

PROCEDURE

**ALLEGATE AL MANUALE DELLA QUALITA'
A.S. 2015/16**

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA PO 01 Gestione e organizzazione della documentazione del SGQ Riferimento cap.6	

**GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA
GESTIONE QUALITA'**

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA'**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONIE**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO.

Lo scopo di questa procedura è descrivere le modalità utilizzate dall'istituto "G.GALILEI" per tenere sotto controllo i documenti e i dati che hanno relazione con il SGQ, al fine di assicurare che i documenti siano sempre disponibili in edizioni aggiornate e che siano sistematicamente eliminate le copie superate.

Il Sistema di controllo della documentazione deve consentire di:

- identificare la documentazione presente, il relativo stato di aggiornamento e le responsabilità di elaborazione, verifica ed approvazione;
- identificare le persone o le funzioni cui ogni documento va o è stato distribuito;
 - definire gli elementi caratteristici di un documento e le attività necessarie per la sua emissione;
- definire i criteri di gestione delle modifiche;
- assicurare che vengano utilizzate solo edizioni aggiornate dei documenti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE.

La procedura si applica alla gestione dei documenti che hanno attinenza al Sistema Gestione Qualità. Si distinguono in documenti prescrittivi del Sistema Qualità e documenti di Registrazione della Qualità.

Per documenti prescrittivi si intendono quei documenti che descrivono il Sistema Gestione Qualità e definiscono, in conformità alle norme ISO 9000, le modalità operative con cui sono svolte le diverse attività.

Comprendono tutti quei documenti che sono utilizzati per implementare e mantenere il Sistema Gestione Qualità:

- La documentazione descrittiva del Sistema Qualità (Manuale Sistema Qualità, Procedure Operative, Istruzioni Operative)
- Le leggi, norme e standard di origine esterna utilizzati come riferimento per lo svolgimento di tutte le attività dell'IS.

I documenti di Registrazione della Qualità sono quelli che attestano il raggiungimento della Qualità richiesta e l'effettiva applicazione del Sistema Qualità, fornendone evidenza oggettiva. Questi documenti attestano esecuzione delle seguenti attività:

- riesami del Sistema Qualità
- autovalutazione ed eterovalutazione dei processi e degli esiti
- gestione delle risorse
- pianificazione e gestione dei processi
- monitoraggio dei processi
- ricognizione e monitoraggio delle risorse di origine interna ed esterna, sia materiali che umane
- trattamento non conformità e azioni correttive e preventive
- audit interni

3. RESPONSABILITÀ.

Le responsabilità nella gestione dei documenti sono definite alla sezione 1 del Manuale della qualità.

4. DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ.

Ogni documento prescrittivo del sistema qualità viene identificato attraverso l'indicazione, sulla pagina iniziale di :
data , stato di revisione, codifica indicante la natura del documento, firma di chi lo ha redatto e di chi lo ha verificato ed approvato.

Elementi identificativi di un documento

1. *Codice numerico o alfanumerico* che identifichi univocamente il documento.
2. *Titolo del documento.*
3. *Data ultima di revisione e indice di revisione.*
4. *Numero sequenziale e totale delle pagine.*

Vengono, inoltre, osservate le seguenti prescrizioni:

- per documenti elaborati al computer deve esistere almeno una copia cartacea;
- è necessario predisporre un elenco di distribuzione del documento originale e dei successivi aggiornamenti;
- vanno ritirati tutti i documenti superati; per le copie in bianco residue è prevista la distruzione.

Le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- Manuale della Qualità = MQ
- Procedure = P + numero progressivo
- Schede di Registrazione = titolo del documento :

Tutti i documenti del sistema qualità, vengono formalmente redatti dal Responsabile della Qualità, eventualmente su bozza fornita dalla persona proponente e con l'ausilio del Gruppo di Autovalutazione

Tutti i documenti di carattere prescrittivo sono formalmente approvati, tramite firma, dal Dirigente Scolastico.

Tutti i documenti di tipologia principale (Manuale Qualità, Procedure, modulistica, istruzioni, etc.), prima della loro emissione, devono essere soggetti ad un iter di stesura, verifica ed approvazione. Evidenza di questi passaggi deve essere data attraverso le firme, riportate sulla prima pagina del documento a piè di pagina, di chi ha redatto il documento, di chi lo ha verificato, di chi lo ha approvato ed infine la data di approvazione.

Tutti i documenti di tipologia principale sono documenti in continua evoluzione, pertanto possono essere corretti, adattati, rivisti al fine di migliorare continuamente l'efficienza del sistema. Le modalità relative al loro aggiornamento e riapprovazione, sono del tutto simili a quelle relative alla prima emissione; le responsabilità di redazione dell'aggiornamento, di verifica e di approvazione sono quelle identificate per l'edizione dell'a.s. di riferimento, indicato dal numero progressivo dell'edizione a partire dal primo anno di implementazione del SGQ.. Nel caso sia necessario modificare nel corso dell'a.s. di riferimento un documento si dovrà provvedere al ritiro dei documenti superati, alla loro sostituzione, e si dovrà assicurare che siano presenti solo versioni aggiornate. L'aggiornamento del documento, oltre ad essere segnalato sul documento stesso, viene anche segnalato sull'elenco generale dei documenti.

Le riunioni di riesame in cui vengono prese decisioni che influenzano la qualità sono verbalizzate dal RQS.

Il RQS conserva una copia di tutti i documenti del SGQ e mantiene aggiornato il loro stato di revisione..

Documenti di origine esterna

I documenti di registrazione richiamati nelle procedure che sono di origine esterna, in quanto provengono da altri enti, quali il MIUR, la Direzione Scolastica Regionale ecc., sono citati all'interno delle procedure di riferimento.

Per quanto riguarda la gestione dei documenti di origine esterna, l'aggiornamento legislativo è garantito direttamente dal MIUR e dalla Direzione Scolastica Regionale che, ognuno per le parti di propria competenza inviano sia in forma cartacea che informatica leggi, circolari e disposizioni.

La direzione amministrativa le raccoglie e le archivia, rendendole disponibili al RQS ed al Gruppo di Autovalutazione.

Tutta la corrispondenza cartacea (fax e posta) proveniente dall'esterno concernente il SGQ è gestita dall'ufficio protocollo ed è conservata nell'archivio di segreteria.

La distribuzione della documentazione esterna agli interessati è fatta su indicazione del Dirigente Scolastico ed effettuata dal RQS, in funzione dei diversi compiti e responsabilità assegnati.

Nella tabella sono indicate responsabilità e modalità di gestione nelle diverse fasi:

Tipo di posta	Ritiro	Apertura Ricevimento	Registrazione	Vaglia	Destinazione	Conservazione
Cartacea	Giornaliera all'ufficio postale	Da parte del DS o suo espresso delegato	Ufficio Protocollo	Dirigente o suo sostituto	RQS	Archivio di segreteria Originale Agli atti
Elettronica: a) inter net b) intra net	Giornaliero	Responsabil e ufficio protocollo	Dirigente Ufficio Protocollo	Dirigente o suo sostituto	RQS	Archivio di segreteria Originale Agli atti
Fax	All'occasione	Addetto al centralino	Ufficio Protocollo	Dirigente DSGA	RQS	Archivio di segreteria Originale Agli atti
A mano	All'occasione	Destinatario	Se necessario come sopra	Se necessario come sopra	RQS	Archivio di segreteria Originale Agli atti

5. INDICATORI DI PROCESSO.

Sono individuati i seguenti indicatori di processo per il monitoraggio delle attività descritte dalla presente procedura:

- Aggiornamento della documentazione del SGQ (SI/NO)
- Aggiornamento della lista di distribuzione documenti del SGQ (SI/NO)
- Numero di non conformità riscontrate nella distribuzione dei documenti del SGQ
- Numero di non conformità riscontrate nella archiviazione dei documenti del SGQ

6. RIFERIMENTI.

Manuale della Qualità, UNI EN ISO 9004: 2009, Capitolo 1

L'elenco dei documenti della qualità, relativamente ai documenti di registrazione, riporta i tempi ed i luoghi di archiviazione.

L'archiviazione è responsabilità del RQS, che cura anche la loro eliminazione alla fine del tempo di conservazione previsto.

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.

Cfr. capitolo 3 del Manuale della Qualità.

9. ALLEGATI.

ALLEGATO: Lista di Distribuzione Documenti.

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA P 02 GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE REGISTRAZIONI DEL SGQ <i>Riferimento cap.6</i>	

**GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE REGISTRAZIONI DEL SISTEMA
GESTIONE QUALITA’**

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA’**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

SCOPO.

La procedura definisce e descrive il processo relativo alla gestione delle registrazioni di principale importanza ai fini della Qualità, adottato dall'Istituto "G.Galilei". Il termine "registrazione" identifica e comprende qualunque tipo di registro, schema, modulo, ecc. che descriva, definisca, documenti o certifichi le attività compiute ed i relativi risultati ottenuti nell'ambito delSGQ.

Il Sistema di controllo delle registrazioni deve consentire di:

- identificare i documenti di registrazione presenti nell'istituto e il relativo stato di aggiornamento
- curare l'archiviazione dei documenti di registrazione
 - assicurare la loro protezione
- assicurare la loro reperibilità
- definire la durata della conservazione delle registrazioni e la modalità di eliminazione.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alla gestione dei documenti che hanno attinenza al Sistema Gestione Qualità. Si distinguono in documenti prescrittivi del Sistema Qualità e documenti di Registrazione della Qualità.

Per documenti prescrittivi si intendono quei documenti che descrivono il Sistema Gestione Qualità e definiscono, in conformità alle norme ISO 9000, le modalità operative con cui sono svolte le diverse attività.

Comprendono tutti quei documenti che sono utilizzati per implementare e mantenere il Sistema Gestione Qualità:

- La documentazione descrittiva del Sistema Qualità (Manuale Sistema Qualità, Procedure Operative, Istruzioni Operative)
- Le leggi, norme e standard di origine esterna utilizzati come riferimento per lo svolgimento di tutte le attività dell'IS.

Il termine "registrazione" identifica e comprende qualunque tipo di registro, schema, modulo, ecc. che descriva, definisca, documenti o certifichi le attività compiute ed i relativi risultati ottenuti.

Il Sistema di controllo delle registrazioni deve consentire di:

- identificare i documenti di registrazione presenti nell'istituto e il relativo stato di aggiornamento
- curare l'archiviazione dei documenti di registrazione
- assicurare la loro protezione
- assicurare la loro reperibilità
- definire la durata della conservazione delle registrazioni e la modalità di eliminazione.

I documenti di Registrazione della Qualità sono quelli che attestano il raggiungimento della Qualità richiesta e l'effettiva applicazione del Sistema Qualità, fornendone evidenza oggettiva. Questi documenti attestano esecuzione delle seguenti attività:

- riesami del Sistema Qualità
- autovalutazione ed eterovalutazione dei processi e degli esiti
- gestione delle risorse
- pianificazione e gestione dei processi
- monitoraggio dei processi
- ricognizione e monitoraggio delle risorse di origine interna ed esterna, sia materiali che umane
- trattamento non conformità e azioni correttive e preventive
- audit interni.

3. RESPONSABILITÀ.

Le responsabilità nella gestione della registrazione del SGQ è del RSQ.

4. DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ.

Tra i documenti di Istituto ed i documenti operativi, il RQS, con la supervisione del DS, individua tutti quelli che possono essere considerati "documenti di registrazione della qualità" e li riporta in un elenco predisposto.

L'elenco dei documenti di registrazione della qualità è un documento dinamico che va aggiornato e completato parallelamente all'evolversi del Sistema Qualità Scuola.

L'individuazione dei documenti di registrazione della qualità, il loro inserimento nel relativo elenco e la gestione dell'elenco stesso, sono di competenza del Responsabile Qualità Scuola.

La gestione delle eventuali modifiche o aggiornamenti dei documenti su cui si effettuano registrazioni della qualità avviene secondo le stesse modalità descritte nella *PO 01 Gestione ed Organizzazione della documentazione del SGQ*.

5. INDICATORI DI PROCESSO.

Sono individuati i seguenti indicatori di processo per il monitoraggio delle attività descritte dalla presente procedura:

rintracciabilità e identificabilità dei documenti

- Numero di non conformità riscontrate nella reperibilità di una registrazione del SGQ
- Numero di non conformità riscontrate nella tracciabilità di una registrazione del SGQ

6. RIFERIMENTI.

- Manuale della Qualità, UNI EN ISO 9004: 2009, Capitolo 1

7. ARCHIVIAZIONI.

Tutti i documenti di registrazione della qualità vanno conservati e tenuti a disposizione per un tempo almeno pari a quello definito nell'indice dei documenti di registrazione della qualità; scaduto tale termine si stabilirà, caso per caso, quali dei suddetti documenti saranno ulteriormente conservati. Tutti i documenti devono essere conservati in un archivio dedicato.

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.

Cfr. capitolo 3 del Manuale della Qualità.

9. ALLEGATI.

Nessuno

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA P 03 GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI Riferimento cap.8	

GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI

INDICE

1. **SCOPO**
2. **CAMPO DI APPLICAZIONE**
3. **RESPONSABILITÀ**
4. **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'/PROCEDURA**
 - 4.1 **Pianificazione degli Audit**
 - 4.2 **Preparazione degli Audit**
 - 4.3 **Esecuzione degli Audit**
 - 4.4 **Documentazione**
5. **INDICATORI DI PROCESSO**
6. **RIFERIMENTI**
7. **ARCHIVIAZIONE**
8. **TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
9. **ALLEGATI**

FASI FUNZIONI	REDAZIONE RQS	APPROVAZIONE Dirigente Scolastico	LEGITTIMAZIONE Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO.

Mediante questa procedura ci si propone di:

- definire le modalità di svolgimento degli Audit interni, intesi non come “verifiche fiscali”, ma come momenti di collaborazione e di scambio di informazioni tra i vari settori dell’organizzazione e finalizzati a:
 - verificare qualitativamente l’organizzazione messa in atto all’interno del SGQ;
 - valutare l’impostazione e gestione dei vari processi primari e di supporto dell’organizzazione scolastica;
 - rilevare punti di forza e “buone pratiche” ;
 - individuare aree e opportunità di miglioramento;
 - intraprendere le opportune strategie di miglioramento (vedi PO 05 “Azioni correttive e preventive”)
- assicurare che gli Audit interni siano accuratamente pianificati e che il loro esito sia documentato e pubblicizzato.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicabile a tutti gli Audit interni della qualità ed alla gestione delle non conformità che ne derivano. Per Audit si intende un processo sistematico, indipendente e documentato per verificare le attività inerenti il Sistema Qualità, i risultati ottenuti e se quanto predisposto viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi. In particolare, si ritiene indispensabile un giusto bilanciamento tra l’attenzione agli aspetti procedurali (documentazione) e l’osservazione dei fatti concreti e sostanziali.

