

0.	<i>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</i>	1
1.	<i>RIFERIMENTI</i>	1
2.	<i>MONITORAGGI E MISURAZIONI</i>	1
2.1	<i>Valutazioni delle Prestazioni del Sistema</i>	1
3.	<i>GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ</i>	3
3.1	<i>Gestione dei reclami</i>	4
4.	<i>ANALISI DEI DATI</i>	4
5.	<i>GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE</i>	4

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/07	Emissione	Tutte

0. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Capitolo 04 del MQ ha lo scopo di pianificare ed attuare i processi per monitorare, misurare, analizzare e migliorare il SGQ.

Tale capitolo si applica a tutte le attività di valutazione dei processi.

1. RIFERIMENTI

- Norma UNI EN ISO 9001/2000 § 8

2. MONITORAGGI E MISURAZIONI

I processi di valutazione messi in atto dall'Ateneo possono essere:

- misure qualitative e quantitative di variabili continue e discrete;
- valutazioni ed autovalutazioni;
- analisi di documenti, dati, indicatori;
- valutazioni comparative;
- valutazione da parte di enti terzi.

2.1 Valutazioni delle Prestazioni del Sistema

Le verifiche delle prestazioni del sistema possono consistere in:

1. Verifiche ispettive interne;
2. Misurazione della soddisfazione del cliente e delle parti interessate;
3. Monitoraggio e misurazione dei processi;
4. Monitoraggio e misurazione dei servizi erogati.

2.1.1 Verifiche Ispettive Interne

La Verifica Ispettiva Interna viene effettuata dal Responsabile designato secondo il Programma Annuale elaborato dal RSQ/RQA/RQF ed approvato dal Rettore/Direttore Amministrativo/Preside, che riporta le funzioni ed i processi da verificare, la frequenza (tale da coprire almeno una volta l'anno tutte le attività/processi aziendali), le date previste.

Tali verifiche ispettive vengono pianificate ed eseguite per stabilire se il sistema di gestione è:

- ✓ conforme ai requisiti della ISO 9001, a quanto pianificato e a i requisiti stabiliti dall'organizzazione;
- ✓ efficacemente attuato e mantenuto aggiornato.

Le verifiche ispettive vengono pianificate in maniera tale da coprire i punti principali del SGQ, la cui evoluzione deve essere seguita con sistematicità. Il piano delle verifiche è predisposto basandosi sui seguenti fattori:

- importanza e criticità dell'area da verificare;
- risultati delle precedenti verifiche ispettive;
- necessità emergenti dai riesami del SGQ da parte della Direzione;
- carichi di lavoro e disponibilità del personale interessato;
- necessità particolari.

Il programma delle verifiche ispettive può essere revisionato e quindi modificato se si presentano esigenze particolari come ad esempio verifiche da parte di terzi (Ente di certificazione, clienti o altri), esiti di verifiche precedenti, gravi non conformità. In questi casi il RSQ/RQA/RQF revisiona l'intero programma delle verifiche ispettive e ne emette uno nuovo che deve essere approvato dalla Direzione.

Le verifiche ispettive interne esaminano le seguenti attività ed aree:

1. procedure;
2. risorse umane;
3. processi;
4. documenti, verbali e loro archiviazione.

Le verifiche ispettive sono condotte da personale qualificato ed indipendente dai processi da valutare. La verifica interna viene eseguita utilizzando i moduli di rapporto di verifica ispettiva interna elaborati dal RSQ/RQA/RQF considerando i seguenti aspetti:

- prescrizioni delle norme di riferimento (ISO 9001, leggi, norme tecniche, etc.);
- documenti interni di riferimento (capitoli MQ, procedure, ecc.).

I risultati delle verifiche ispettive sono verbalizzati a cura e sotto responsabilità del valutatore, nei "Rapporti verifica ispettiva", che vengono notificati alla funzione interessata.

Nel rapporto vengono riportati i rilievi classificati come NC e/o Osservazioni.

I rilievi NC devono essere chiusi attraverso l'apertura di Azioni Correttive mentre le Osservazioni non richiedono obbligatoriamente una risoluzione da parte della funzione valutata.

Il RQA/RQF è responsabile di inviare al RSQ copia del programma (contemporaneamente alla comunicazione al personale dell'Area Operativa interessata) e i verbali delle verifiche (dopo lo svolgimento delle stesse).

