno di Bandi, Capitolati Tecnici, etc.). Vengono considerati con particolare riguardo i casi Non Conformi comminati ai fornitori nel corso dell'anno e l'impatto, in termini economici e prestazione, che hanno cagionato.

9.4.3. INFORMAZIONE AI FORNITORI ESTERNI

L'Organizzazione assicura l'adeguatezza dei requisiti necessari prima della loro comunicazione al fornitore esterno. L'Organizzazione dispone di una procedura in grado di gestire il processo di approvvigionamento (di prodotti e servizi) ed in particolare relativamente a:

- Criteri di selezione/individuazione dei fornitori
- Procedure di acquisto (di beni e servizi)
- Individuazione di tutti gli elementi utilizzati per il controllo della conformità ai requisiti richiesti.
- Criteri di verifica dei prodotti e/o servizi approvvigionati.

L'informazione documentata di riferimento dove l'Organizzazione dettaglia le modalità operative per la gestione del processo è la seguente: "Processo di acquisizione lavori beni e servizi". La procedura è costituita da una parte descrittiva e da un flow-chart esemplificativo con i dettagli delle responsabilità e le previste registrazioni.

9.5. PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

L'Organizzazione, in riferimento all'erogazione di eventi formativi, definisce in maniera standardizzata le varie fasi del processo; ciò al fine di assicurare un efficace ed efficiente servizio ai propri clienti/utenti nel rispetto di quanto definito nelle Schede Corso (dove vengono dettagliati i requisiti specifici riguardanti i vari corsi erogati).

Il processo di produzione ed erogazione è definito in accordo al Codice del Volontariato il cui Titolo X è dedicato alla Formazione.

L'informazione documentata di riferimento dove l'Organizzazione dettaglia le modalità operative per la gestione del processo è denominata "Processo di erogazione della formazione" (corsi di IV° Livello). La procedura è costituita da una parte descrittiva e da un flow-chart esemplificativo con i dettagli delle responsabilità e le previste registrazioni.

Per i dettagli relativi al processo e per la definizione di ruoli e responsabilità si rimanda alla documentazione di processo citata.

9.5.1. EROGAZIONE DEI SERVIZI (CORSI DI FORMAZIONE DI IV° LIVELLO)

Il processo si applica al singolo corso sia nel caso in cui esso venga svolto in concomitanza con altri corsi in un campo di formazione sia nel caso in cui esso venga svolto singolarmente.

L'avvio di un corso avviene solo dopo il suo inserimento nel piano annuale di formazione approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale.

9.5.2. PREPARAZIONE DELLA FORMAZIONE

Il Servizio Gestione Corsi Nazionali sulla base del piano annuale di formazione dà avvio al processo di preparazione del campo di formazione o del singolo corso, avvia la predisposizione della logistica con il coinvolgimento del Servizio Travel.

Parallelamente alla predisposizione della logistica il nominativo del direttore del corso è sottoposto ad approvazione, congiuntamente al Bando di iscrizione e alla lettera di comunicazione al territorio da parte del Presidente Nazionale.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 32 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

Nominato il Direttore del Corso, il Servizio Gestione Corsi Nazionali predispone il Corso o il Campo su sul sistema G.A.I.A. e il Direttore del Corso, sulla base della scheda corso, fornisce al Servizio Gestione Corsi Nazionali il programma dettagliato del corso, sceglie il personale volontario Docente e nomina il Vice Direttore ove questa figura sia prevista. Le nomine devono essere richieste mediante istruttoria al PN.

9.5.3. EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE

Pubblicato il bando e avviato il corso, ciascun Comitato Regionale o delle Province Autonome raccoglie le candidature dei Volontari e fornisce una prima lista dei possibili candidati. La lista, verificata dal Servizio Gestione Corsi Nazionali è sottoposta al Direttore del Corso che, con il supporto della Commissione Didattica, la definisce.