L’attività di audit si ricollegano alle attività di autovalutazione condotte nell’Istituto ma:

- si riferisce a tutte le attività aventi influenza sulla qualità del servizio erogato,
- avviene secondo un programma definito,
- è condotta nelle diverse aree da persone qualificate e non aventi diretta responsabilità nelle aree stesse,
- tocca ogni area del sistema qualità almeno una volta all’anno.

Gli audit interni sono – e così devono essere intesi – una potente leva di miglioramento delle attività e della qualità complessiva dell’Istituto in quanto consentono una periodica rivisitazione di tutte le aree che concorrono al risultato finale.

L’audit è quindi occasione di dialogo e di riflessione in merito alle procedure ed alle prassi adottate, ai problemi presenti o potenziali, alle idee ed ai progetti di miglioramento.

E’ auspicabile che col tempo molte persone dell’Istituto abbiano la qualifica e le competenze per svolgere attività di verifica in modo che tra le diverse aree sia attivo un controllo incrociato ed uno scambio costante di conoscenze

3. RESPONSABILITÀ.

Il DS ha la responsabilità di:

- autorizzare gli audit;
- pianificarli e monitorarne la gestione con la collaborazione del RQS;
- valutarne i risultati come elementi di ingresso del Riesame;

- intraprendere con la collaborazione del RQS e del Gruppo di Pianificazione le opportune strategie di miglioramento (vedi PO 05 “Azioni correttive e preventive”).

Il Responsabile Qualità Scuola, in accordo con il DS, ha la responsabilità di:

- definire il piano annuale degli audit interni;
- definire gli obiettivi specifici di ciascun audit;
- assicurare la formazione degli auditor interni;
- costituire i gruppi di audit;
- curare i rapporti con i responsabili dei settori e con i gruppi.

Il Gruppo di audit, coordinato da un Responsabile (*Team Leader*) ha il compito di:

- elaborare, in accordo con il DS e il RQS, le liste di riscontro;
- programmare nei dettagli, notificare e coordinare l’Audit;
- annotare tutte le osservazioni inerenti la verifica condotta;
- curare la stesura del rapporto finale.

Tutto il personale ha il compito di collaborare fattivamente con i gruppi di Audit.

4. DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ/PROCEDURA.

4.1 Pianificazione degli Audit

Ogni anno il DS, con la collaborazione del RQS, predispone un piano degli Audit e ne invia copia a tutto il personale coinvolto.

E' possibile indire Audit straordinari quando:

- si sono verificati sostanziali mutamenti organizzativi,
- si ritiene vi siano condizioni pregiudizievoli la qualità,
- vi sia stata una modifica sostanziale alle procedure,
- si ritiene necessario verificare l'applicazione e l’efficacia di strategie di miglioramento attuate.

Gli audit straordinari sono indetti a discrezione del DS e si svolgono nello stesso modo previsto per quelli programmati.

Il DS, coadiuvato dal RQS, dopo aver definito gli ambiti e gli obiettivi di ciascun audit, le funzioni/settori da visitare e le persone da contattare, nomina i *Team Leader* e costituisce i gruppi.

Tutto il personale che esegue gli Audit deve essere opportunamente formato o mediante la frequenza di un corso o mediante autoformazione/ affiancamento. In particolare, la formazione specifica per il ruolo deve comprendere la capacità di interpretare norme relative al SGQ, la conoscenza della gestione per processi e degli strumenti per la gestione del miglioramento e la conoscenza delle tecniche di gestione degli Audit. Nessuno può effettuare Audit in un settore di cui è diretto responsabile.

4.2 Preparazione degli Audit

Prima di iniziare la verifica, il gruppo, coordinato dal *Team Leader*, compie le seguenti attività preparatorie:

- esamina la documentazione esistente, da reperire, da preparare o da aggiornare (procedure, istruzioni, rapporti di audit);
- elenca, in accordo con il DS e il RQS, i punti più importanti da verificare (lista di riscontro);
- programma nei dettagli l'audit e lo notifica al personale coinvolto.

Il gruppo articolerà la lista di riscontro in una serie di elementi/aspetti da analizzare, assicurando che la sequenza segua uno schema logico, il numero sia adeguato a coprire tutto il campo di indagine, la forma utilizzata permetta di raccogliere elementi di valutazione oggettiva. In particolare sono considerati aspetti da valutare:

- la gestione dei documenti;
- lo svolgimento delle attività secondo quanto stabilito nei documenti;
- i criteri adottati per la pianificazione delle attività specifiche;
- le modalità di registrazione delle attività;
- i criteri di gestione degli indicatori di prestazione, delle azioni di miglioramento, dei processi di comunicazione.

4.3 Esecuzione degli Audit

L'esecuzione dell'Audit avviene in quattro fasi:

- riunione iniziale
- valutazione
- pre-riunione finale
- riunione finale.

La riunione iniziale prevede la presentazione tra le parti, chiarimenti sulle finalità, l'oggetto e le modalità di esecuzione e uno scambio di informazioni su eventuali attività in corso.

Nella fase della valutazione il Gruppo di audit deve individuare e documentare sia gli aspetti positivi che quelli negativi, approfondire le eventuali criticità e, in ogni caso, non può proporre azioni correttive. Gli auditor sono, inoltre, tenuti ad agire con logiche di buon senso e con professionalità e a seguire alcune regole di comportamento:

- stabilire un buon rapporto con le persone contattate;
- avere padronanza dei tempi e dei temi delle verifiche;
- ascoltare con attenzione gli interlocutori;
- non assumere atteggiamenti da esperto;
- assumere atteggiamenti pazienti, controllati, ma decisi;
- evitare critiche verso le persone e l'organizzazione.

Nella pre-riunione finale si riesaminano i risultati rispetto agli obiettivi prefissati, si condividono i risultati all'interno del Gruppo, si elencano gli aspetti positivi e le criticità da presentare nel corso della riunione finale, si verifica la completezza delle evidenze oggettive raccolte e si ripartiscono, se necessario, i compiti che ciascun componente dovrà svolgere durante la riunione finale.

Il Team Leader coordina la riunione finale, introduce gli argomenti e presenta i risultati dell'audit.

E' preferibile illustrare dapprima i punti di forza rilevati durante la verifica e poi le criticità.
E' bene anche sottolineare eventuali "buone pratiche" riscontrate nei processi esaminati.

4.4 Documentazione

Sulla base dei risultati della verifica il Team Leader redige il "Rapporto di Audit" (Mod. RAu) che contiene:

- luogo e data dell'audit,
- identificazione del processo sottoposto a verifica,
- nominativi degli auditor,
- nominativi delle persone contattate,
- descrizione dello scopo dell'audit,
- documenti di riferimento,
- sommario delle risultanze,
- descrizione dettagliata dei rilievi emersi .

Il rapporto di Audit viene firmato sia dal Team Leader sia dal responsabile dell'area verificata.

I "Rapporti di Audit" sono esaminati dal DS come elemento in ingresso del Riesame della Direzione e sono conservati dal RQS per almeno 3 anni.

Sulla base del rapporto di Audit il DS predispone con la collaborazione del Gruppo di Pianificazione, coordinato dal RQS, strategie di miglioramento in accordo alla procedura PO 05 "Azioni correttive e preventive".

5. INDICATORI DI PROCESSO.

- Numero dei processi sottoposti a verifica
- Numero delle check list prodotte
- Numero delle interviste condotte

6. RIFERIMENTI.

- Manuale della Qualità, capitolo 8 Monitoraggio, misurazione, analisi e riesame.

7. ARCHIVIAZIONI.

- 8.** I "Rapporti di Audit" sono conservati dal RQS per almeno 3 anni.

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.

Manuale della Qualità capitolo 3-Terminologia e abbreviazioni

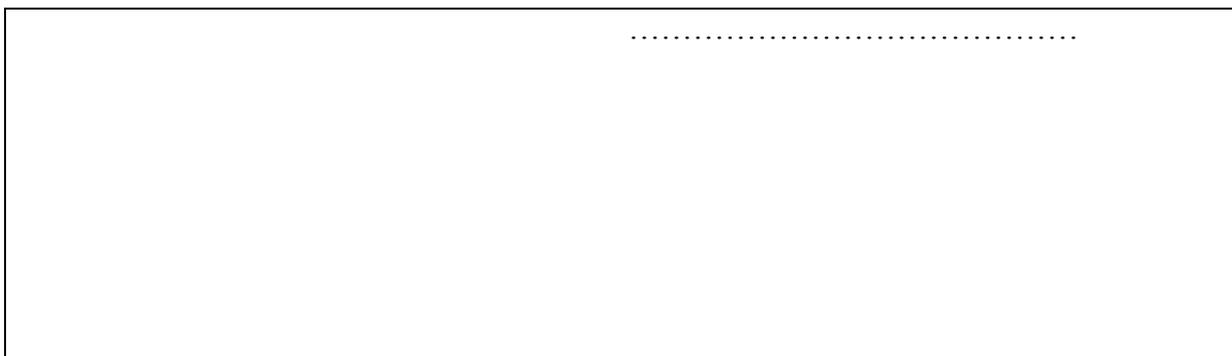
9. ALLEGATI.

Check list

Rapporto di audit

Istituto.....	RAPPORTO DI AUDIT	Pagina 16 di 71
----------------------	------------------------------	-----------------

Data.....	Auditor
.....
.....	Team
Leader.....
Processo sottoposto a verifica e scopo della verifica:	
Persone contattate e documenti di riferimento:	
Capitolo 2 Sommario delle risultanze:	
Descrizione rilievi emersi	
Data:.....	Firma Responsabile
.....	Firma Team Leader



 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA P04 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE NON CONFORMITÀ <i>Riferimento cap.8</i>	

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA’**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1.SCOPO.

Lo scopo delle presente procedura è definire le modalità per rilevare in modo puntuale i fattori che hanno, o possono avere, ripercussioni negative sia sul livello di servizio offerto dall'Istituto "G.Galilei" che sull'efficienza dei processi interni e pertanto di descrivere le modalità adottate per garantire che le non conformità (NC) segnalate attraverso i reclami interni /esterni vengano individuate, documentate e risolte e abbiano tempestiva ed esauriente risposta.

La modalità di gestione delle non conformità rappresentano elemento in ingresso per la stesura del Rapporto di AutoValutazione (RAV) e del Piano di Miglioramento.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile alla gestione di tutte le non conformità rilevate durante lo svolgimento dei processi dell'Istituto, nonché alle non conformità evidenziate in tutti i servizi erogati sia in fase di accettazione che durante il loro utilizzo.

Non rientrano nel campo di questa procedura le eventuali non conformità relative all'aspetto didattico e formativo delle attività della scuola, il cui monitoraggio e le cui azioni correttive sono definite dalla Procedura PCAD ("Pianificazione e controllo dell'attività didattica")

La stessa procedura è inoltre applicabile sia ai reclami dei portatori di interesse interni (reclami interni) che dei portatori di interesse esterni (reclami esterni).

3. RESPONSABILITÀ.

Ogni componente dell'organizzazione ha il compito di segnalare tutte le non conformità/reclami rilevati durante lo svolgimento delle sue funzioni e di collaborare attivamente alla loro risoluzione.

La responsabilità di gestione delle non conformità/reclami intesa come individuazione del primo intervento da attuare nel più breve tempo possibile, è indicata nella tabella al paragrafo 4 per tipologia di non conformità/disservizio/reclamo.

La responsabilità dell'analisi delle cause e definizione delle azioni correttive è del RQS, con la supervisione del DS, che può avvalersi della collaborazione di tutte le parti/responsabili interessati. Il RQS ha inoltre il compito di archiviare tutti i rapporti di non conformità/reclami e di fornire una sintesi di queste al Gruppo di Autovalutazione durante le periodiche riunioni per il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità, perché individui le necessarie azioni di miglioramento

4. DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ.

L'Istituto ha predisposto un elenco delle non conformità e delle tipologie di reclamo più ricorrenti allo scopo di facilitarne l'individuazione e la gestione. Tale elenco è oggetto di costante revisione e aggiornamento in base alle nuove casistiche rilevate.

LA TABELLA PUO' ESSERE MODIFICATA/INTEGRATA

NON CONFORMITÀ/RECLAMI DA ALUNNI/GENITORE	RESPONSABILITÀ DI GESTIONE
<i>Didattica</i> Vigilanza su alunni/sicurezza Difficoltà di contatto con docente/preside Difficoltà criteri di giudizi Programma non svolto in modo esauriente/completo Approccio Didattico Sovraccarico di lavoro Mancato coordinamento tra insegnanti Rapporti interpersonali Comportamento docenti Situazione docenti assenti	D.S. D.S. D.S. D.S. D.S. D.S. D.S. D.S. D.S. D.S.
<i>Organizzazione interna</i> Comunicazione non pervenuta Attività extracurricolari in ampliamento offerta formativa Organizzazione visite guidate non adeguata Comportamento scorretto dei non docenti Orario delle lezioni/supplenze Orari/programmazione riunioni Attività di formazione/aggiornamento Informazioni/comunicazione interna	Collaboratore vicario Responsabili Responsabili DSGA Collaboratori del D.S./ D.S D.S D.S RQS
NON CONFORMITÀ/RECLAMI DA ALUNNO/GENITORE	RESPONSABILITÀ DI GESTIONE
<i>Strutture interne</i> Pulizie Riscaldamento e servizio mensa Trasporti Attrezzature di laboratorio non funzionanti Attrezzature non funzionanti Manutenzione	DSGA Collaboratore vicario Segreteria Responsabile di laboratorio Incaricato della manutenzione e collaboratore del D.S. Incaricato manutenzione
<i>Ambiente esterno</i> Sporcizia /Rumore /Comportamento alunni	D.S
<i>Su fornitori</i> Materiale non rispondente all'ordine/Ritardo consegna/ Materiale non idoneo Non rispetto del contratto/capitolato Non rispetto dei tempi	Segreteria Segreteria Segreteria

Ogni anno il DS individua i responsabili di servizio incaricati della gestione delle non conformità individuate nell'elenco. L'elenco dei Responsabili viene esposto in bacheca perché tutti siano a conoscenza della persona da contattare a seconda dei casi.