Il RSQ/RQA/RQF, dopo verifica della corretta attuazione ed efficacia delle azioni correttive decise, provvede ad archiviare il rapporto, consegnandone una copia al Rettore/Direttore

Università Politecnica delle Marche Ancona	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	CAP 04 REV.00 del 20/03/07 Pagina 3 di 6
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

Amministrativo/Preside, che la utilizza, insieme agli altri documenti a sua disposizione, per l'effettuazione del riesame del SGQ.

2.1.2 Valutazione della Soddisfazione dei Clienti e delle parti interessate

I metodi utilizzati dall'Ateneo per valutare la soddisfazione dei clienti sono:

- valutazioni effettuate dopo il completamento dei corsi di studi come informazioni di ritorno dai clienti stessi;
- valutazioni durante il corso di studi tramite questionari, interviste...
- incontro con le aziende e le associazioni di categoria;
- raccolta continua ed analisi di tutti i dati e gli indicatori statistici di avanzamento della carriera degli studenti;
- raccolta di dati ed analisi effettuati da enti terzi (stampa specializzata e media, associazioni studentesche, associazioni di categoria, associazioni di imprese).

La valutazione delle parti interessate quali gli enti finanziatori, il MIUR o la struttura formativa di appartenenza è basata sostanzialmente sulle informazioni di ritorno delle attività dei Nuclei di Valutazione dell'Ateneo.

2.1.3 Monitoraggio e misurazione dei processi

Tutti i processi vengono tenuti sotto controllo attraverso l'individuazione di metodi di misura delle loro prestazioni.

Per far ciò in ogni scheda di processo sono individuati indicatori di prestazioni con le relative responsabilità ed attività di rilevazione ed elaborazione.

Se i risultati pianificati non venissero raggiunti vengono intraprese azioni correttive per assicurare la conformità dei servizi erogati.

2.1.4 Monitoraggio e misurazione dei servizi erogati

L'Ateneo effettua un monitoraggio sulle caratteristiche dei servizi erogati, verificandone la conformità ai requisiti richiesti, attraverso apposite misurazioni (vedi Capitolo 3).

Tali misurazioni sono documentate in maniera da garantire evidenza della conformità dei servizi ai criteri di accettabilità, indicando le responsabilità e le autorità. Tali documenti costituiscono registrazioni.

3. 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.

Università Politecnica delle Marche Ancona	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	CAP 04 REV.00 del 20/03/07 Pagina 4 di 6
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

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 a seconda della competenza.

Il RSQ/RQA/RQF 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, su indicazione del responsabile competente, indica nel Modulo di Gestione di Non Conformità:

- il numero del modulo
- 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 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 rielabora i dati relativi alle Non Conformità registrate per utilizzarli in sede di Riesame della Direzione.

3.1 Gestione dei reclami

I reclami degli utenti pervengono alle Presidenze delle Facoltà o direttamente al Rettorato. Essi vanno gestiti a livello di Facoltà 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 valutati in sede di riesame della direzione.

4. ANALISI DEI DATI

I dati che vengono raccolti e trattati statisticamente sono quelli estratti da:

- analisi della soddisfazione del cliente
- caratteristiche ed andamento dei processi (indicatori di prestazione)
- controlli sulla conformità dei servizi erogati
- azioni correttive e preventive
- misurazioni varie
- fornitori.

Tutto ciò allo scopo di individuare e raccogliere informazioni per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ e per valutare dove possono esser apportati miglioramenti continuativi.

5. 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 Verifica Ispettiva Interna
- 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

Il RSQ/RQA/RQF valuta la necessità di aprire una Azione Correttiva, previo il parere del Rettore/Direttore Amministrativo/Preside.

Per aprire una Azione Correttiva il RSQ/RQA/RQF compila l'apposito modulo indicando:

- causa della Azione Correttiva
- data
- firma

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

Dopo aver deciso di intraprendere una Azione Correttiva o Preventiva il RSQ/RQA/RQF convoca una riunione per gestire tali azioni, a cui partecipano lui stesso, il Rettore/Direttore Amministrativo/Preside 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 procede nella compilazione del modulo di cui sopra, indicando:

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

Il RSQ/RQA/RQF 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 della Azione Correttiva o Preventiva e di restituirlo al RSQ/RQA/RQF.

Il RSQ/RQA/RQF consegna quindi il modulo al responsabile della verifica che svolge il proprio compito secondo quanto stabilito, accertandosi della 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, che lo consegna al RSQ.

Quest'ultimo è responsabile della chiusura della 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, 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.