



0. INDICE

0.	INDICE.....	1
1.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
2.	RIFERIMENTI	2
3.	RESPONSABILITÀ	2
4.	OPINIONE DEGLI STUDENTI E DEI LAUREATI	2
5.	AUDIT INTERNI	3
5.1	Qualifica del personale addetto agli audit interni	3
5.2	Svolgimento degli audit interni	3
6.	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	4
6.1	Gestione dei reclami.....	5
7.	GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE	5
8.	ALLEGATI	6

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	27/02/07	Emissione	Tutte
01	11/01/10	ISO 9001:2008, Audit interno	Tutte
02	13/05/13	Recepimento Statuto di Ateneo	Tutte
03	24/04/14	Inserimento nuovo allegato modulo "Gestione reclami"	5-6
04	10/04/18	Adeguamento UNI EN ISO 9001: 2015	Tutte

REDAZIONE E VERIFICA: RSQ

APPROVAZIONE: Rettore

(F.to prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo)

(F.to prof. Sauro Longhi)



1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le responsabilità e le modalità di gestione dei processi di valutazione delle prestazioni e di miglioramento del SGQ.

La procedura si applica al monitoraggio dell'opinione degli studenti e dei laureati, alla gestione degli audit interni, alla gestione delle non conformità, alla gestione delle azioni di miglioramento del SGQ.

2. RIFERIMENTI

Norma UNI EN ISO 9001: 2015 § 9-10

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione delle attività definite in questa procedura è dei soggetti indicati nella stessa.

4. OPINIONE DEGLI STUDENTI E DEI LAUREATI

La rilevazione dell'opinione degli studenti avviene tramite la somministrazione di un questionario predisposto dall'ANVUR (allegato IX al Documento ANVUR del 9 gennaio 2013, scheda 1 per studenti frequentanti e scheda 3 per studenti non frequentanti).

Per ciascuna domanda è prevista una sola risposta secondo una scala di valutazione che prevede le seguenti quattro tipologie di risposte: Decisamente NO; Più NO che SI; Più SI che NO; Decisamente SI.

La somministrazione dei questionari agli studenti avviene in modalità online fra i 2/3 e il termine della durata dell'insegnamento ed è comunque obbligatoria all'atto dell'iscrizione alla prova di esame.

Il periodo temporale in cui viene effettuata la rilevazione va dal 1 novembre al 30 settembre dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel I semestre, e dal 1 aprile al 28 febbraio dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel II semestre.

I dati raccolti vengono elaborati semestralmente dalla Divisione Statistica e Valutazione, che provvede, in collaborazione con il PQA, a renderli disponibili ai singoli docenti, ai Presidenti dei CdS, ai Presidi di Facoltà ove costituita/Direttori di Dipartimento, alle Commissioni Paritetiche, al Nucleo di Valutazione e al Rettore.

Le risultanze dell'indagine vengono analizzate dai singoli CdS all'interno della Scheda SUA-CdS (quadro B6) e della Scheda di monitoraggio annuale. Nel caso di risultati negativi, il CdS predisporrà le opportune azioni di miglioramento, dandone evidenza come previsto dalle procedure del SGQ.

Annualmente, il PQA provvede a pubblicare in forma anonima i risultati della rilevazione all'interno del sito web di Ateneo, disaggregati per corso di insegnamento e per item.

Entro il 30 aprile di ogni anno, inoltre, il NdV redige una relazione sull'opinione degli studenti, così come previsto dalla legge n. 370/1999.



La rilevazione delle opinioni dei laureati viene svolta per conto dell'Ateneo dal Consorzio AlmaLaurea.

Le risultanze dell'indagine vengono analizzate dai singoli CdS all'interno della Scheda SUA-CdS (quadro B7) e della Scheda di monitoraggio annuale. Nel caso di risultati negativi, il CdS predisporrà le opportune azioni di miglioramento, dandone evidenza come previsto dalle procedure del SGQ.

Annualmente, il PQA provvede a pubblicare le risultanze disaggregate per corso di studi rapportate all'Ateneo e alla classe.

5. AUDIT INTERNI

5.1 Qualifica del personale addetto agli audit interni

Il responsabile incaricato di svolgere l'audit interno viene scelto sulla base dei seguenti parametri:

- conoscenza approfondita delle norme di riferimento;
- partecipazione a corsi di formazione specifici;
- non appartenenza e non responsabilità nelle attività caratteristiche dell'area operativa valutanda.

Nel caso in cui tra le risorse interne non sia possibile trovare un soggetto che risponda alle caratteristiche sopra elencate, l'Ateneo si riserva la possibilità di rivolgersi ad una società di consulenza per lo svolgimento degli audit interni.

5.2 Svolgimento degli audit interni

L'audit interno viene effettuato dal Responsabile designato secondo il **Programma Triennale (PG.03/AII01)** elaborato dal RSQ ed approvato dal Direttore Generale e dal Rettore, contenente:

- le Aree Operative e le Attività/processi da Verificare;
- i relativi documenti di Sistema da verificare;
- il nome del Responsabile designato per ogni singolo audit interno;
- il personale coinvolto nell'audit interno;
- la data prevista per ogni audit;
- la durata prevista per ogni audit.

Il RSQ si occupa di comunicare al Responsabile designato l'incarico assegnatogli e di illustrargli il ruolo che dovrà svolgere all'interno del Sistema Qualità.

Notifica inoltre, per tempo, al personale dell'Area Operativa interessata quanto stabilito nel **Programma triennale** in termini di date e modalità di svolgimento dell'audit.