In questo modo tutte le non conformità rilevate e i reclami pervenuti vengono segnalate tempestivamente al Responsabile del servizio, fornendo tutti gli elementi necessari ad una corretta e precisa registrazione del problema e ad una sua rapida soluzione.

Non appena ricevuta la segnalazione il Responsabile del servizio compila l'apposito Modulo di "Registrazione non conformità/reclamo" indicando :

- descrizione della non conformità/reclamo
- parti che hanno subito il disservizio (alunni, docenti, personale esterno, ecc.)
- data
- persona che ha segnalato la non conformità
- possibili cause
- eventuali enti interessati

Il DS/Responsabile coinvolto procede quindi tempestivamente alla ricerca di tutte le possibili soluzioni necessarie a recuperare eventuali disservizi e a ripristinare la situazione di normalità nel più breve tempo possibile e, comunque, non oltre quindici giorni, richiedendo, se necessario, la collaborazione di chiunque possa rendere più veloce ed efficace l'attuazione delle azioni correttive. Le soluzioni di primo intervento adottate vengono sempre riportate nel Modulo "Registrazione non conformità/reclamo" indicato sopra.

I reclami possono essere espressi in forma orale, telefonica, scritta o via fax, email, SMS e devono contenere generalità, indirizzo e reperibilità del proponente se esterno; gli stessi vengono registrati da chi li riceve sul modulo e gestiti secondo le stesse modalità indicate sopra.

I reclami orali e telefonici debbono, successivamente, essere sottoscritti.

Al reclamo di non conformità pervenuto per iscritto, deve essere fornita una risposta scritta che può anche essere interlocutoria, ma deve indicare le azioni correttive di massima che si intendono realizzare.

Nel caso in cui la non conformità evidenziata sia attribuibile ad un prodotto acquistato è responsabilità dell'incaricato della gestione di segnalare il prodotto apponendo su di esso l'etichetta con la dicitura "Materiale non conforme", sino a risoluzione della non conformità.

Tutti i moduli di segnalazione non "conformità/reclamo", una volta compilati, vengono inviati al RQS, perché li valuti in termini di gravità del disservizio rilevato ed individui l'eventuale necessità di intraprendere una specifica azione correttiva secondo le modalità indicate nella procedura P ACP "Azioni correttive e preventive".

Inoltre periodicamente il RQS verifica i moduli di segnalazione, li elabora e li sottopone all'attenzione del Gruppo di pianificazione durante le riunioni periodiche per il Riesame della Direzione, allo scopo di individuare Azioni Correttive di medio/lungo termine necessarie al miglioramento delle prestazioni.

Quando, in seguito all'analisi periodica delle Non Conformità più ricorrenti, emergono problemi di una certa complessità, il D.S. può decidere di creare un gruppo di lavoro che analizzi a fondo e presenti, nell'arco di un periodo di tempo prestabilito, alcune proposte per la soluzione in logica preventiva del problema.

5. INDICATORI DI PROCESSO.

Sono individuati i seguenti indicatori di processo per il monitoraggio delle attività descritte dalla presente procedura:

- Percentuale del numero di reclami trattati entro i termini prescritti sul numero dei reclami presentati

6. RIFERIMENTI.

Manuale della Qualità, Capitolo 8, *Monitoraggio, misurazione, analisi e riesame*

Procedura di sistema PO 04 *Azioni correttive e preventive*

Procedura di sistema PO 03 *Gestione degli audit interni*

7. ARCHIVIAZIONI.

L'archiviazione della documentazione riguardante i reclami è a cura del RSQ che li conserva in archivio dedicato

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.

Cfr. capitolo 3 del Manuale della Qualità

9. ALLEGATI.

Mod. "Registrazione di non conformità/reclamo"

Istituto.....	REGISTRAZIONE NON CONFORMITA' - RECLAMO	Data
Non Conformità evidenziata da:		Reclamo segnalato da:
<input type="checkbox"/> Docente _____ <input type="checkbox"/> Non docente _____		<input type="checkbox"/> Genitore/Tutore _____ <input type="checkbox"/> Studente _____ Rec. Telefonico _____
Responsabile incaricato gestione tipo non conformità / reclamo		
Nominativo _____		
Funzione _____		
Descrizione Non Conformità:		Prodotto _____
Firma		Fornitore _____
VALUTAZIONE		
Analisi delle cause:		
DECISIONE		

Descrizione della risoluzione/rimedio:	
Aperta AC n°	
Data:	Firma:

 <p>M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale</p>	<p>I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)</p>	 <p>Polo Qualità Di Napoli</p>
	<p>PROCEDURA DI SISTEMA P05 AZIONI PREVENTIVE E CORRETTIVE <i>Riferimento cap.8</i></p>	

AZIONI PREVENTIVE E CORRETTIVE

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA'**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO.

Questa procedura descrive le modalità adottate per la gestione delle azioni correttive e/o preventive, al fine di eliminare o prevenire le cause di possibili non conformità.

Ha lo scopo, quindi, di definire i criteri e le modalità definiti dall'Istituto "G. Galilei" per individuare le misure necessarie a garantire che le condizioni negative per la qualità e le situazioni che generano non conformità ripetitive siano identificate, documentate e rimosse attuando le necessarie azioni correttive.

Ha inoltre lo scopo di descrivere le modalità seguite per analizzare le eventuali situazioni potenzialmente negative per la qualità e prevenirne gli effetti attraverso opportune azioni preventive.

Le azioni attivate rappresentano elemento in ingresso per la stesura del Rapporto di Auto Valutazione (RAV) e del Piano di Miglioramento.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile all'identificazione e alla gestione di tutte le azioni correttive e preventive intraprese ogni qualvolta siano evidenziate situazioni negative per la qualità dei servizi offerti dall'Istituto ed in particolare a fronte dell'analisi dei dati relativi alle non conformità / reclami effettuati dalle parti interessate, agli obiettivi di processo, ai traguardi di lungo periodo, ai risultati delle indagini sulla soddisfazione dei clienti e ai risultati degli Audit Interni.

3. RESPONSABILITÀ.

Le responsabilità relative alla gestione delle azioni correttive/preventive sono così suddivise:

ATTIVITÀ	RESPONSABILE
Riesame delle non conformità (Individuazione problema)	DS/Gruppo Di Autovalutazione/RQS/Tutte Le Funzioni Interessate
Individuazione delle cause delle non conformità	Gruppo Di Autovalutazione/RQS
Individuazione delle non conformità potenziali e delle loro cause	Gruppo di autovalutazione / RQS
Individuazione Azioni Correttive,	DS/. Gruppo di autovalutazione/ RQS

Preventive	
Attuazione azioni correttive e preventive	Personale incaricato
Verifica Azioni Correttive e Preventive	DS/RQS
Documentazione e archiviazione	RQS

4. DESCRIZIONE DELLA ATTIVITÀ.

Individuazione

I dati relativi alle non conformità dei materiali acquistati, del Sistema di Gestione per la Qualità e quelli dei reclami sono trasmessi al RQS secondo quanto fissato nella Procedura: PO 05 "Gestione delle non conformità".

In base all'analisi di tali dati e in base ai risultati degli Audit interni della Qualità e delle indagini sulla soddisfazione dei Clienti (vedi PO 03 "Gestione Audit interni) il RQS e/o il Gruppo di Autovalutazione, sotto la supervisione del DS, individuano le cause delle non conformità e decidono l'avvio di azioni correttive immediate per la loro rimozione, concordando con il personale interessato le modalità e i tempi di attuazione. Inoltre, partendo dall'analisi di tali dati, il RQS e/o il Gruppo suddetto possono individuare le non conformità potenziali e le relative cause e definire le azioni preventive da attuare, concordando, anche in questo caso, con il personale interessato, le modalità e i tempi di attuazione.

I dati relativi alle non conformità e alle contestazioni sono analizzati regolarmente dal Responsabile Qualità Scuola, allo scopo di individuare le non conformità ripetitive, le situazioni negative per la qualità o le aree di miglioramento.

I risultati dell'analisi sono raccolti dal RQS in una relazione, che viene presentata al Gruppo di Autovalutazione nel corso delle sue riunioni, in cui sono coinvolte tutte le funzioni interessate. Nel caso di situazioni particolarmente gravi, il DS può indire riunioni straordinarie, anche su richiesta del RQS o di altra funzione interessata.

Oltre alle azioni da intraprendere vengono nominati i responsabili della loro attuazione e fissati i relativi tempi.

Per ciascuna azione correttiva o preventiva avviata, il Responsabile Qualità Scuola compila la prima parte del "Rapporto di azione correttiva/preventiva" e lo sottopone al Responsabile dell'attuazione dell'A.C. che lo firma per presa visione, consegnandone copia.

Nel corso delle riunioni con il Gruppo di Autovalutazione viene riesaminata la situazione generale delle azioni correttive e preventive in corso di attuazione, in relazione al processo di implementazione al Piano di Miglioramento.

Dal punto di vista operativo, quindi, le attività sono condotte secondo lo schema seguente:

- Tutte le persone operanti nell'Istituto possono segnalare la presenza di un problema o di una non conformità relativamente all'andamento delle attività.
- La non conformità, riportata nel modulo "Rapporto di azione correttiva/preventiva" (Segnalazione del problema), deve pervenire tempestivamente al RSQ, che la valuta insieme alla persona che l'ha segnalata e che interpella, se necessario, altre funzioni dell'Istituto.

Il RSQ cura, direttamente o tramite le funzioni coinvolte, la risoluzione della non conformità, ne trascrive l'esito e verifica, se necessario, l'effettiva attuazione di quanto predisposto

Attuazione

Sia per le azioni correttive immediate avviate dal Responsabile Qualità Scuola, sia per le azioni correttive e preventive individuate nel corso delle riunioni con il Gruppo di Autovalutazione, i responsabili designati provvedono alla loro attuazione nel rispetto dei tempi programmati.

Tipiche azioni correttive sono ad esempio: la modifica di una procedura o di un comportamento, la pianificazione di un intervento di formazione, l'eliminazione di un fornitore. Una azione correttiva può essere data anche dalla combinazione di più attività.

Le azioni preventive, a differenza di quelle correttive, non partono da una non conformità in atto o comunque già segnalata, ma dalla valutazione che una non conformità si possa verificare.

Verifica

Al termine del tempo programmato per l'attuazione dell'azione correttiva o preventiva, il Responsabile Qualità Scuola ne verifica l'esito e riferisce al DS e al Gruppo di Autovalutazione. Nel caso in cui l'azione non sia stata attuata nei tempi previsti, il responsabile designato documenta il motivo del ritardo.

Se il Responsabile Qualità Scuola lo ritiene opportuno, la verifica di chiusura dell'azione correttiva viene effettuata tramite un "Audit interno straordinario" (vedi PO 03 "Gestione audit interni").

L'esito della verifica viene documentato e registrato dal Responsabile Qualità Scuola, compilando la terza parte del modulo "Rapporto di azione correttiva/preventiva".

Nel caso di esito negativo il Responsabile Qualità Scuola propone l'avvio di una nuova azione correttiva in accordo a quanto descritto al punto "Individuazione" della presente procedura.

5. INDICATORI DI PROCESSO.

Sono individuati i seguenti indicatori di processo per il monitoraggio delle attività descritte dalla presente procedura:

- Percentuale delle azioni correttive concluse sul numero delle azioni correttive intraprese
- Percentuale delle azioni preventive concluse sul numero delle azioni preventive intraprese

6. RIFERIMENTI.

Manuale della Qualità, Capitolo 8 – *Monitoraggio, misurazione, analisi e riesame*

Manuale della Qualità, Capitolo 9 - *Miglioramento, innovazione, apprendimento*

PO 03 Gestione degli audit interni

PO 05 Gestione delle non conformità

PO 06 Stesura del Piano di Miglioramento

7. ARCHIVIAZIONI.

L'archiviazione della documentazione è a cura del RSQ in un archivio dedicato

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.

Manuale della Qualità capitolo 3

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Mod. "Rapporto di azione correttiva/preventiva" (Segnalazione del problema)

Mod. "Stato di azioni correttive e preventive"

Istituto.....	RAPPORTO DI AZIONE CORRETTIVA/PREVENTIVA	Pagina 26 di 71
----------------------	---	-----------------

Data..... Da..... Azione Correttiva <input type="checkbox"/> Azione Preventiva <input type="checkbox"/>	Richiesta N. N.
Descrizione Non Conformità: 	

Descrizione azione correttiva/preventiva

Data Prevista Chiusura:.....

Firma Resp.Attuazione:.....**Firma**

RQS:.....

Verifica applicazione:

Data:.....**Firma:**.....
.....

Verifica efficacia

Data:.....
Firma.....



ISTITUTO

STATO AZIONI CORRETTIVE/PREVENTIVE

N°	Data	Funzione/Responsabile Interessato	Data Chiusura	Data Verifica Chiusura	Esito	Data Verifica Efficacia	Esito

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA P06 REDAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO <i>Riferimento cap.9</i>	

REDAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. RESPONSABILITA'
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
5. INDICATORI DI PROCESSO
6. RIFERIMENTI
7. ARCHIVIAZIONI
8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO

Questa procedura definisce i sistemi utilizzati dall'Istituto per progettare, implementare e verificare il Piano di miglioramento secondo le indicazioni della Norma UNI EN ISO 9004:2009 e in conformità a quanto previsto dalla Politica della Qualità individuata e condivisa con tutte le parti interessate. Il processo di miglioramento continuo è strategicamente orientato al raggiungimento degli obiettivi e degli standard indicati dalla Unione Europea per l'istruzione e la formazione attraverso l'*European Qualification Framework (EQF)* ed esposti nella "*Raccomandazione europea sulla Qualità dell'istruzione e della formazione professionale*" attraverso l'European Quality Assurance Reference Framework (EQARF). Il quadro normativo è quello tracciato dalla legge 107/2015, dalla Direttiva n. 11 del 18 settembre 2014 – Priorità strategiche del Sistema nazionale di Valutazione per gli anni scolastici 2014/2015, 2015/2016 e 2016/2017, dalla Nota DPR 28 marzo 2013, n. 80 – Regolamento sul sistema nazionale di valutazione, dal D.P.R. 28 marzo 2013, n. 80 sui Piani di Miglioramento.