A valle delle prove preselettive, ove previste, il Direttore del Corso predispone l'elenco definitivo dei partecipanti in base al quale si dà avvio alla organizzazione logistica della loro partecipazione all'evento.

Durante l'erogazione del corso il Servizio Gestione Corsi Nazionali svolge un'attività continua di monitoraggio della didattica e dell'organizzazione dell'evento costituendo il punto di riferimento per i discenti e per i docenti. Vi è un coordinamento continuativo tra la Commissione Didattica, il Direttore del Corso, l'Unità Operativa tecnica di riferimento e il Servizio Gestione Corsi Nazionale.

Qualora il Direttore del Corso, per motivi funzionali alla buona riuscita del corso stesso, ritenga necessario modificare il materiale didattico standard, ove previsto, o apportare variazioni che non recepiscono le indicazioni previste nella Linea Guida del Materiale Formativo può proporre le modifiche alla Commissione Didattica.

A valle della erogazione del corso la Commissione di esame, dopo aver preparato le eventuali prove, valuta i candidati che hanno effettuato la prova finale secondo quanto previsto nella scheda corso.

Terminata la valutazione, il Direttore del Corso prepara il verbale (nel caso in cui sia previsto l'esame), la relazione, i registri presenza e le valutazioni; compila il questionario di gradimento e invita alla compilazione il Vice Direttore ai docenti e discenti.

L'erogazione del corso si conclude con un debriefing post evento che ha l'obiettivo di mettere in evidenza i punti di forza e di debolezza della sessione del corso.

9.5.4. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

Gli aspetti attinenti all'identificazione e alla rintracciabilità, in funzione al contesto dell'Organizzazione, riguardano fondamentalmente la documentazione prodotta dall'organizzazione o ricevuta da terzi (es. da fornitori, partner, etc.). I criteri adottati dall'organizzazione prevedono semplicemente l'assegnazione di un titolo e/o denominazione e la conservazione o livello digitale (nel caso di file informatici) o in apposite cartelle (nel caso di documentazione cartacea). La rintracciabilità è garantita tramite la semplice interrogazione nei database dei repository (se si parla di file) oppure la ricerca negli archivi cartacei appositamente definiti (nel caso di documentazione "fisica").

9.5.5. PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI E FORNITORI.

L'Organizzazione garantisce la corretta gestione di eventuali documenti di proprietà del cliente o dei fornitori consegnate alla organizzazione (c.d. proprietà intellettuali). In particolare è garantito il diritto di privacy del cliente per tutti i dati personali in possesso dell'organizzazione. L'utilizzo di tali dati viene eseguito conformemente alle prestazioni contrattuali stabili e alle prescrizioni del REG UE 2016/679 (Regolamento GDPR). In alcun modo i dati personali del cliente sono divulgati a terzi.

9.5.6. PRESERVAZIONE

Gli aspetti attinenti alla preservazione, in funzione al contesto dell'Organizzazione, riguardano fondamentalmente la documentazione prodotta dall'organizzazione o ricevuta da terzi (es. da fornitori, partner, etc.). Tutta la

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 33 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

“documentazione di output del servizio” è sottoposta a verifica e controllo da parte del Responsabile del Servizio Gestione Corsi Nazionali.

Terminato il controllo il Responsabile del Servizio Gestione Corsi Nazionali competente provvede a:

- Archiviare copia della documentazione nel repository o nella directory del corso
- Disporre l'invio di copia della documentazione al cliente/utente (attestato) conservando, comunque, una copia informatica del file nel gestionale G.A.I.A..

9.5.7. ATTIVITÀ POST-EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L'Organizzazione, in riferimento al servizio erogato (corsi di formazione di IV° livello), garantisce - a conclusione delle attività - tutto il supporto ai clienti/utenti in merito ai seguenti aspetti: informazioni integrative su natura del corso erogato, delucidazioni su taluni aspetti affrontati nel corso, eventuali upgrade previsti, etc. Tali aspetti possono essere esperiti o tramite contatto telefonico oppure attraverso risposte via e-mail agli interessati.

