

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 1 di 6
---	--	---

0. INDICE

0.	<i>INDICE</i>	1
1.	<i>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</i>	2
2.	<i>RIFERIMENTI</i>	2
3.	<i>DEFINIZIONI</i>	2
4.	<i>RESPONSABILITÀ</i>	2
5.	<i>SODDISFAZIONE DELL'UTENTE</i>	2
6.	<i>AUDIT INTERNI</i>	2
6.1	<i>Qualifica del personale addetto agli audit interni</i>	2
6.2	<i>Svolgimento degli audit interni</i>	3
7.	<i>GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ</i>	4
7.1	<i>Gestione dei reclami</i>	5
8.	<i>GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE</i>	5
9.	<i>ELENCO ALLEGATI</i>	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

REDAZIONE E VERIFICA: RSQ

APPROVAZIONE: Rettore

(prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo)

(prof. ing. Sauro Longhi)

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 2 di 6
---	---	---

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le responsabilità e le modalità di gestione dei processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento del SGQ.

La procedura si applica al monitoraggio della soddisfazione del cliente, alla gestione degli audit interni, alla tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi, alla gestione delle azioni di miglioramento del SGQ.

2. RIFERIMENTI

Capitolo 04 del MQ;

Norma UNI EN ISO 9001:2008 paragrafo 8

3. DEFINIZIONI

Non Conformità effettiva: situazione di non soddisfacimento attuale di un requisito previsto dalla Documentazione del SQ.

Non Conformità potenziale: situazione di pericolo di non soddisfacimento di un requisito previsto dalla Documentazione del SQ.

Azione Correttiva: viene intrapresa per eliminare la causa di una Non Conformità effettiva.

Azione Preventiva: viene intrapresa per eliminare la causa di una Non Conformità potenziale, non ancora rilevata ma che potrebbe provocare uno scostamento rispetto a quanto previsto nel Sistema Qualità.

4. RESPONSABILITÀ

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

5. SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

Annualmente viene monitorata la soddisfazione dell'utente attraverso la somministrazione di un apposito questionario. Il questionario viene consegnato agli utenti e raccolto dal personale di accettazione. I dati vengono rielaborati dal Nucleo di Valutazione dell'Ateneo ed utilizzati in sede di Riesame della Direzione. Durante tale riunione vengono valutati anche il contenuto e le modalità di somministrazione dello stesso, in funzione della sua utilità per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente.

6. AUDIT INTERNI

6.1 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;

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 3 di 6
---	--	---

- 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.

6.2 Svolgimento degli audit interni

L'audit interno viene effettuato dal Responsabile designato secondo il Programma Annuale (M01PG03) elaborato dal RSQ/RQA/RQF/RQD ed approvato dal Rettore/Direttore Generale/Preside/Direttore di Dipartimento, 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/RQA/RQF/RQD 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 Annuale in termini di date e modalità di svolgimento dell'audit.

Il RSQ/RQA/RQF/RQD si occupa inoltre di predisporre il documento per il verbale dell'audit (M02PG03) 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 personale dell'area Operativa/attività viene informato del contenuto del Modulo e partecipa alla proposizione di azioni risolutive per gli scostamenti rilevati.

Il RSQ/RQA/RQF/RQD si occupa di fornire al Responsabile dell'audit il documento per il verbale insieme a tutta la documentazione necessaria per il corretto svolgimento dello stesso.

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 firma il modulo per accettazione delle Non Conformità.

Al termine della visita il Responsabile dell'Unità Operativa verificata firma il modulo per accettazione delle Non Conformità.

Il Responsabile dell'audit interno si occupa di consegnare il modulo al RSQ/RQA/RQF/RQD perché valuti le Non Conformità rilevate, le azioni risolutive proposte e la necessità di aprire un'azione correttiva. Le non conformità/azioni correttive aperte vengono gestite come di

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 4 di 6
---	--	---

seguito descritto. Quando tutte le Non Conformità vengono risolte il RSQ/RQA/RQF/RQD archivia il modulo.

Il RQA/RQF/RQD è responsabile di inviare al RSQ copia del programma (contemporaneamente alla comunicazione al personale dell'Area Operativa interessata) e i verbali degli audit interni (dopo lo svolgimento degli stessi).