Il Piano di Miglioramento oggetto della presente procedura ha come punto di partenza il RAV, come strumento di autovalutazione condiviso con tutto il sistema formativo italiano, e rappresentativo delle risposte che l'Istituto Comprensivo "G.Galilei" di Arienzo offre ai bisogni dell'utenza

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica alla stesura del Piano di miglioramento, che può riguardare tutti i processi implementati dall'istituto, sia a livello dell'area didattica che di quella organizzativa, come:

- Traguardi di prestazione degli alunni;
- Struttura e gestione dei processi area servizio didattico;
- Struttura e gestione dei processi area amministrativa;
- Relazioni con le parti interessate;
- Integrazione con il territorio;
- Ambiente di lavoro;
- Clima organizzativo;
- Infrastrutture e tecnologia.

3. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità relative alle attività della presente procedura sono così organizzate :

CHI FA	CHE COSA
Dirigente Scolastico	individua gli obiettivi di miglioramento, rapportati alle priorità dettate dalle scelte strategiche dell'Istituto e concretizzate negli Indicatori chiave di prestazione prescelti e degli obiettivi di miglioramento individuati nel RAV; convoca e presiede le riunioni del gruppo di autovalutazione e di riesame; è responsabile del Piano di Miglioramento.

<p>Gruppo di lavoro per l'autovalutazione</p>	<p>in sede di riunioni di gruppo di autovalutazione e di riesame, riferisce sui risultati delle misurazioni, dei monitoraggi e di tutti gli altri strumenti di indagine usati,</p> <p>raccoglie e formalizza le proposte dei Gestori di processo per il miglioramento, sia in itinere che alla conclusione dei progetti di cui sono responsabili</p> <p>individua e propone prioritari e formalizza una proposta di miglioramento;</p> <p>in relazione agli obiettivi di miglioramento individuati nel RAV stende il Piano di miglioramento</p>
<p>Responsabile Qualità Scuola</p>	<p>segue la progettazione, l'implementazione e il monitoraggio del Piano di miglioramento;</p> <p>archivia e rende disponibile ed accessibile la relativa documentazione</p>
<p>Collegio dei Docenti – Dipartimenti</p>	<p>integrano nel POF e nel piano delle attività annuale/pluriennale gli obiettivi di miglioramento individuati in base al RAV e agli altri strumenti di valutazione e di autovalutazione d'istituto</p> <p>-esaminano e discutono i risultati ottenuti, fornendo indicazioni e proposte per l'anno scolastico seguente</p>
<p>Consiglio d'Istituto, Personale ATA, Rappresentanti dei Genitori</p>	<p>esaminano e discutono le priorità e gli obiettivi individuati, fornendo indicazioni e proposte per la loro integrazione nel POF</p> <p>esaminano e discutono i risultati ottenuti, fornendo indicazioni e proposte per l'anno scolastico seguente.</p>
<p>Gestore di Processo</p>	<p>sia durante l'implementazione che alla conclusione del processo di cui è responsabile rileva e comunica, al DS e al Gruppo di lavoro le opportunità di miglioramento del processo stesso, rilevate attraverso il confronto con tutte le parti interessate.</p>

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le azioni previste da questa procedura per la formulazione del Piano di miglioramento, basati su giudizi informati e sulla individuazione di priorità, sono:

- a) Il monitoraggio dei processi e degli esiti condotto attraverso il RAV
- b) Il monitoraggio dei processi e degli esiti **attraverso** il software di autovalutazione d'istituto COMETA del Polo Qualità di Napoli **e attraverso i questionari del Vales** e la raccolta di dati

sulle prestazioni dell'Istituto durante la riunione di Riesame annuale attraverso la lettura dei dati Invalsi nonché delle prove dipartimentali per classi parallele.

c) La predisposizione della raccolta di dati sulle aspettative e i bisogni delle parti interessate e l'analisi dei risultati **attraverso questionari predisposta dalla FS di riferimento**

d) La condivisione dei dati ottenuti con le parti interessate pertinenti **attraverso riunioni formali e informali, pubblicazione sul sito web;**

e) L'individuazione dei punti di debolezza e dei punti di forza **attraverso il RAV e gli altri strumenti di valutazione e autovalutazione di Istituto;**

f) L'individuazione delle priorità **attraverso l'analisi dei punti di debolezza emersi dal RAV RAV e dagli altri strumenti di valutazione e autovalutazione di Istituto;**

g) La valutazione d'impatto, in sede di progettazione, delle azioni di miglioramento e l'individuazione degli eventuali rischi;

h) La valutazione di fattibilità delle azioni in relazione alle priorità;

i) La formulazione degli obiettivi di miglioramento **in relazione a a), b), c), d), e), f), g), h);**

j) La stesura e il monitoraggio del Piano di miglioramento;

k) La pianificazione e l'implementazione di azioni mirate di comunicazione e di condivisione del Piano di miglioramento e dei suoi risultati **attraverso riunioni dei Dipartimenti , consigli di classe e Collegio, pubblicazione sul sito web**

l) La validazione dei risultati del Piano di miglioramento da parte del Collegio dei docenti **attraverso delibera formale**

m) La valutazione d'impatto, in sede di valutazione , delle innovazioni e delle modifiche che le azioni di miglioramento ed i loro risultati hanno avuto sull'organizzazione

Il /I Piano/i di miglioramento possono riguardare tutti i processi ed i servizi in atto nell'Istituto; vengono progettati all'inizio dell'anno scolastico, implementati nel suo corso e verificati alla conclusione dello stesso. E' comunque prevista la possibilità di progettare, implementare e verificare le articolazioni del Piano di miglioramento anche durante il corso dell'anno scolastico, ove il DS e il Collegio dei Docenti ne ravvisino la necessità e/o l'opportunità, per rispondere a bisogni e a richieste delle parti interessate

Il Piano di miglioramento prevede i seguenti punti:

- Analisi della situazione e motivazione dell'intervento;
- Obiettivi;
- Valutazione di fattibilità, per l'individuazione e la gerarchizzazione delle attività da implementare;
- Valutazione d'impatto

- Piano delle attività;
- GANTT del Piano;
- Verifica degli esiti del Piano;
- Identificazione dei fattori critici di successo;

Fanno parte integrante del Piano di miglioramento azioni mirate di comunicazione e di condivisione dell'azione di miglioramento rivolte alle parti interessate.

Una volta formulato, il Piano di miglioramento viene approvato dal DS e condiviso con il Collegio dei docenti; il RQS ne segue l'implementazione d'intesa con i Gestori di processo coinvolti, il Gruppo di autovalutazione e con tutte le parti interessate, effettuando le relative attività di verifica e controllo.

Gli esiti del Piano vengono presentati dal RQS e dal Gruppo di autovalutazione in sede di riunione di Riesame e vengono comunicati alle parti interessate pertinenti attraverso le azioni di comunicazione e condivisione; formulati sotto forma di raggiungimento o meno degli standard fissati per gli indicatori chiave di prestazione, vengono esaminati, discussi e validati dal Collegio dei Docenti e concorrono all'individuazione delle priorità e degli obiettivi per l'anno scolastico seguente

5. INDICATORI DI PROCESSO

- a) rispetto dei tempi di raccolta delle informazioni e dei dati
- b) rispetto dei tempi di stesura del Piano di miglioramento
- c) percentuale di azioni di miglioramento portate a termine con risultati positivi
- d) numero di attori coinvolti nella progettazione e nell'implementazione delle azioni

6. RIFERIMENTI

- Manuale della Qualità, Capitolo 7.2 – Pianificazione e controllo dei processi
- –Manuale della Qualità, Capitolo 8 – Monitoraggio, misurazione, analisi e riesame
- Manuale della Qualità Capitolo 9 – Miglioramento, innovazione ed apprendimento
- P.O.F.
- Politica per la Qualità

7. ARCHIVIAZIONE

Il Piano di miglioramento è archiviato dal RQS per 3 anni, nell'ufficio di presidenza e fra i documenti dell'archivio

8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

RQS: Responsabile Qualità Scuola

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Norma UNI EN ISO 9004:2009 Gestire un'organizzazione per il successo durevole

- *European Qualification Framework (EQF)*
- *“Raccomandazione europea sulla Qualità dell’istruzione e della formazione professionale”*
- *European Quality Assurance Reference Framework (EQARF).*
- legge 107/2015
- Direttiva n. 11 del 18 settembre 2014 – Priorità strategiche del Sistema nazionale di Valutazione per gli anni scolastici 2014/2015, 2015/2016 e 2016/2017
- Nota DPR 28 marzo 2013, n. 80 – Regolamento sul sistema nazionale di valutazione
- D.P.R. 28 marzo 2013, n. 80 sui Piani di Miglioramento.

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA <i>Proc. 07 Gestione della documentazione didattica</i> <i>Riferimento cap.7</i>	

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DIDATTICA

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA’**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO

Questa procedura definisce i sistemi utilizzati dall'Istituto per assicurare l'efficacia e l'efficienza dei processi di stesura, comunicazione ed accessibilità della documentazione riguardante i processi di progettazione, erogazione e controllo del servizio formativo, con lo scopo di:

- Assicurare la conservazione del patrimonio di conoscenze maturato nell'Istituto attraverso la costruzione di un archivio della documentazione didattica;
- Promuovere la riflessione sulle buone pratiche, sui punti deboli e sugli errori attraverso la loro traduzione in documenti da parte degli stessi attori;
- Assicurare la circolazione, lo scambio e la trasmissione delle buone prassi attraverso la condivisione di esperienze documentate;
- Fornire una solida base di informazione e di conoscenza per la ricerca e la sperimentazione didattica orientata al miglioramento continuo, in conformità a quanto previsto dalla Politica della Qualità individuata e condivisa con tutte le parti interessate.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica alla documentazione che riguarda i seguenti processi implementati dall'istituto a livello dell'area didattica:

- Progettazione ed implementazione di attività, progetti, azioni, interventi
- Monitoraggio e validazione degli esiti di attività, progetti, azioni, interventi.

3. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità relative alle attività della presente procedura sono così organizzate

:

CHI FA	CHE COSA
Dirigente Scolastico	<ul style="list-style-type: none">- individua il responsabile dell'archivio didattico e gli assegna i compiti e le deleghe previsti dal profilo- stabilisce, d'intesa con il Collegio dei Docenti, le modalità di accesso ai materiali;- esamina, in sede di riunione di riesame, gli esiti dell'attività- Relaziona al Consiglio d'Istituto sui risultati dell'attività
Responsabile dell'archivio didattico	<ul style="list-style-type: none">- raccoglie ed archivia la documentazione didattica delle attività- gestisce l'accesso ai materiali- cura la pubblicazione sull'area dedicata del sito Web della scuola- relaziona al DS ed al Collegio dei Docenti sull'attività svolta- individua e propone aree di miglioramento della stessa

Responsabile Qualità Scuola	<ul style="list-style-type: none"> - segue la progettazione, l'implementazione e il monitoraggio dell'attività - archivia e rende disponibile ed accessibile la relativa documentazione - gestisce gli eventuali reclami
Collegio dei Docenti – Dipartimenti	<ul style="list-style-type: none"> - discutono con il DS le modalità di accesso agli atti - esaminano e discutono i risultati ottenuti, fornendo indicazioni e proposte per l'anno scolastico seguente
DOCENTI	<ul style="list-style-type: none"> - documentano, attraverso la produzione di materiali trasmissibili e condivisibili, i punti salienti dei percorsi formativi progettati e implementati. - consegnano i materiali prodotti al Responsabile dell'archivio didattico
DSGA	<ul style="list-style-type: none"> - individua ed assegna gli spazi per la conservazione dei materiali

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le azioni previste da questa procedura sono distribuite in 3 fasi:

Fase 1: All'inizio dell'anno scolastico, in sede di individuazione del gruppo di lavoro sul PTOF, il DS individua un docente come Responsabile dell'archivio didattico.

In sede di Gruppo di lavoro sul PTOF vengono:

- individuati i materiali da archiviare
- fissati i tempi e le modalità di archiviazione
- fissate le modalità di accesso alla documentazione nel rispetto della privacy di eventuali aventi diritto

Il Collegio dei Docenti integra e discute nel PTOF le proposte del Gruppo di lavoro.

Possono essere individuati come materiali destinati all'archivio:

- *progettazioni didattiche di area e di disciplina*
- *strumenti di verifica formativa*
- *relazioni finali sui risultati di attività*
- *modelli per il monitoraggio delle attività*
- *materiali di supporto per lo svolgimento delle attività didattiche*
- *curricoli disciplinari, di area e d'istituto orizzontali e verticali*

Il DS comunica ai docenti le modalità di accesso e di consultazione dei documenti concordate.

Contestualmente il DSGA predispone gli spazi destinati all'archivio.

Fase 2: Il responsabile dell'Archivio didattico raccoglie ed archivia i materiali individuati e tutti quelli che i docenti e i responsabili di progetto ritengono necessari per documentare esaurientemente le proprie attività

I Materiali vanno consegnati in formato cartaceo e digitale. Il Responsabile archivia i materiali cartacei negli spazi dedicati e pubblica sul sito Web della scuola la loro versione digitale.

Durante l'anno scolastico il Responsabile dell'archivio didattico aggiorna periodicamente l'elenco dei materiali disponibili e ne cura la consultazione e lo scambio.

Fase 3: Alla fine dell'anno scolastico il Responsabile dell'archivio didattico pubblica sul sito Web in chiave tematica ed in chiave cronologica l'elenco dei materiali disponibili e relaziona al DS, in sede di riunione di riesame, sui risultati dell'attività, mettendo in rilievo i punti forti e le aree di miglioramento. Il DS relaziona sui risultati dell'attività al Consiglio d'Istituto. Tali risultati rappresentano elementi in entrata per la riprogettazione ed il miglioramento.

10. INDICATORI DI PROCESSO

Sono individuati i seguenti indicatori di processo:

- numero delle richieste di accesso all'archivio
- numero degli accessi all'area dedicata del sito web
- numero dei materiali archiviati entro i termini stabiliti
- numero dei reclami per indisponibilità dei materiali pervenuti.