9.5.8. CONTROLLO DELLE MODIFICHE

Le modifiche non pianificate dei servizi sono riesaminate e tenute sotto controllo, al fine di assicurare la conformità ai requisiti specificati. Sono conservate le informazioni documentate relative ai risultati dei riesami delle modifiche, alle persone autorizzate ad approvare le modifiche, alle azioni intraprese.

9.6. RILASCIO DEI SERVIZI

L'organizzazione attua, in fasi appropriate, quanto pianificato, per verificare che i requisiti dei servizi erogati (formazione) siano stati soddisfatti. Evidenza della conformità ai requisiti viene conservata presso gli archivi (cartacei o informatici) dell'organizzazione e riporta informazioni relative al soggetto che ha autorizzato il rilascio del prodotto/servizio per la consegna al cliente.

I criteri per considerare positivo il prodotto realizzato sono:

- Piena soddisfazione del cliente (desumibile dalla campagna di analisi di fine corso)
- Rispetto dei requisiti definiti nella Scheda Corso
- Rispetto dei tempi di erogazione rispetto al programma definito.
- Mancanza di reclami e/o di non conformità significative da parte dei clienti/utenti.

9.7. CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI

L'Organizzazione monitora con metodo i propri servizi al fine di prevenire Non Conformità; in caso, tuttavia, di rilevazione di casi “non conformi” avvia le necessarie azioni per far fronte al disservizio. L'Organizzazione ha definito, di seguito, le modalità di controllo e le relative responsabilità ed autorità per il trattamento delle non conformità.

Le non conformità trattate possono essere rilevate:

- durante l'erogazione dei servizi
- su anomalie o difetti riscontrati su prodotti acquistati o servizi resi da partner/fornitori.

L'identificazione e la notifica di una non conformità è a carico di ciascuna persona dell'organizzazione che rileva l'anomalia e la segnala sui documenti di registrazione (l'out-put Non Conforme - da prodotto e da servizi - viene gestito attraverso il modulo Rapporto di NC/AC).

A seguito dell'emergere di non conformità su materiali/servizi, l'organizzazione procede al trattamento della non conformità nel seguente modo:

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 34 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

- adottando le azioni atte ad eliminare le non conformità rilevate
- autorizzando comunque l'utilizzo del prodotto/servizio con concessione da parte del cliente (se ciò non pregiudica la conformità del servizio)
- adottando tutte le azioni necessarie ad evitare l'utilizzo del materiale/servizio non conforme (il materiale non conforme è identificato con apposito cartellino e segregato).

I prodotti/servizi sottoposti a trattamento vengono riverificati per dimostrare la loro conformità ai requisiti. Le non conformità possono essere individuate anche sui materiali acquistati o sui servizi affidati a terzi (outsourcing). I materiali risultati non conformi vengono adeguatamente identificati e segregati in attesa di una decisione per la loro destinazione. La non conformità viene segnalata al responsabile di funzione che avverte il fornitore e concorda le modalità per il recupero dei materiali non conformi.

L'organizzazione conserva informazioni documentate relative alle Non conformità rilevate, alla gestione delle azioni adottate.

Puntualmente vengono sottoposte ad analisi l'efficacia delle azioni intraprese al fine di assicurare la corretta chiusura del loop.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 35 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

10. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

10.1. MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

10.1.1. GENERALITÀ

L'Organizzazione ha attivato una serie di controlli da effettuare nel corso e al termine dell'erogazione dei servizi, per tenere sotto controllo i processi, verificare la qualità del servizio erogato e monitorare la soddisfazione degli utenti.