Il RSQ si occupa inoltre di predisporre il documento per il verbale dell'audit (**PG.03/AII02**) da utilizzare per l'esecuzione dello stesso. Tale documento contiene:

- data prevista e data di effettuazione dell'audit;
- nome del Responsabile incaricato;



- Area Operativa/attività valutata;
- documenti, fasi e attività da controllare;
- personale coinvolto;
- osservazioni e scostamenti rispetto a quanto previsto nei documenti del Sistema Qualità;
- risoluzioni proposte per le Non Conformità rilevate.

Il Responsabile dell'audit interno utilizza il documento di verbale e lo completa in ogni sua parte. Al termine della visita il Responsabile dell'area operativa verificata e il Responsabile dell'audit interno firmano il modulo per accettazione delle Osservazioni/Non Conformità.

Il Responsabile dell'audit interno si occupa di consegnare il verbale originale al RSQ e copia al Responsabile dell'area operativa verificata.

I dati relativi agli audit interni vengono valutati in sede di riesame della direzione di Ateneo.

6. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le Non Conformità riscontrabili in Ateneo sono principalmente le seguenti:

- non conformità di servizio relative alle modalità di erogazione e alle specifiche del servizio;
- non conformità di processo relative alla non corretta applicazione delle procedure del sistema.
- non conformità di prodotto relative a materiali acquistati e a documentazione elaborata;

Le non conformità relative ai prodotti acquistati vengono rilevate secondo quanto definito nella Istruzione Operativa "Approvvigionamento", registrando lo scostamento nell'apposito documento utilizzato per il controllo dei prodotti e, se necessario, aprendo una non conformità.

Per tutte le altre tipologie di non conformità si utilizzano le seguenti modalità di gestione.

Il personale che rileva la Non Conformità, in seguito a reclamo di un cliente o per un'altra motivazione, la segnala al RSQ/RQA/RQF/RQD a seconda della competenza.

Il RSQ/RQA/RQF/RQD compila il Modulo di Gestione delle Non Conformità (PG.03/AII03), registrando quanto rilevato con:

- data;
- attività di riferimento;
- nome di chi ha identificato la Non Conformità.

Egli contatta il responsabile competente per informarlo dello scostamento e per sentire la sua opinione in merito al trattamento da effettuare.

A questo punto il RSQ/RQA/RQF/RQD, su indicazione del responsabile competente, indica nel Modulo di Gestione di Non Conformità:

- il numero del modulo (numero progressivo + sigla struttura di riferimento/anno);
- il responsabile designato ad effettuare il trattamento risolutivo;
- le modalità di effettuazione del trattamento;

Egli informa inoltre il responsabile designato dell'incarico ricevuto e delle modalità di effettuazione del trattamento risolutivo.

Quando il responsabile del trattamento designato ha svolto il proprio compito, il RSQ/RQA/RQF/RQD ne verifica l'esito e lo registra sul modulo.



Se la Non Conformità è stata risolta egli chiude il Modulo e lo archivia.

Se non è stata risolta apre un nuovo modulo e riavvia la suddetta procedura.

Semestralmente ogni RSQ/ROA/ROF/RQD rielabora i dati relativi alle Non Conformità registrate per utilizzarli in sede di Riesame della Direzione.

6.1 Gestione dei reclami

I reclami degli utenti pervengono alle Presidenze delle Facoltà/Nuclei Didattici di Dipartimento o direttamente al Rettorato. Essi vanno gestiti a livello di Facoltà/Dipartimento se non coinvolgono l'Ateneo, altrimenti deve esserne portato a conoscenza il Rettore. Chi riceve il reclamo è responsabile di gestirlo e di registrarne l'avvenuta gestione attraverso apposita documentazione o nel modulo delle Non Conformità.

I reclami vengono registrati nel modulo Gestione reclami (PG03.AII05) e valutati in sede di riesame della direzione.

7. GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE

La necessità di intraprendere un'Azione Correttiva può derivare da attività e documenti interni:

- attività di riesame;
- rapporti di Non Conformità;
- audit interni;
- audit di terza parte;
- reclami degli utenti;
- indagini di rilevazione dell'opinione degli studenti e dei laureati;
- consultazioni con le organizzazioni rappresentative della produzione di beni e servizi e delle professioni;
- modifiche sostanziali all'organizzazione e al SGQ.

Per aprire un'Azione Correttiva il Responsabile compila l'apposito "Modulo di Gestione delle Azioni di Miglioramento" (PG03.AII04) indicando:

- il numero progressivo
- la data di apertura
- il CdS di riferimento se applicabile
- origine
- NC
- Analisi delle cause
- Azione di miglioramento proposta
- Tempi di attuazione
- Responsabile dell'attuazione
- Responsabile della verifica dell'efficacia
- tempi e modi per la verifica dell'efficacia

L'esito dell'azione viene riportato all'interno dello stesso modulo a cura del responsabile.



Se l'esito della verifica è stato negativo, il Responsabile decide se intraprendere o meno un'altra Azione Correttiva.

I dati relativi alle azioni correttive o preventive vengono valutati in sede di riesame della direzione.

8. ALLEGATI

PG.03/AII01: Programma triennale degli audit interni

PG.03/AII02: Verbale di audit interno

PG.03/AII03: Gestione delle Non Conformità

PG.03/AII04: Gestione delle Azioni di Miglioramento

PG.03/AII05: Gestione dei reclami