11. RIFERIMENTI

- Norma UNI EN ISO 9004:2009 "Gestire un'organizzazione per il successo durevole"
- Manuale della Qualità, Capitolo 6 "Gestione delle risorse" punto 6.7.2
- Procedura di sistema "Gestione della documentazione interna ed esterna"

12. ARCHIVIAZIONE

Questo documento di procedura è archiviato dal RQS, fra i documenti dell'archivio "Manuale delle Procedure"

13. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

Per quanto riguarda i termini e le definizioni utilizzate nella procedura si rimanda alla terminologia utilizzata nella Norma UNI EN ISO 9004:2009 e nel Capitolo 3 del presente Manuale

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA <i>Proc. 08 Pianificazione e controllo delle attività didattiche Riferimento cap.7</i>	

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITÀ**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’**
 - 4.1 Attività di programmazione**
 - 4.2 Controllo e valutazione dell’attività svolta**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONE**
- 8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI FUNZIONI	REDAZIONE RQS	APPROVAZIONE Dirigente Scolastico	LEGITTIMAZIONE Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

SCOPO

Scopo della seguente procedura è definire i criteri e le modalità per un'adeguata attività di pianificazione e controllo dell'attività didattica al fine di garantire lo svolgimento equilibrato della stessa ed il raggiungimento degli obiettivi definiti

2.CAMPO APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile alla pianificazione e controllo dell'attività didattica sia per le attività curricolari che extracurricolari per tutte le classi.

3.RESPONSABILITÀ

Le responsabilità relative alla pianificazione e alla programmazione didattica sono riportate nella tabella seguente:

Responsabilità	Attività
Dirigente Scolastico	<ul style="list-style-type: none">• Convoca i Collegi dei Docenti• Verifica e approva i Piani di Lavoro• Controlla l'adeguato svolgimento del Piano di Lavoro• Promuove le iniziative di ricerca•
Gruppi di lavoro di Dipartimento	<ul style="list-style-type: none">• Definisce gli obiettivi trasversali• Fissa i criteri di individuazione e la tipologia delle prove dipartimentali di ingresso bimestrali e finali• Propone l'acquisto di sussidi e l'adozione dei libri di testo
Consigli di Classe	<ul style="list-style-type: none">• Definisce gli obiettivi trasversali e gli obiettivi relativi alle varie discipline• Definisce la programmazione annuale del lavoro di classe• Formula i piani di studi personalizzati• Programma le attività extrascolastiche, i viaggi d'istruzione e le visite guidate nell'ambito della programmazione generale• Esprime giudizi di valutazione sugli apprendimenti e sulle competenze espresse in traguardi di prestazione degli alunni• Formula al Collegio dei Docenti proposte in ordine all'azione educativa e didattica• Esprime parere sulle iniziative di ricerca• Agevola rapporti tra docenti – alunni – genitori• Certifica le competenze acquisite dall'alunno
Collegio dei Docenti	<ul style="list-style-type: none">• Approva PTOF e Carta dei Servizi• Delibera l'adozione dei libri di testo• Formula proposte al D.S. per:<ul style="list-style-type: none">○ la formazione e la composizione delle classi,○ l'assegnazione dei docenti alle classi,○ la formulazione dell'orario delle lezioni,○ la definizione dell'offerta formativa facoltativa eccedente il monte ore obbligatorio

	<ul style="list-style-type: none"> ○ l'adozione del modello d'Istituto di Scheda di valutazione ○ l'assegnazione dei compiti di coordinatore e delle funzioni strumentali al PTOF ○ i criteri di composizione delle Commissioni e dei Gruppi di lavoro ● Propone al D.S. attività scolastiche nell'ambito dei criteri generali fissati dal Consiglio di Istituto ● Delibera la suddivisione dell'a.s. in periodi ● Valuta periodicamente l'efficacia dell'azione didattica e propone misure per l'attuazione del PTOF e per il miglioramento ● Delibera iniziative di ricerca ● Promuove e delibera iniziative di aggiornamento ai docenti
Gruppo di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestisce e monitorizza l'attuazione operativa del PTOF attraverso l'effettuazione di: <ul style="list-style-type: none"> ○ studi di fattibilità, ○ preparazione di piani di lavoro, ○ gestione della comunicazione, ○ gestione del monitoraggio delle attività, ○ gestione delle azioni di miglioramento e di riprogettazione. ● Riferisce al Collegio dei Docenti su proposte, azioni e risultati relativi
Insegnante	<ul style="list-style-type: none"> ● Prepara il Piano di Lavoro annuale ● Prepara la Relazione Finale di verifica del Piano di Lavoro proposto ● Esprime giudizi di valutazione ● Partecipa all'apertura ed all'aggiornamento del piano di studi personalizzato
Segreteria	<ul style="list-style-type: none"> ● Cura l'accessibilità dei documenti relativi all'attività dell'Istituto ● Distribuisce, raccoglie e trasmette il materiale cartaceo e le informazioni sui testi adottati e da adottare

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

4.1 Attività di programmazione

La pianificazione dell'attività didattica da svolgere in ciascuna classe viene sviluppata attraverso la definizione dei seguenti punti:

a) definizione del tema di lavoro d'Istituto sulla base di quanto deciso dal Collegio dei

Docenti nell'ultima riunione dell'a.s. precedente;

b) definizione degli obiettivi per aree disciplinari e definizione degli obiettivi trasversali in relazione ai traguardi di prestazione per segmento e per classe;

c) definizione obiettivi trasversali per classe e programmazione dell'attività didattica individuale.

a) Definizione del tema di lavoro d'Istituto

Nel corso del primo Collegio dei Docenti, sulla base di quanto deciso nell'ultima riunione dell'anno scolastico precedente, il Collegio stesso traccia le linee operative per lo sviluppo del tema d'istituto.

Nel corso di questa riunione il D.S.:

- sceglie i Coordinatori di Dipartimento,
- indice la riunione per Dipartimenti - presenta al Collegio gli indirizzi organizzativi e gestionali per l'anno scolastico corrente.

b) Definizione degli obiettivi per aree disciplinari e definizione degli obiettivi trasversali in relazione ai traguardi di prestazione per segmento e per classe

Durante la riunione dei Dipartimenti, a cui partecipano tutti gli insegnanti divisi per area disciplinare, si definiscono gli obiettivi per area disciplinare tenendo conto di:

- anno del corso,
- indirizzo del corso (solo per il segmento Secondaria 1° grado),
- indicazioni ministeriali,
- esperienze precedenti,
- traguardi di prestazione per segmento e per classe,
- linee del tema d'istituto.

Successivamente si individuano, per ciascuna area disciplinare:

- nuclei fondanti,
- obiettivi in riferimento alle competenze chiave e formulati sotto forma di traguardi di prestazione,
- trasversalità,
- indicatori e descrittori dei livelli minimi di prestazione,
- *standard d'istituto*,
- possibili tematiche per l'offerta facoltativa,
- metodi di insegnamento,
- scansioni temporali,

necessari per il raggiungimento degli obiettivi.

Ancora, si definiscono i criteri di valutazione e il numero minimo e la tipologia di verifiche attraverso la definizione degli indicatori e descrittori dei livelli minimi di prestazione

Si richiedono eventuali interventi di esperti

Il coordinatore verbalizza e porta il verbale in Segreteria dove resta a disposizione per la consultazione nell'Archivio all'interno della sezione "Riunioni di Dipartimento"

La verbalizzazione deve evidenziare i seguenti punti:

- nuclei fondanti,
- obiettivi declinati in competenze e tradotti in traguardi di prestazione,
- trasversalità,
- indicatori e descrittori dei livelli minimi di prestazione per segmento e per classe,

- *standard d'istituto,*
- possibili tematiche per l'offerta facoltativa,
- metodi di insegnamento,
- scansioni temporali,
- interventi di esperti e richieste di sussidi e attrezzature.

Il D.S., ricevuti i risultati del lavoro dei Dipartimenti, convoca i Gruppi di lavoro che, sulla base delle proposte dei Dipartimenti e delle opzioni espresse dai genitori all'atto dell'iscrizione, formula e propone:

- utilizzo delle quote di autonomia e/o flessibilità
 - attività extracurricolari,
 - partecipazione a progetti ministeriali, in rete con altre scuole e con istituzioni ed associazioni,
 - piani di fattibilità,
 - modalità organizzative e gestionali,
 - piani di monitoraggio delle attività,
- e formalizza l'articolazione delle proposte in progetti.

I risultati del lavoro vengono formalizzati in una relazione.

Il D.S. convoca allora, entro l'inizio dell'attività didattica., il Collegio dei Docenti, per la discussione ed approvazione della relazione del Gruppo di Pianificazione.

Quanto approvato dal Collegio e deliberato in seguito dal Consiglio d'Istituto viene riportato nel PTOF. Tutta questa fase di lavoro viene conclusa entro il mese di ottobre .per l'approvazione finale del POF e della Carta dei Servizi .

c) Definizione obiettivi trasversali rispetto alle competenze chiave per classe e programmazione dell'attività didattica individuale

Gli obiettivi trasversali per le classi sono definiti successivamente, durante il primo Consiglio di Classe e di intersezione tenuto tenendo conto della situazione di partenza e dell'anno di corso della classe.

Durante questa riunione vengono esaminati i fascicoli degli alunni al fine da individuare:

- casi critici,
- alunni diversamente abili
- numero dei ripetenti
- alunni provenienti da classi smembrate o altre scuole,
- profilo delle abilità e competenze della classe / gruppo.

In base a quanto emerso ed ai risultati dei test d'ingresso e/o delle prime prove e delle opzioni espresse dai genitori e discusse con il coordinatore, viene proposto il piano di studio personalizzato per ciascun alunno.

Il piano di studio personalizzato deve armonizzarsi con:

- definizione degli obiettivi trasversali in riferimento alle competenze chiave (metodo di lavoro e capacità organizzativa, rispetto dei tempi di lavoro proposti, utilizzo dei materiali e strutture)
- riformulazione o riconferma degli obiettivi fissati nella riunione di Dipartimento per area disciplinare
- coordinamento tra gli insegnanti per evitare concentrazione eccessiva del carico di lavoro

- scelta di lavori congiunti tra materie/aree e/o individuazione di collegamenti da fare nel corso dell'anno decisi per la classe / gruppo.

Si propongono in questa sede attività come rappresentazioni teatrali, mostre, visite guidate, e quant'altro si ritenga utile per approfondire e facilitare l'acquisizione dei contenuti e il raggiungimento degli obiettivi, secondo le linee tracciate dal progetto d'istituto.

Il verbale della riunione del Consiglio deve contenere le seguenti scelte e decisioni nonché le eventuali proposte di acquisto per:

- videocassette, audiocassette, software didattico,
- libri di lettura e di consultazione,
- attività laboratoriali,
- visite guidate,
- scambi culturali.
- spettacoli teatrali.

Entro 10 giorni dalla riunione, il coordinatore discute con i genitori il piano di studi personalizzato dell'alunno, che costituisce il nucleo del Contratto Formativo che le parti contestualmente sottoscrivono.

Successivamente, per ciascuna delle sue classi, ogni insegnante riporta nel Piano di Lavoro individuale l'attività didattica che intende svolgere.

Nel Piano di Lavoro il docente deve specificare:

- i livelli di partenza,
- gli obiettivi declinati in competenze e traguardi di prestazione,
- le attività di recupero e/o sostegno e di potenziamento,
- i criteri di valutazione,
- gli argomenti da affrontare e i loro contenuti,
- gli argomenti prioritari,
- i metodi di insegnamento,
- previsione dei tempi di lavoro,
- il numero e il tipo delle verifiche,
- i lavori interdisciplinari e di gruppo,
- i lavori da affrontare al di fuori dell'orario curricolare,
- altre attività curriculari previste quali scambi con l'estero, partecipazioni a rappresentazioni teatrali o cinematografiche, visite a musei o mostre, visite didattiche.

Il documento, una volta presentato al Consiglio di Classe, deve essere depositato in Segreteria entro la settimana successiva, e visionato dal D.S. per l'approvazione.

Il Piano di Lavoro Individuale è conservato in Segreteria, con tutta la restante documentazione della classe, per tutta la durata del corso; infine, viene inserito nel registro personale del docente.

4.3 Controllo e valutazione dell'attività didattica svolta

Periodicamente ciascun insegnante effettua a sua discrezione una valutazione circa l'andamento ed il grado di attuazione rispetto a quanto pianificato.

Tale valutazione è oggetto di riunioni dei Consigli di Classe, allo scopo di prevenire o gestire eventuali situazioni di criticità, anomalie o imprevisti che rischiano di impedire o hanno ostacolato l'attuazione di quanto pianificato.

Le eventuali azioni di recupero individuate risultano poi dai verbali di tali riunioni.

Per le azioni di monitoraggio e di miglioramento e come base per l'eventuale riprogettazione, l'insegnante e/o il Consiglio interessato possono fare riferimento alle linee di indirizzo elaborate dai Gruppi di lavoro di Dipartimento e dal Collegio dei Docenti.

Il D.S. inoltre, a sua discrezione, può periodicamente controllare l'effettivo svolgimento del Piano di Lavoro approvato.

Qualora venga riscontrata qualche carenza ritenuta di particolare gravità può convocare l'insegnante o il Consiglio interessato per discutere della situazione e trovare adeguate soluzioni.

Al termine dell'anno scolastico, entro la data fissata dal D.S., e comunque entro la fine di giugno, ogni insegnante elabora una relazione finale in cui verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati o espone il motivo del loro mancato raggiungimento.

Tale relazione viene consegnata in Segreteria, dove viene conservata per tutta la durata del corso e serve come base per una migliore pianificazione della didattica dell'anno successivo, coerentemente con le logiche del miglioramento continuo.

5. INDICATORI DI PROCESSO

Si individuano come indicatori di processo per il riallineamento ed il miglioramento:

- numero delle non conformità rilevate durante l'erogazione del processo
- rispetto della tempistica
- conformità dei prodotti alle specifiche ed ai requisiti
- puntualità e completezza della comunicazione

6. RIFERIMENTI

MANUALE DELLA QUALITA', Capitolo 7: "Gestione dei processi"

7. ARCHIVIAZIONE

- Registro dei verbali del Collegio dei docenti
- Registro dei verbali del Consiglio di classe

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Cfr. Capitolo 3

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA <i>Proc. 09</i> <i>Sviluppo e gestione del Piano Triennale dell’Offerta Formativa</i> <i>Riferimento cap.7</i>	

INDICE

10. SCOPO

11. CAMPO DI APPLICAZIONE

12. RESPONSABILITA’

13. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

14. INDICATORI DI PROCESSO

15. RIFERIMENTI

16. ARCHIVIAZIONI

17. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

18. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1.SCOPO

Lo scopo della presente procedura è definire le modalità per lo sviluppo, la documentazione, la gestione, la valutazione e la validazione del P.T.O.F. (Piano triennale dell'Offerta Formativa) al fine di garantire efficacia, coerenza e trasparenza a tutte le iniziative didattiche curricolari ed extracurricolari intraprese nel corso del triennio di riferimento per tutte le parti interessate, sia esterne che interne.