L'effettuazione di monitoraggi, misure ed analisi, si esplica principalmente nelle seguenti attività:

- raccolta dei dati ed elaborazione delle statistiche necessarie per il monitoraggio dei processi
- esecuzione degli audit interni
- analisi e gestione della soddisfazione del cliente/utente e dei reclami pervenuti attraverso la email formazione@cri.it e corsi.nazionali@cri.it
- analisi delle non conformità e delle azioni correttive
- svolgimento di tutti i controlli eseguiti sui servizi
- documentazione degli stessi ed analisi dei dati.

Tutti i dati raccolti vengono elaborati dal Responsabile del Sistema di Gestione e analizzati in sede di Riesame da parte della Direzione. L'analisi dei dati raccolti e l'individuazione delle opportunità di miglioramento consentono di definire i parametri-obiettivo per il futuro, necessari al conseguimento del miglioramento continuo del Sistema Qualità, e di prendere tutte le decisioni per modificare e migliorare il sistema stesso.

Le decisioni relative ai cambiamenti vengono documentate in sede di Riesame di Direzione, così come la determinazione di risorse, responsabilità e tempistiche relative a tali decisioni.

10.1.2. SODDISFAZIONE DEL CLIENTE/UTENTE

L'organizzazione esegue un monitoraggio della percezione del cliente sul grado di soddisfazione dei servizi erogati. Il livello di soddisfazione dei clienti è un indicatore rappresentativo dello scostamento tra qualità percepita e attesa.

Per monitorare la soddisfazione del cliente l'organizzazione utilizza diversi parametri di riferimento:

- Analisi dei reclami sui servizi di formazione erogato
- Analisi e valorizzazione delle eventuali comunicazioni volontarie di gradimento inviate dai clienti.
- Informazioni acquisite dalla Direzione nel corso di incontri con i clienti/utenti.
- Esiti dei questionari di gradimento dei corsi.

In sede di Riesame da parte della Direzione verranno analizzati i dati monitorati.

10.1.3. ANALISI E VALUTAZIONE

I dati derivanti dal monitoraggio e dalle misure sono analizzati e valutati nel corso del Riesame di Direzione.

I risultati dell'analisi e delle valutazioni vengono utilizzati per:

- dimostrare la conformità del servizio ai requisiti richiesti/previsti
- prendere consapevolezza della soddisfazione del cliente, ed incrementarla
- dimostrare l'efficacia del Sistema di Gestione Qualità istituito
- dimostrare che quanto pianificato è stato effettivamente ed efficacemente erogato
- prendere consapevolezza delle prestazioni dei Processi
- prendere consapevolezza delle prestazioni dei Fornitori (ove impiegati/utilizzati)
- individuare necessità di miglioramenti.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 36 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

10.2. AUDIT INTERNO

L'organizzazione effettua periodicamente ed in modo pianificato gli audit interni con l'obiettivo di verificare se il Sistema Qualità è:

- conforme a quanto pianificato
- conforme alle prescrizioni definite nella norma di riferimento (UNI EN ISO 9001)
- conforme a tutti i requisiti definiti dall'organizzazione stessa
- attuato in modo corretto ed aggiornato nel corso del tempo.

L'organizzazione può incaricare una persona o una società esterna di svolgere gli audit interni, purché siano garantite:

- la competenza dell'auditor
- l'imparzialità e l'obiettività dell'audit
- il mantenimento della responsabilità da parte dell'organizzazione.

10.2.1. PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT

Annualmente l'organizzazione definisce il "Programma degli audit interni" ed individua le persone responsabili dell'esecuzione delle verifiche stesse. Almeno una volta l'anno tutti i processi vengono sottoposti ad audit. Per alcuni processi (particolarmente importanti o maggiormente critici) possono essere programmate più sessioni di audit. Il "Programma degli audit interni" viene approvato dalla Direzione. La comunicazione, relativamente all'esecuzione audit, ai soggetti interessati avviene attraverso la trasmissione del "Piano di audit Interno".