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

7. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le Non Conformità riscontrabili in Ateneo sono principalmente le seguenti:

- non conformità di prodotto relative a materiali acquistati e a documentazione elaborata;
- 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.

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 (M03PG03), 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/RQA/RQF/RQD rielabora i dati relativi alle Non Conformità registrate per utilizzarli in sede di Riesame della Direzione.

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 5 di 6
---	--	---

7.1 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 (M05PG03) e valutati in sede di riesame della direzione.

8. GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE

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

- riesame da parte della Direzione;
- rapporti di Non Conformità compilati;
- rapporti di audit interno;
- oppure da attività e documenti esterni:
- verifiche ispettive da parte di Enti di Certificazione;
- reclami degli utenti;
- scheda di valutazione corsi delle Facoltà;
- altri strumenti di rilevazione della soddisfazione.

Mentre nel primo caso la necessità di intraprendere un'Azione Correttiva viene valutata periodicamente, nel secondo caso il RSQ/RQA/RQF/RQD apre un'Azione Correttiva, previo il parere del Rettore/Direttore Generale/Preside/Direttore di Dipartimento.

Per aprire un'Azione Correttiva il RSQ/RQA/RQF/RQD compila l'apposito "Modulo di Gestione delle Azioni di Miglioramento" (M04PG03) indicando:

- il numero del modulo (tipo di azione + numero progressivo + sigla struttura di riferimento/anno)
- causa della Azione Correttiva;
- data;
- firma.

La necessità di intraprendere un'Azione Preventiva può derivare dall'analisi dei rapporti di audit interno, dopo aver evidenziato una potenziale Non Conformità, o al termine del Riesame del Sistema Qualità da parte della Facoltà/Dipartimento/Amministrazione/Ateneo. Le modalità di attuazione sono le stesse sopra descritte per le Azioni Correttive.

Dopo aver deciso di intraprendere un'Azione Correttiva o Preventiva il RSQ/RQA/RQF/RQD convoca una riunione per gestire tali azioni, a cui partecipano lui stesso, il Rettore/Direttore Generale/Preside/Direttore di Dipartimento e il responsabile competente dell'attività interessata.

Il gruppo, così riunito, individua inoltre le cause che hanno generato o che potrebbero generare una Non Conformità e le modalità di correzione o di prevenzione di tale Non Conformità.

Nel corso della riunione il RSQ/RQA/RQF/RQD procede nella compilazione del modulo di cui sopra, indicando:

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ANCONA	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	PG03 Rev.03 del 24/04/14 Pagina 6 di 6
---	--	---

- data;
- soggetti presenti (con relative firme);
- Azione Correttiva o Preventiva individuata;
- responsabile dell'effettuazione;
- responsabile della verifica dell'azione;
- tempi di effettuazione;
- tempi e modalità della verifica.

Il RSQ/RQA/RQF/RQD consegna il modulo così compilato al responsabile per l'effettuazione designato. Egli ha il compito di svolgere tale attività e di compilare il modulo per la sezione di sua competenza, apponendovi la propria firma per attestare lo svolgimento dell'Azione Correttiva o Preventiva e di restituirlo al RSQ/RQA/RQF/RQD.

Il RSQ/RQA/RQF/ RQD consegna quindi il modulo al responsabile della verifica che svolge il proprio compito secondo quanto stabilito, accertandosi dell'attuazione e dell'efficacia dell'Azione Correttiva o Preventiva.

Dopo aver compilato il modulo per la parte di sua competenza lo restituisce al RSQ/RQA/RQF/RQD, che lo consegna al RSQ.

Quest'ultimo è responsabile della chiusura dell'Azione Correttiva o Preventiva: compila l'ultima parte del Modulo a seconda del risultato complessivo.

Se l'esito della verifica è stato negativo, decide, in accordo con il RQA/RQF/RQD, se intraprendere o meno un'altra Azione Correttiva o Preventiva, indicandolo sul Modulo.

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

9. ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO N°1: Programma annuale degli audit interni (M01PG03)

ALLEGATO N°2: Verbale di audit interno (M02PG03)

ALLEGATO N°3: Gestione delle Non Conformità (M03PG03)

ALLEGATO N°4: Gestione delle Azioni di Miglioramento (M04PG03)

ALLEGATO N°5: Gestione dei reclami (M05PG03)