2.CAMPO APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile al P.T.O.F. inteso come quella parte della documentazione della scuola volta a definire:

- il progetto globale contenente linee guida strategiche in cui inserire le varie proposte educative e formative riguardanti studenti e docenti in linea con la *mission* della scuola
- le linee guida per l'insieme delle modalità di svolgimento e di valutazione del servizio didattico fornito dalla scuola durante l'anno scolastico.

3.RESPONSABILITÀ

Il Dirigente Scolastico ha la responsabilità di:

- stendere l'Atto di indirizzo per la predisposizione del PTOF
- individuare un responsabile coordinatore dell'attività di sviluppo del Progetto P.T.O.F.;
- individuare gli insegnanti costituenti il gruppo di lavoro per il Progetto P.T.O.F. nell'ambito del Collegio dei Docenti;
- sviluppare le parti del Progetto P.T.O.F. di sua competenza;
- promuovere e garantire la presenza di tutte le parti interessate all'elaborazione del P.T.O.F.
- promuovere e attivare i rapporti con il territorio funzionali all'elaborazione e alla gestione del P.T.O.F.;
- relazionare al Collegio dei Docenti e al Consiglio d'Istituto relativamente ai contenuti del Progetto P.T.O.F.;
- individuare gli insegnanti a cui affidare il compito di sviluppare e portare a termine le iniziative indicate nel P.T.O.F.;
- relazionare al Collegio dei Docenti ed al Consiglio d'Istituto sugli esiti del PTOF.

Il Collegio dei Docenti ha la responsabilità di:

- definire, in linea con l'autonomia didattica ed entro gli indirizzi generali tracciati dall'Atto di indirizzo del DS, il PTOF;
- approvare per quanto di sua competenza il P.T.O.F.
- valutarne e validarne gli esiti per quanto di sua competenza

Il Consiglio d'Istituto ha la responsabilità di:

- definire, in linea con l'autonomia didattica, ed entro gli indirizzi generali tracciati dall'Atto di Indirizzo del DS, il P.T.O.F.;
- adottare il P.T.O.F.;
- valutarne e validarne gli esiti

Il responsabile coordinatore, designato dal Dirigente Scolastico, sulla base delle indicazioni del Collegio dei Docenti, ha la responsabilità di:

- raccogliere le proposte attraverso apposita modulistica (*da definire a cura di ogni scuola*)
- pianificare le attività di sviluppo per il Progetto P.T.O.F.;
- coordinare il gruppo di lavoro;
- raccogliere e far archiviare il materiale relativo all'attività del Gruppo di lavoro in Segreteria.

Il gruppo di lavoro ha la responsabilità di:

- definire i contenuti del P.T.O.F., avvalendosi della collaborazione dei docenti e di tutte le parti interessate;
- approntare le schede di documentazione dei progetti/attività (*da definire a cura di ogni scuola*)
- riportare quanto definito nella Carta dei Servizi e nel documento descrittivo del P.T.O.F.

La Funzione Strumentale designata per il compito ha la responsabilità di:

- gestire lo svolgimento del POF;
- approntare, somministrare, raccogliere ed elaborare gli strumenti di monitoraggio previsti;
- relazionare al DS ed al Collegio dei Docenti sull'andamento della gestione e dei suoi esiti.

Tutti gli insegnanti sono tenuti a:

- conoscere le linee guida educative e formative che stanno alla base del P.T.O.F. e a collaborare attivamente alla sua efficace implementazione.

Un incaricato designato dal DS è responsabile di inserire il POF sul sito web dell'Istituto.

L'ufficio di Segreteria ha la responsabilità di:

- distribuire i moduli per la compilazione delle proposte di attività da inserire nel P.O.F.
- permettere l'accessibilità del P.T.O.F. a tutte le parti interessate del territorio attraverso una copia cartacea depositata presso l'Ufficio per la consultazione
- archiviare il documento in versione integrale, completo di tutti i materiali connessi.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Progettazione

Alla fine del triennio di riferimento, il Dirigente Scolastico designa all'interno del Gruppo di Pianificazione i componenti del gruppo di lavoro Progetto P.T.O.F. nonché il coordinatore responsabile del progetto.

La scelta dei docenti avviene sulla base delle loro competenze documentate nonché della loro disponibilità.

Sulla base delle direttive del Dirigente Scolastico e di quanto stabilito nel Collegio dei docenti immediatamente precedente, il coordinatore convoca, nella terza decade del mese di giugno, il primo incontro del gruppo di lavoro allo scopo di:

- definire l'obiettivo generale del P.T.O.F. per il triennio;
- effettuare ed aggiornare la pianificazione delle attività finalizzata alla stesura del testo da sottoporre all'esame e all'approvazione del Collegio dei Docenti e del Consiglio di

Istituto entro la fine di settembre in linea con quanto contenuto nell'Atto di indirizzo del DS.

Tali attività partono dalle analisi e dalle valutazioni seguenti di:

- gli indirizzi generali dell'Atto di indirizzo del DS
- le linee guida generali dei progetti curriculari ed extracurriculari degli anni precedenti;
- le schede di conclusione progetto e di valutazione relative alle varie attività svolte durante l'anno scolastico in via di conclusione;
- le nuove proposte giunte da docenti, genitori, alunni, personale ausiliario, enti locali ed associazioni operanti sul territorio. Per queste ultime le modalità di progettazione, gestione, valutazione e validazione delle attività proposte sono quelle stabilite dal Sistema di Gestione Qualità dell'Istituto; questa clausola viene riportata nel/i protocollo/i d'intesa eventualmente stipulati con soggetti esterni alla scuola.
- I risultati delle indagini sulla soddisfazione delle parti interessate pertinenti
- i risultati dell'autoanalisi dell'istituto formalizzati nel RAV e nel rapporto della riunione di Riesame
- Le proposte di miglioramento e di innovazione scaturite dall'analisi delle prestazioni, delle eventuali nuove risorse disponibili a breve ed a lungo periodo. Individuati gli obiettivi e le linee guida del PTOF, sono definiti i singoli progetti/iniziativa da sviluppare sul triennio di riferimento.

Stesura, approvazione e diffusione

Individuati gli obiettivi del P.T.O.F. le linee guida, i progetti da sviluppare e come tali da inserire nel documento finale, le relative scadenze, sulla base di quanto definito all'inizio del nuovo a.s., il D.S., nel corso del primo Collegio dei Docenti di settembre, procede con l'assegnazione degli incarichi ai docenti da coinvolgere sui singoli progetti.

Ciascun docente, designato quale Responsabile di sviluppare un progetto/attività, partendo dagli obiettivi generali e dalle linee guida definite dal gruppo di lavoro, procede allo sviluppo dello specifico progetto definendo:

- obiettivi e finalità del progetto;
- contenuti;
- destinatari;
- metodologie;
- durata;
- risorse umane e strumentali, rispetto alle quali deve essere prodotta anche l'analisi dei costi;
- modalità di verifica dei risultati;

e pianificandone le fasi di sviluppo e le relative responsabilità tramite apposito modulo distribuito dalla Segreteria(***da definire a cura di ogni scuola: cfr. SCHEMA DI MATRICE DI RESPONSABILITÀ***); tale modulo va consegnato entro la seconda decade di settembre al gruppo di lavoro per la valutazione e l'approvazione prima dell'inserimento nel documento finale e quindi nella programmazione per l'anno scolastico in corso. Ogni Responsabile si impegna inoltre a segnalare, nel corso del lavoro, le opportunità di miglioramento e di correzione/prevenzione di possibili non conformità, nella logica del miglioramento continuo.

Il gruppo di lavoro cura la stesura del testo del P.T. O.F. tenendo conto che esso deve contenere:

- le linee guida generali del progetto didattico della scuola;

- le schede dei progetti attuati da più tempo e di interesse più generale che si intendono riproporre per il triennio di riferimento
- le schede di sintesi relative ai nuovi progetti
- le linee generali dell'organizzazione della scuola
- le modalità di monitoraggio, valutazione e validazione.

Il testo, così redatto sotto forma di bozza, viene messo, entro la seconda decade di settembre, a disposizione di tutti i docenti e di tutte le parti interessate interne ed esterne, per eventuali suggerimenti e/o modifiche da apportare.

Valutate le eventuali modifiche proposte, il gruppo di lavoro provvede alla stesura definitiva del testo entro fine settembre.

Successivamente il Dirigente Scolastico convoca, sempre entro la fine di settembre, il Collegio dei Docenti, indicando nell'Ordine del Giorno la presentazione e discussione del P.T.O.F..

Durante la riunione del Collegio dei Docenti e del Consiglio d'Istituto, viene presentato e discusso il P.T.O.F. fino ad arrivare alla sua approvazione ed alla sua adozione, così da approvare, di conseguenza, tutti i progetti in esso contenuti e tutte le proposte coerenti con esso che potrebbero essere presentate durante il triennio di riferimento al Dirigente Scolastico e ai suoi collaboratori dagli stessi docenti.

L'approvazione del P.T.O.F. risulta dai relativi verbali archiviati in Segreteria.

Una sintesi del testo del P.T.O.F. così approvato viene allegato alla Carta dei Servizi e come tale viene consegnato, durante il mese di ottobre a tutti quanti fra i docenti, il personale interno e le famiglie degli alunni e le parti interessate che ne facciano richiesta.

Gestione del P.T.O.F.

Dopo l'approvazione e l'adozione la gestione operativa del P.T.O.F. viene affidata alla relativa Funzione Strumentale, che monitorizza e documenta la realizzazione delle attività e ne riferisce, mettendo in opera, se necessario, azioni correttive e/o di miglioramento.

Le azioni di monitoraggio e di documentazione hanno una scansione annuale, in modo da misurare in tempo reale gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi ed a i traguardi indicati nel PTOF sia di breve che di lungo periodo, ed in modo da permettere di intervenire tempestivamente per effettuare azioni correttivi e/o di miglioramento.

Nel corso di ogni anno scolastico, del triennio di riferimento, è possibile presentare da parte di docenti, genitori e istituzioni proposte di progetti e di attività; esse vengono vagliate dal Dirigente Scolastico e dalla Funzione Strumentale P.T.O.F. relativamente alla loro validità, fattibilità e pertinenza col P.T.O.F. approvato e possono essere immediatamente attuate seguendo le modalità sopra precisate e previa approvazione del Collegio dei Docenti

Tutti i docenti designati per i singoli progetti e tutti i gruppi di lavoro sui grandi temi, procedono nello svolgimento delle attività secondo quanto definito nel P.O.F. e pianificato per ogni specifico progetto.

Alla gestione del P.T.O.F. si applicano le specifiche dell'implementazione dei processi descritte nel Capitolo 7 – Gestione dei processi del presente Manuale.

Valutazione e validazione annuale dei risultati

Alla fine delle attività e comunque entro la fine dell' anno scolastico, i docenti ed i responsabili di attività compilano le schede di conclusione progetto relative alle attività scolastiche, provvedendo anche alla raccolta delle schede di valutazione elaborate dai partecipanti al progetto sia per le attività curricolari che extracurricolari

Queste relazioni, insieme con le valutazioni delle indagini sulla soddisfazione delle parti interessate, con le azioni di monitoraggio previste dal P.T.O.F. stesso e con i risultati dell'autovalutazione d'istitutodocumentate dal RAV ed effettuata eventualmente conMIZAR, permettono alla Funzione Strumentale al PtOF, partendo da fine maggio, di compilare un elenco di tutte le attività trattate suddiviso in base ai progetti generali e ai grandi temi.

Nel caso di coprogettazione e cogestione di una iniziativa con un soggetto/i esterno/i, le attività di valutazione e validazione sono effettuate sempre dalla scuola, in linea con quanto stabilito dalle procedure del Sistema Gestione Qualità.

Sulla base di questa documentazione la Funzione Strumentale stende una relazione finale sui seguenti punti:

- descrizione delle attività svolte;
- risultati del monitoraggio e degli strumenti di verifica;
- eventuali modifiche da introdurre nel P.T.O.F. per il successivo a.s. .

Le relazioni forniscono al Dirigente Scolastico elementi per formulare la relazione annuale sul P.T.O.F. in relazione agli obiettivi di miglioramento e agli indicatori di processo fissati, che viene sottoposta sia al Collegio dei Docenti che al Consiglio d'istituto durante le ultime riunioni dell'anno.

Il Collegio dei Docenti discute i dati e le valutazioni sopraccitate e le approva, validando così i risultati annuali del P.T.O.F.

Il Consiglio d'Istituto approva la parte di sua competenza ed il DS, sulla base di quanto emerso dai monitoraggi, dai risultati della indagine sulla soddisfazione delle parti interessate, dai risultati del Piano di miglioramento e dall'autovalutazione d'istituto documentata dal RAV ed effettuata eventualmente tramite MIZAR imposta le linee di indirizzo per l'implementazione del P.T.O.F. nell'anno scolastico successivo.

Valutazione e validazione finale dei risultati

A giugno dell'ultimo anno del triennio di riferimento, sulla base della documentazione e della validazione annuali delle attività, la Funzione Strumentale stende una relazione finale sul PTOF sui seguenti punti:

descrizione delle attività svolte;
risultati del monitoraggio e degli strumenti di verifica in relazione agli obiettivi ed ai traguardi di lungo periodo fissati;
proposte di miglioramento da inserire nel PTOF per il successivo triennio.

Le relazioni forniscono al Dirigente Scolastico elementi per formulare la relazione finale sul PTOF in relazione agli obiettivi di miglioramento e agli indicatori di processo fissati, che viene sottoposta sia al Collegio dei Docenti che al Consiglio d'istituto durante le riunioni conclusive dell'ultimo anno del triennio di riferimento.

Il Collegio dei Docenti discute i dati e le valutazioni sopracitate e le approva, validando così i risultati finali del PTOF.

Il Consiglio d'Istituto approva la parte di sua competenza e, sulla base di quanto emerso dai monitoraggi, dai risultati della indagine sulla soddisfazione delle parti interessate, dai risultati del Piano di miglioramento e dall'autovalutazione d'istituto documentata dal RAV ed effettuata con MIZAR il DS imposta le linee di indirizzo per la stesura del PTOF per il nuovo triennio.