I responsabili della conduzione degli audit interni sono adeguatamente qualificati ed è garantita la loro indipendenza circa le aree sottoposte a verifica (i valutatori non possono cioè effettuare audit sul proprio processo). Gli audit interni possono essere eseguiti, previo mandato da parte della Direzione, da personale esterno (es. consulenti esterni); anche per questi, viene richiesta una adeguata preparazione per la conduzione degli audit (abilitazioni, iscrizione ad albi specifici, etc.), come definito nel file "Mansionario e requisiti minimi del personale".

10.2.2. ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DELL'AUDIT

Gli audit sono rivolti ai vari responsabili di processo/area/ funzione, ma possono essere estesi anche i singoli operatori/tecnici. Durante le verifiche le informazioni possono essere raccolte sotto forma di interviste, esame di documenti e osservazioni dirette sulle attività svolte e raccolte nel "Diario di Audit". A seguito dell'esecuzione degli audit possono emergere delle osservazioni o delle non conformità che sono riepilogate nel "Rapporto di Audit", copia di tale rapporto viene consegnato al/ai soggetto/i valutati.

Sia nel caso di osservazioni che in quello di non conformità, il responsabile del processo/area/funzione esaminato è tenuto ad adottare, previa analisi, un "trattamento" (al fine di eliminare gli effetti della non conformità o osservazione) e ad adottare, se ritenuto opportuno, una azione correttiva, al fine di rimuovere definitivamente le/a cause/a che hanno determinato l'osservazione/non conformità, utilizzando il supporto documentale "Rapporto NC-AC".

I responsabili delle aree sottoposte a verifica sono responsabili dell'adeguata adozione di azioni risoltrici. Viene inoltre verificata sistematicamente l'efficacia delle azioni adottate.

I risultati degli audit vengono valutati in sede di Riesame del Sistema Qualità da parte della Direzione.

L'organizzazione conserva appropriate informazioni documentate quale evidenza dell'attuazione del programma di audit e dei risultati di audit.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 37 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

10.3. RIESAME DELLA DIREZIONE

La Direzione, almeno una volta l'anno, riesamina il sistema di gestione per la qualità dell'organizzazione, per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento agli indirizzi strategici dell'organizzazione.

10.3.1. INPUT AL RIESAME DELLA DIREZIONE

Il Riesame di Direzione viene pianificato e condotto prendendo in considerazione:

- a) lo stato delle azioni derivanti da precedenti Riesami di Direzione
- b) i cambiamenti nei fattori Esterni e Interni che sono rilevanti per il Sistema di Gestione per la Qualità
- c) le informazioni su prestazioni ed efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, compresi gli andamenti relativi:
 - a) alla soddisfazione del cliente e alle Informazioni di ritorno dalle parti Interessate rilevanti
 - b) alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti
 - c) alle prestazioni di processo e alla conformità dei servizi
 - d) alle non conformità e alle azioni correttive
 - e) ai risultati del monitoraggio e della misurazione
 - f) ai risultati di audit
 - g) alle prestazioni dei fornitori esterni
- d) l'adeguatezza delle risorse
- e) l'efficacia delle azioni Intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- f) le opportunità di miglioramento.

10.3.2. OUTPUT DEL RIESAME DELLA DIREZIONE

Gli output del Riesame della Direzione comprendono decisioni e azioni relative a:

- a. opportunità di miglioramento;
- b. ogni esigenza di modifica al sistema di gestione per la qualità;
- c. necessità di nuove/ulteriori risorse.

L'organizzazione conserva Informazioni documentate quale evidenza dei risultati del Riesame di Direzione.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 38 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

11. MIGLIORAMENTO

11.1. GENERALITÀ

L'organizzazione ha determinato e selezionato opportunità di miglioramento e attua ogni azione necessaria per soddisfare i requisiti del cliente/utenti e accrescerne la soddisfazione.

Queste comprendono:

- il miglioramento dei servizi, per soddisfare i requisiti, così come per affrontare le esigenze e le aspettative future
- la correzione, la prevenzione o la riduzione degli effetti indesiderati
- il miglioramento delle prestazioni e dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

11.2. NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

Le Non Conformità possono derivare da uno o più dei seguenti motivi:

- Non soddisfacimento (totale o parziale) di un requisito della norma adottata (rilevata, ad esempio, in occasione degli audit interni)
- Non soddisfacimento (totale o parziale) di una prestazione da parte di un fornitore (riferito ad un prodotto e/o servizio) critico per l'Organizzazione
- Mancato raggiungimento di un obiettivo
- Basso livello/disservizio rispetto agli standard definiti con il cliente/utente
- Reclami da parte dei clienti/utenti del servizio.

L'Organizzazione avvia, quando si rileva una non conformità (comprese quelle che emergono dai reclami), le seguenti azioni:

- a) risponde alla non conformità e, per quanto applicabile:
 - o intraprende azioni per tenerla sotto controllo e correggerla
 - o affronta le conseguenze.
- b) valuta l'esigenza di azioni per eliminare le cause della non conformità, in modo che non si ripeta o non si verifichi altrove:
 - o riesaminando e analizzando la non conformità
 - o determinando le cause della non conformità
 - o determinando se esistono o potrebbero verificarsi non conformità simili.
- c) attua ogni azione necessaria
- d) riesamina l'efficacia di ogni azione correttiva intrapresa
- e) aggiorna, se necessario, i rischi e le opportunità determinati nel corso della pianificazione
- f) effettua, se necessario, modifiche al sistema di gestione per la qualità.

Le azioni correttive intraprese saranno adeguate agli effetti delle non conformità riscontrate.

L'organizzazione conserva informazioni documentate quale evidenza:

- a) della natura delle non conformità e di ogni successiva azione intrapresa
- b) dei risultati di ogni azione correttiva.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 39 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

La gestione delle Non conformità, azioni correttive e reclami avviene attraverso l'utilizzo del modulo "Rapporto di NC/AC". Le fasi della gestione dei casi sono tracciate nel modulo (autoportante) che ne definisce tempi, vincoli, azioni, responsabilità e valutazione dell'efficacia.

Per i dettagli sulla gestione delle non conformità vedere la linea guida operativa specifica.

11.3. MIGLIORAMENTO CONTINUO

Tutti i processi descritti dal sistema qualità vengono gestiti in ottica di miglioramento continuo. La Direzione ha individuato nella gestione dei seguenti strumenti le opportunità di miglioramento effettivo del sistema qualità:

- riesame di direzione
- analisi dei risultati degli audit
- analisi dei rischi ed opportunità per l'organizzazione
- misurazioni dei processi/servizi e della soddisfazione dei clienti
- rispetto della politica della qualità e degli obiettivi della qualità determinati
- miglioramento continuo dei rapporti con il territorio, anche al fine del rispetto continuo e sempre più preciso degli indici regionali di "relazione con il territorio".

La direzione definisce le azioni di miglioramento registrandole nel verbale del riesame decidendo eventualmente le azioni preventive, i nuovi obiettivi e i piani di miglioramento.

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 40 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		

12. ALLEGATI

Costituiscono parte integrante del presente documento i seguenti documenti:

- Politica per la Qualità.
- Mansionario e requisiti minimi del personale.
- Parti Interessate e Valutazione Rischio ed Opportunità.
- Flow Chart dei seguenti Processi:
 - Processo di progettazione della formazione (corsi di IV° Livello)
 - Processo di preparazione ed erogazione della formazione (corsi di IV° Livello)
 - Processo acquisizione lavori beni e servizi.
- Linea Guida Operativa per la Gestione delle Non Conformità

Codice:-	Manuale del Sistema Gestione Qualità – Formazione IV Livello	Pag. 41 di 41
Revisione: 08		
Data: 08/07/2026		