5.INDICATORI DI PROCESSO

- percentuale dei progetti e delle attività in linea con le previsioni di tempo e di spesa
- percentuale della frequenza delle attività curricolari
- percentuale della frequenza delle attività extracurricolari
- numero dei reclami pervenuti per quanto riguarda l'ambito didattico
- numero dei reclami pervenuti per quanto riguarda l'ambito organizzativo
- numero dei soggetti esterni coinvolti nella progettazione e nell'implementazione del P.T.O.F.
- numero delle azioni di miglioramento proposte
- numero delle azioni di miglioramento implementate

(il trend positivo/negativo su base almeno triennale di questi indicatori può rappresentare una batteria di possibili indicatori di risultato desunti da MIZAR)

6.RIFERIMENTI

- Politica della Qualità
- Manuale della Qualità d'Istituto UNI EN ISO 9004:2009 , Capitolo 5- Strategia e politica
- Manuale della Qualità d'Istituto UNI EN ISO 9004:2009 , Capitolo 7 Gestione dei processi

7.ARCHIVIAZIONI

Il documento P.T.O.F. viene reso accessibile alla consultazione, sia in forma cartacea (presso la Segreteria della scuola) che digitale (pubblicazione sul sito web della scuola e sul sito "SCUOLA IN CHIARO") a tutte le parti interessate e a tutto il territorio. Le relazioni, le schede e i monitoraggi vengono archiviati a cura della Segreteria, dove restano disponibili per la consultazione e dove vengono conservati per cinque anni, come parte dell'Archivio materiali didattici dell'Istituto.

8.TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

Cfr. Capitolo 3 – Termini e definizioni del Manuale della Qualità d'Istituto UNI EN ISO 9004:2009

9.DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Organigramma di Istituto

Funzionigramma di istituto

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA <i>Proc. 10 Gestione della comunicazione interna ed esterna</i> Riferimento cap.6	

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA’**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di descrivere le responsabilità e le modalità operative previste nell'Istituto per la gestione della comunicazione interna ed esterna, in modo tale da:

- assicurare la corretta, sistematica e tempestiva circolazione delle informazioni, sia quelle rivolte ai portatori di interesse interni (personale docente e non docente, studenti, famiglie) che esterni (partner di progetto, partner di rete, fornitori, istituzioni, territorio);
- assicurare la reperibilità e la facilità di accesso per tutti i portatori di interesse delle informazioni e delle comunicazioni provenienti dall'esterno;
- far entrare la comunicazione come componente strategica di ogni processo attivato nell'Istituto;
- assicurare, attraverso una comunicazione efficace e sistematica, la diffusione e la disseminazione sul territorio del progetto educativo in cui si concretizzano la mission e la vision della scuola;
- aprire canali di ascolto rivolti al territorio, facendo della comunicazione un fattore di miglioramento.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i processi di comunicazione che interessano l'Istituto nello svolgimento delle sue attività comprese nel campo della progettazione, erogazione e controllo del servizio formativo. Le comunicazioni di carattere amministrativo-finanziario con i fornitori e quelle riguardanti la gestione del personale della scuola sono regolate dalla normativa in vigore. Le comunicazioni e le registrazioni riguardanti il SGQ sono oggetto delle specifiche procedure:

- Procedura di sistema: Gestione della documentazione
- Procedura di sistema: Gestione delle registrazioni

3. RESPONSABILITA'

Le responsabilità relative alla progettazione, erogazione e controllo dei processi comunicativi dell'istituto sono:

DIRIGENTE SCOLASTICO	E' responsabile della comunicazione interna ed esterna dell'Istituto Gestisce e coordina la comunicazione con le istituzioni nazionali e locali Gestisce la comunicazione con le Reti e con il territorio Convoca e coordina il gruppo di lavoro per la stesura del 'Piano per la Comunicazione' Relaziona al Consiglio d'Istituto sugli esiti e sui risultati del 'Piano'
GRUPPO DI LAVORO	Stende il 'Piano per la Comunicazione' come sezione del PTOF d'Istituto Monitora il 'Piano' e sulla base degli esiti propone azioni di miglioramento
RESPONSABILI DI PROGETTO	Cura la gestione dei processi di comunicazione relativi all'area di intervento secondo le indicazioni del 'Piano'
SEGRETERIA	Archivia i materiali e ne assicura l'accessibilità e la conservazione.

Le responsabilità specifiche relative alla gestione delle comunicazioni sono riportate nella "Matrice delle Responsabilità" allegato al 'Piano per la Comunicazione' d'Istituto

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

L'Istituto individua come interlocutori:

- Portatori di interesse interni: studenti, famiglie, personale
- Portatori di interesse istituzionali: MIUR, Ufficio Scolastico Regionale, Enti locali,
- Portatori di interesse partner: altre scuole, aziende, agenzie formative, associazioni del Terzo settore, Università.

Sulla base della tipologia specifica degli interlocutori coinvolti e dello scopo della comunicazione viene elaborato all'inizio dell'anno scolastico un 'Piano per la Comunicazione' che prende in esame i diversi settori progettando le specifiche modalità di:

- **Comunicazione interna:** la comunicazione interna comprende tutte le comunicazioni rivolte a/provenienti da personale, studenti, genitori, sia quelle di origine interna che quelle che, provenienti dall'esterno, devono essere diffuse a tutte le componenti dell'Istituto;
- **Comunicazione esterna:** la comunicazione esterna comprende le comunicazioni rivolte a soggetti istituzionali, al territorio e ai partner di progetto.

All'interno di queste due aree vengono inoltre distinte:

- le comunicazioni di carattere prettamente informativo necessarie per l'erogazione del servizio (p.e. calendario scolastico, impegni del personale, comunicazioni scuola-famiglia)
- le comunicazioni specificamente funzionali all'aspetto di progettazione, erogazione e controllo del servizio formativo, comprendenti quelle con i partner di progetto e le informazioni di ritorno provenienti da tutte le parti interessate (indagini sulla soddisfazione, reclami, proposte, relazioni e verifiche).

Il 'Piano per la Comunicazione' progetta le modalità di comunicazione a partire da:

- le necessità comunicative dell'Istituto in relazione alle specificità del PTOF;
- la tipologia ed il numero dei soggetti coinvolti e dei partner di progetto per l'anno scolastico in corso;
- le esperienze pregresse, sia in termini di punti di forza che di punti di miglioramento.

Della stesura del Piano è incaricato, sotto la supervisione del DS, il gruppo di lavoro per la stesura del PTOF, di cui il Piano costituisce una specifica sezione.

Il 'Piano per la Comunicazione' prevede che, per ogni tipologia di comunicazione e per ogni destinatario, siano indicati:

- strumento e supporto
- tempistica
- modalità/responsabilità di stesura
- modalità/responsabilità di trasmissione
- modalità/responsabilità di accesso
- modalità/responsabilità di controllo
- modalità/responsabilità di archiviazione

PROPOSTA DI STESURA ATTRAVERSO SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

Area: comunicazione interna di carattere informativo

Tipologia: circolare

Destinatario: genitori

<i>Strumento/supporto</i>	<i>tempistica</i>	<i>stesura</i>	<i>trasmissione</i>	<i>accesso</i>	<i>controllo</i>	<i>archiviazione</i>
<i>Registro delle comunicazioni</i> <i>Sito web</i> <i>supporto cartaceo/digitale</i>	<i>Diffusione con preavviso di 2 giorni</i>	<i>DS o suo delegato</i>	<i>Lettura in classe – docente in servizio</i> <i>Pubblicazione sul sito Web</i>	<i>Personale ATA</i> <i>Gestore sito WEB</i>	<i>Annotazione sul Giornale di classe.</i>	<i>Segreteria: registro del protocollo</i>
<i>Etc...</i>						

Per ogni progetto/attività previsto dal POF il ‘Piano per la Comunicazione’ prevede la compilazione di una parte specificamente dedicata alle modalità di diffusione/disseminazione, sia in entrata (fase informativa e di diffusione dell’azione) sia in uscita (comunicazione e diffusione degli esiti sia all’interno che all’esterno dell’Istituto).

Alla fine dell’anno scolastico, in sede di riunione di Riesame e di verifica e validazione del POF, vengono esaminati gli esiti del ‘Piano per la Comunicazione’, in relazione agli indicatori di processo individuati ed agli standard di risultato previsti per l’anno scolastico. I punti forti ed i punti di miglioramento risultanti rappresentano elementi in entrata per la stesura del Piano per l’anno scolastico seguente.

5. INDICATORI DI PROCESSO

Il processo della comunicazione viene monitorato costantemente dal RQS, sotto la supervisione del DS, attraverso l’analisi dei seguenti indicatori:

- Numero dei reclami provenienti dall’area comunicazioni interne
- Numero dei reclami provenienti dall’area comunicazioni esterne
- Numero degli accessi al sito web dell’Istituto
- Soddisfazione dei portatori di interesse
- Numero dei partecipanti agli eventi rivolti all’esterno

6. RIFERIMENTI

- Manuale della Qualità, Capitolo 5 “Strategia e politica”, punto 5.4
- Manuale della Qualità, Capitolo 6 “Gestione delle Risorse”, punti 6.7.1-3
- UNI EN ISO 9004:2009 Sistemi di gestione per la qualità
- Procedura *Gestione delle non conformità*

7. ARCHIVIAZIONE

Tutti i materiali di cui si fa menzione nella presente procedura sono archiviate dalla Segreteria e/o dai Responsabili di progetto e sono conservati presso la Segreteria dell'Istituto secondo i criteri stabiliti dalla normativa vigente, su supporto cartaceo e/o digitale.

Tutte le informazioni relative al processo di comunicazione sono conservate dal DS nell'Ufficio di Direzione per almeno cinque anni per la consultazione e per la considerazione della stessa in sede di riesame.

8. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Per quanto riguarda i termini e le definizioni utilizzate nella procedura si rimanda alla terminologia utilizzata nella Norma UNI EN ISO 9004:2009 e nel Capitolo 3 del presente Manuale.

 M.I.U.R. U.S.R. per la Campania Direzione Generale	I.C “G.GALILEI” ARIENZO (CE)	 Polo Qualità Di Napoli
	PROCEDURA DI SISTEMA <i>Proc. 11 accertamento e gestione BES</i> <i>Riferimento cap.4</i>	

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. RESPONSABILITA’**
- 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**
- 5. INDICATORI DI PROCESSO**
- 6. RIFERIMENTI**
- 7. ARCHIVIAZIONI**
- 8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**
- 9. ALLEGATI**

FASI	REDAZIONE	APPROVAZIONE	LEGITTIMAZIONE
FUNZIONI	RQS	Dirigente Scolastico	Responsabile Polo Qualità Napoli
NOMINATIVO	Carfora Maria Teresa	Pirozzi Maria	Angela Orabona
DATA	18/06/2016	18/06/2016	18/06/2016
FIRMA			

1. SCOPO

Questa procedura definisce il processo per valorizzare le potenzialità di ciascun allievo con BES (DSA), soddisfare le aspettative di crescita e di miglioramento, individuare percorsi rispondenti ai bisogni di ciascuno e definire le regole e le responsabilità per un' adeguata inclusività

. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica a tutte le attività implementate dall'Istituto, relative agli alunni con BES, sia afferenti alla didattica sia all'area organizzativa, come:

Indagine sui bisogni formativi dell'utenza
Segnalazione casi certificati e non
Assegnazione alunni alle classi
Elaborazione e Approvazione del PDP
Verifica andamento didattico-disciplinare
Incontri periodici con le famiglie
Redazione del PAI

In particolare, il DS garantisce il raccordo di tutti i soggetti che operano nella scuola con le realtà territoriali; stimola e promuove ogni utile iniziativa finalizzata a rendere operative le indicazioni condivise con organi collegiali e famiglie, e precisamente:

- attiva attività di screening per l'emersione dei BES;
- trasmette alla famiglia apposita comunicazione;
- riceve eventuale diagnosi dalla famiglia, la acquisisce al protocollo e la condivide con il gruppo docente;
- promuove attività di formazione/aggiornamento per il conseguimento di competenze specifiche diffuse;
- promuove e valorizza progetti mirati, individuando e rimuovendo ostacoli, assicurando il coordinamento delle azioni (tempi, modalità, finanziamenti);
- promuove l'intensificazione dei rapporti tra i docenti e le famiglie di alunni e studenti con DSA, favorendone le condizioni e prevedendo idonee modalità di riconoscimento dell'impegno dei docenti;
- attiva il monitoraggio relativo a tutte le azioni messe in atto, al fine di favorire la riproduzione di buone pratiche e procedure od apportare eventuali modifiche.

3. RESPONSABILITÀ

CHI FA	CHE COSA
Dirigente Scolastico	<ul style="list-style-type: none">- Promuove azioni di ascolto per l'emersione dei BES.- Acquisisce le diagnosi.- Assegna gli alunni alle classi.- Nomina il Referente BES.- Promuove attività di formazione e aggiornamento.- Coordina le attività del consiglio di classe.- Sentito il consiglio di classe, convoca la famiglia e realizza con la dovuta delicatezza i primi momenti informativi.- Sostiene la famiglia nelle procedure di accertamento e di certificazione.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene i contatti con ASL e Servizi sociali. - Sostiene le procedure elaborate dalla scuola per l'inclusione e il successo formativo di tutti e vigila sull'applicazione delle stesse da parte di tutti i docenti. - Presiede, almeno per la prima volta, i consigli delle classi in cui sono presenti situazione che necessitano di attenzione per avviare le procedure. - Si assicura che i processi valutativi rispettino i PEI/PDP o le decisioni prese dal consiglio in fase progettuale e inclusiva. - Cura, d'intesa con la FS all'orientamento e all'inclusività il passaggio di ordine di scuola. - Vigila affinché il fascicolo personale contenga tutta la documentazione utile all'ordine di scuola successivo. - Favorisce il raccordo tra ordine di scuola.
Responsabile Qualità	<ul style="list-style-type: none"> - Segue la progettazione, l'implementazione e il monitoraggio delle attività relative alla presente procedura. - Archivia e rende disponibile ed accessibile i risultati del monitoraggio effettuato.
Responsabile BES	<ul style="list-style-type: none"> - Progetta ed attiva azioni di screening e di ascolto ed indagine sui bisogni formativi speciali. - Promuove rapporti di continuità con i docenti della scuola secondaria di primo grado e/o di secondo grado. - Cura l'archiviazione della documentazione unitamente all'assistente amministrativo preposto per gli alunni nella fase di passaggio all'ordine di scuola successivo. - Segnala ai coordinatori di classe l'avvenuta presentazione, da parte dei genitori, di eventuale documentazione medica o specialistica o di eventuali informazioni utili. - Promuove momenti di confronto tra i consigli di classe con allievi BES. - Elabora check list di osservazione e griglie di valutazione di concerto col gruppo di lavoro BES.
Docente Coordinatore di classe	<ul style="list-style-type: none"> - Segnala eventuali BES evidenziati durante il percorso scolastico da allievi. - Socializza con i colleghi, in incontri dedicati, la presenza dell'allievo BES e promuove momenti di confronto. - Condivide check list di osservazione e griglie di valutazione. - Tiene i contatti con il dirigente e insieme a questi con la famiglia. - Tiene i contatti con il Referente d'Istituto. - Eventualmente prende contatti con la scuola precedente. - Coordina le attività pianificate e la stesura del PEI e PDP, tenendo aggiornata la relativa documentazione. - Provvede ad informare i colleghi su eventuali evoluzioni del problema. - Convoca la famiglia per eventuali segnalazioni di nuovi

	<p>casi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valuta con la famiglia e il ragazzo con difficoltà l'opportunità e le dovute modalità per affrontare in classe il problema. - Cura e archivia la documentazione sia certificativa che scolastica.
Consiglio di classe	<ul style="list-style-type: none"> - Legge e analizza la diagnosi clinica di DSA/ certificazione 1.104/92/D.F./ e –o cura la segnalazione di BES indicando se sia opportuna e necessaria l'adozione di una personalizzazione e per quali discipline. - Cura la compilazione delle griglie di osservazione preordinate alla stesura del PDP/PEP/PEI. - Incontra la famiglia per osservazioni e informazioni particolari; per confronto e collaborazione. - Redige per ogni alunno BES un Piano educativo individualizzato (PDF e PEI – in presenza di diagnosi funzionale e L.104/92) o un Piano Didattico Personalizzato (PDP – DSA o BES certificato) o un Piano educativo personalizzato a seconda del caso (e in assenza di certificazione, ricordando la personalizzazione è obbligo normativo sancito dalla L.53/2003 per tutto l'obbligo scolastico – fino al primo biennio della SS II). - Concorda il grado di individualizzazione/personalizzazione (adattamenti didattici in aula, interventi personalizzati in aula e fuori, personalizzazioni del percorso scolastico) e il raccordo con il percorso comune a tutta la classe. - Adotta strategie di organizzazione delle attività in aula, modalità di fruizione - elaborazione dei saperi, metodi di lavoro, modalità di verifica e valutazione che consentano la partecipazione e il successo di tutti gli studenti della classe, anche se in misura diversa. - Individua le modalità di comunicazione e condivisione possibile dei percorsi attivati per gli studenti con BES con gli studenti stessi e le loro famiglie. - Condivide il PEI o il PDP con la famiglia. - Tutto il consiglio di classe sottoscrive il PEI o il PDP unitamente alla famiglia.
Singolo docente	<ul style="list-style-type: none"> - segnala al coordinatore eventuale nuovi casi; - concorda con le famiglie la modalità di svolgimento dei compiti a casa; o i comportamenti più idonei per evitare destabilizzazioni per atteggiamenti contrastanti tra scuola e famiglia; - si accerta che i compiti vengano registrati opportunamente anche con l'aiuto dei compagni, - fornisce strumenti più adatti e utilizza gli strumenti compensativi e dispensativi concordati con la famiglia – per i DSA - (l.170/10- C.M. n. 8 del 06/03/2013;

	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce le modalità di verifica in rispetto del D.P.R. 122 del 22/06/09 –1.170/10- C.M. n. 8 del 06/03/13; - per BES e DSA - modula gli obiettivi facendo riferimento ai saperi essenziali della propria disciplina; - valuta lo studente in chiave formativa individuando le soglie di accettabilità (D.P.R. 122 del 22/06/09 –1.170/10- C.M. n. 8 del 06/03/13); - favorisce l'autostima e il rinforzo positivo.
Gruppo di lavoro per l'inclusione	<ul style="list-style-type: none"> - Predispone i materiali per lo screening iniziale; - Raccoglie la documentazione degli interventi didattico-educativi posti in essere anche in funzione di azioni di apprendimento organizzativo in rete tra scuole e/o in rapporto con azioni strategiche; - Rileva, monitora e valuta il livello di inclusione della scuola; - Elabora una proposta di Piano Annuale per l'Inclusione, da redigere al termine di ogni anno scolastico, entro il mese di giugno.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le azioni previste da questa procedura, basati su giudizi informati e sulla individuazione di priorità, sono:

Screening per le classi prime

Acquisizione documenti di diagnosi.

Contatti con le famiglie.

Elaborazione e condivisione di check list di osservazione, modelli di programmazione e griglie di valutazione.

Promozione di attività di formazione e aggiornamento dei docenti delle classi coinvolte. Incontri periodici con le famiglie.

Promozione di rapporti di continuità con i docenti dell'ordine scolastico precedente e successivo.

Elaborazione ed approvazione PDP. Valutazioni in itinere e finale.

Elaborazione del Piano annuale per l'inclusione.

Azioni ed interventi da attuare

Nel mese di settembre, in relazione alle risorse effettivamente assegnate, il GLI provvederà ad un adattamento del Piano annuale per l'inclusione, sulla base del quale il Dirigente Scolastico procederà all'assegnazione definitiva delle risorse.

A cura del GLI, sarà la predisposizione di griglie di osservazione per l'individuazione dei BES. Successivamente sarà fatta l'analisi dei dati e la condivisione dei risultati nei consigli di classe sui casi sospetti e quindi saranno allertate le famiglie.

Nel mese di giugno i docenti delle classi quinte della scuola primaria e delle classi prime della scuola secondaria si incontrano al fine di

- Socializzare con i colleghi nuovi la presenza di eventuali allievi BES
- inquadrare le strategie da adottare
- Discutere e confrontarsi su Piano Didattico Personalizzato

Nel corso dell'anno scolastico, si approva il PDP con la presenza della famiglia per discutere le strategie da adottare, le regole da rispettare e gli eventuali strumenti compensativi e/o misure dispensative.

Il monitoraggio in itinere sarà effettuato da parte del coordinatore per verificare l'efficacia delle strategie messe in atto, per individuare punti di forza o debolezze nell'apprendimento dei contenuti di volta in volta presentati ed eventualmente rettificare le strategie, le modalità di verifica, ecc.

Sarà effettuata la socializzazione delle osservazioni e dei risultati nel consiglio di classe.

Il monitoraggio in itinere, della situazione avverrà a fine trimestre per programmare interventi di recupero/potenziamento individualizzato.

Il GLI rileva, monitora e valuta il livello di inclusione della scuola quindi elabora una proposta di Piano Annuale per l'Inclusione, da redigere al termine di ogni anno scolastico, entro il mese di giugno.

INDICATORI DI PROCESSO

Rispetto della tempistica

Completezza della documentazione

Risultati di apprendimento e successo formativo degli allievi BES

Rapporti con le famiglie e numero di incontri

Verbalizzazioni delle riunioni

RIFERIMENTI NORMATIVI

Norma UNI EN ISO 9004:2009

Legge 8 ottobre 2010, n° 170

LINEE GUIDA ALLEGATE AL D.M. 12 LUGLIO 2011

Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013 "Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative"

Nota Ministeriale del 22/11/2013, n. 2563 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali

ARCHIVIAZIONE

Tutta la documentazione relativa agli alunni BES è reperibile presso l'Ufficio didattica e i singoli PDP conservati nei fascicoli degli allievi

La modulistica specifica inerente la gestione degli alunni BES è archiviata a cura del referente BES e scaricabile dal sito scolastico.

TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

RQS: Responsabile Qualità Scuola

PDP: Piano Didattico Personalizzato

BES: Bisogni educativi speciali

GLI: Gruppo di Lavoro per l'inclusione

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Modello PDP

Piano Annuale per l'Inclusione

ALLEGATI

1. Griglia osservazione per l'individuazione alunni BES;
2. Scheda rilevazione dei "punti di forza" dell'alunno e gruppo classe su cui fare leva nell'intervento;

3. Scheda di rilevazione delle condizioni che facilitano il processo di apprendimento;
4. Scheda rilevazione dei BES da compilare nei c.d.c di novembre;
5. Scheda di osservazione per l'ADHD e/o iperattività
6. Scheda di consegna all'ordine successivo

Allegato n. 1

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DI ALUNNI BES

Barrare con una X le caselle corrispondenti alle voci che specificano la situazione dell'alunno.

	ALUNNO: 201_/1_	CLASSE:	A.S.	
Sfera relazionale/ comportamentale	Mostra atteggiamenti di bullismo o minacce			
	Dimostra opposizione ai richiami			
	Non stabilisce buoni rapporti con i compagni			
	E' poco accettato/ ricercato dai compagni			
	Mostra la tendenza a mentire e/o ingannare			
	Trasgredisce regole condivise			
	Ha reazioni violente con i compagni			
	Si isola dagli altri per lunghi periodi			
	Distrugge oggetti e/o compie atti di vandalismo			
	Compie gesti di autolesionismo			
Sfera dello sviluppo	In molte attività mostra rilevante confusione mentale			
	Ha difficoltà di comprensione verbale			
	Non si esprime verbalmente			
	Parla in continuazione			
	Ha difficoltà fonologiche			
	balbetta			
	Si esprime con frasi poco chiare/poco strutturate			
	Ha una rapida caduta dell'attenzione			
	Ha difficoltà a comprendere le regole			
	Ha difficoltà di concentrazione			
	Ha difficoltà logiche			
	Ha difficoltà a memorizzare			

Sfera emozionale	Presenta ritardi nel linguaggio		
	Ha difficoltà di apprendimento		
	Ha improvvisi e significativi cambiamenti dell'umore		
	Ha comportamenti bizzarri		
	Manifesta fissità nelle produzioni		
	Lamenta malesseri fisici		
	Attribuisce i propri successi/insuccessi a cause esterne		
Sfera sociale	Ha difficoltà ad esprimersi di fronte al gruppo		
	Ha propensione a biasimare se stesso o colpevolizzarsi		
	Rinuncia di fronte all'impegno, alle prime difficoltà		
	Dimostra scarsa autonomia personale		
	Ha difficoltà di organizzazione spazio/temporale		
	Ha difficoltà di coordinazione grosso/motoria		
	Ha difficoltà di coordinazione fine		
	Si appropria di oggetti non suoi		
	Ha scarsa cura degli oggetti		
	Non è collaborativo		
	Ha un abbigliamento inappropriato all'età o alla stagione		
	Ha una scarsa igiene personale		
	Presenta segni fisici di maltrattamento		
	Ha materiale scolastico/didattico insufficiente		
	Sfera ambientale	Famiglia problematica	
		Pregiudizi ed ostilità culturali	
		Difficoltà socioeconomiche	
Ambienti deprivati/devianti			
Difficoltà di comunicazione e o collaborazione tra scuola, servizi, enti operatori....) che intervengono nell'educazione e nella formazione*			

Specificare qui	Bisogni espressi dal team degli insegnanti relativamente alle problematiche evidenziate (strumenti, informazioni, sussidi...)	
Apprendimento lingue straniere	Pronuncia difficoltosa	
	Difficoltà di acquisizione degli automatismi grammaticali di base	
	Difficoltà nella scrittura	
	Difficoltà nell'acquisizione nuovo lessico	
	Notevoli differenze tra comprensione del testo scritto e orale	
	Notevoli differenze tra la produzione scritta e orale	

Allegato n.2

Scheda rilevazione dei “punti di forza” dell’alunno e gruppo classe su cui fare leva nell’intervento

Punti di forza dell’allievo, su cui fare leva nell’intervento	Discipline preferite		
	Discipline in cui riesce		
	Attività preferite		
	Attività in cui riesce		
	Desideri e /o bisogni espressi		
	Hobbies, passioni, attività extrascolastiche		
Punti di forza gruppo classe	Presenza di un compagno o un gruppo di compagni per le attività disciplinari	SI (specificare)	no
	Presenza di un compagno o un gruppo di compagni per le attività extrascolastiche	Si (specificare)	no

Allegato n. 3

Scheda di rilevazione delle condizioni facilitanti, che consentono la partecipazione dell'alunno **al processo di apprendimento** e alla vita della classe.

Segnare con una X le “condizioni facilitanti”. In caso positivo (SI), specificare.

organizzazione dei tempi aggiuntivi rispetto al lavoro d'aula	Si	No
attività in palestra o altri ambienti diversi dall'aula	Si	no
uso di strumenti, sussidi , attrezzatura specifica, strumenti compensativi	si	no
Adattamenti, differenziazioni, accorgimenti messi in atto dagli insegnanti nelle modalità di lavoro in aula	Si, nelle attività di	no
attività personalizzate in aula	Si	no
attività in piccolo gruppo con lo scopo di facilitare l'alunno	Si	no
attività individuali fuori dell'aula	Si	no

Allegato n.4

**SCHEMA DI RILEVAZIONE DEI
BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI(BES)**

Classe _____ sezione _____

n° totale alunni _____ di cui n° alunni DSA.....
n° alunni con disabilità.....
n° alunni BES individuati dal c.d.c

Descrizione dei casi di bisogno educativo speciale per cui vengono richiesti strumenti di flessibilità da impiegare nell'azione educativo-didattica:

Alunno/a	Tipi di BES	Modalità di intervento	Programmazione incontri
Tipi di BES 1. Carezza affettive-relazionali 2. difficoltà di apprendimento 3. disagio economico 4. disturbo specifico di apprendimento DSA con certificato 5. disagio sociale 6. divario culturale 7. disturbo da deficit di attenzione e iperattività 8. divario linguistico 9. disabilità certificata ai sensi della Legge 104/92 10. Altro (specificare).....		Modalità di intervento PEI (piano educativo individualizzato)legge 104/92 PDP (piano didattico personalizzato) Altre scelte didattiche che non comportino la stesura del PDP Programmazione incontri 1.GLH operativo (legge 104/92) 2.Ricevimento famiglie 3.Mensile 4.Altro(specificare)	

