

MANUALE della QUALITÀ'

Università Politecnica delle Marche

REDAZIONE E VERIFICA: RSQ

APPROVAZIONE: RETTORE

(Prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo)

(Prof. Ing. Sauro Longhi)

<p>Università Politecnica delle Marche Ancona</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p>	<p>INDICE REV. 04 del 31/03/15 Pagina 2 di 2</p>
--	-------------------------------------	--

0. INDICE GENERALE

0.	Capitolo 00: Generalità.....	REV 03 del 31/03/15
1.	Capitolo 01: Responsabilità della Direzione.....	REV 04 del 31/03/15
2.	Capitolo 02: Gestione delle risorse	REV 03 del 13/05/13
3.	Capitolo 03: Erogazione del servizio.....	REV 03 del 31/03/15
4.	Capitolo 04: Misurazioni, analisi e miglioramento	REV 04 del 31/03/15

0.	<i>INTRODUZIONE</i>	2
1.	<i>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL MANUALE</i>	2
2.	<i>FRUIZIONE DEL MANUALE DELLA QUALITÀ</i>	3
3.	<i>RIFERIMENTI TERMINOLOGIA E ACRONIMI</i>	3
4.	<i>PROCESSI DELL'ORGANIZZAZIONE</i>	4
5.	<i>ESCLUSIONI PARAGRAFI DELLA NORMA</i>	5
5.1	<i>FIGURA 1 (PROCESSI DELL'ORGANIZZAZIONE)</i>	6

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/07	Emissione	Tutte
01	10/05/10	ISO 9001:2008 – ISO 9004:2009 – audit interno	2, 4
02	13/05/13	Applicazione L. 240/10 e decreti attuativi e DM 47/2013	Tutte
03	31/03/15	Aggiornamento acronimi	4

0. Introduzione

L'Università Politecnica delle Marche di Ancona, a vocazione prevalentemente tecnico scientifica, opera in stretto collegamento con il territorio di riferimento e riconosce come propri compiti primari la ricerca scientifica e l'istruzione superiore. La sua missione è quella di formare, mediante attività didattica inscindibile dall'attività di ricerca per seguire l'evolversi della società e della conoscenza scientifica, laureati con profili professionali utili da un lato a soddisfare le esigenze del tessuto socio-economico e, dall'altro, a fornire alla società competenze professionali.

L'organizzazione e l'attività amministrativa, finanziaria e contabile sono preordinate ai compiti scientifici e didattici dell'Ateneo e sono volte a facilitare il raggiungimento dei relativi obiettivi.

L'attività di gestione nel perseguimento dei fini istituzionali è retta da criteri di economicità, di efficienza, di efficacia, di trasparenza e rispondenza a pubblico interesse ed è ispirata al metodo della programmazione e del controllo di gestione.

I principi dell'autonomia finanziaria e di spesa e della conseguente responsabilità personale sono assunti a fondamento della gestione dell'Ateneo.

L'Ateneo è articolato in strutture organizzative. Le strutture fondamentali sono costituite dai Dipartimenti e dalle Facoltà. I Dipartimenti costituiscono le strutture per lo svolgimento della ricerca scientifica, delle attività didattiche e formative, nonché delle attività rivolte all'esterno ad esse correlate o accessorie. Le Facoltà sono strutture di raccordo tra più Dipartimenti raggruppati in relazione a criteri di affinità disciplinare e funzionalità organizzativa, con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, compresa la proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio e di gestione dei servizi comuni. L'istituzione delle Facoltà è proposta dai Consigli dei Dipartimenti coinvolti, a maggioranza assoluta dei componenti ad eccezione delle Facoltà di Ingegneria, Medicina e Chirurgia ed Economia "G. Fuà". L'istituzione della Facoltà è deliberata dal Consiglio di Amministrazione previo parere del Senato Accademico.

1. Scopo e campo di applicazione del manuale

Il presente manuale è il principale documento del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Università Politecnica delle Marche. Descrive i criteri generali e le linee guida del Sistema di Gestione per la Qualità, illustra le responsabilità nell'ambito dell'organizzazione, testimonia e comunica la politica della Qualità adottata, definisce struttura e responsabilità di tutti i processi che hanno influenza sulla qualità del servizio erogato.

Il presente Manuale della Qualità (MQ) si applica alla progettazione ed erogazione di tutte le attività didattiche svolte nelle strutture didattiche all'interno dell'Università Politecnica delle Marche e allo svolgimento dei Servizi Amministrativi Centrali ad esse connessi per le seguenti strutture costituite dalle Strutture di Coordinamento e, qualora non istituite, dai Dipartimenti:

1. Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari e Ambientali;
2. Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente;
3. Facoltà di Economia (Dipartimenti di Management e di Scienze Economiche e Sociali)

4. Facoltà di Ingegneria (Dipartimenti di Ingegneria dell'Informazione, di Ingegneria Industriale e Scienze Matematiche, di Scienze e Ingegneria della Materia, dell'ambiente e Urbanistica, di Ingegneria Civile, Edile e Architettura)
5. Facoltà di Medicina e Chirurgia (Dipartimenti di Medicina Sperimentale e Clinica, di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, di Scienze Cliniche e Molecolari, di Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche).

I corsi di studio oggetto della certificazione sono quelli specificati nelle IO03 "Erogazione del servizio formativo" di Facoltà/Dipartimento.

2. Fruizione del manuale della qualità

Tale Manuale della Qualità è formato da 5 capitoli, dei quali questo è il n° 0 ed ha lo scopo di presentare l'Università Politecnica delle Marche e di rendere più agevole la consultazione dei capitoli successivi.

I capitoli 1/4 corrispondono ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 presa a riferimento per il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Università Politecnica delle Marche.

La struttura della documentazione del Sistema Qualità, la gestione della documentazione (elaborazione, approvazione, distribuzione, revisione e conservazione) e delle RegISTRAZIONI della Qualità vengono definite nel Capitolo 1.

3. Riferimenti terminologia e acronimi

Il presente Manuale della Qualità e la restante documentazione del Sistema Qualità sono stati redatti secondo:

- ✓ le prescrizioni della norma UNI EN ISO 9001:2008;
- ✓ le precisazioni contenute nella norma UNI EN ISO 9004:2009;
- ✓ le definizioni contenute nella norma UNI EN ISO 9000:2005.

Inoltre il presente MQ fa riferimento al Regolamento dell'Ente di Certificazione che svolge gli audit di terza parte.

Elenco dei principali acronimi del manuale:

ACP = azione correttiva/preventiva

AI = audit interno

AMM = Amministrazione

CdA = Consiglio di Amministrazione

CdD = Consiglio di Dipartimento

CdF = Consiglio di Facoltà

CDid = Commissione didattica

CdS = Corso di Studio

CUCS = Consiglio Unificato Corso di Studio

DIR = Direttore Dipartimento

MQ = Manuale della Qualità

NC = Non Conformità

PCCdS = Presidente Consiglio di Corso di Studi

PCUCS = Presidente Consiglio Unificato Corso di Studio

PdF = Preside della Facoltà

RQD = Responsabile della Qualità di Dipartimento

RQF = Responsabile della Qualità di Facoltà

RQA = Responsabile della Qualità di Amministrazione

RSQ = Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità di Ateneo

RS = Rappresentante degli Studenti

SA = Senato Accademico

SD = Segreteria didattica

SGQ = Sistema di Gestione per la Qualità

TRT = Tutor responsabile dei tirocini

RT = Rettore

AVA = Autovalutazione Valutazione Accredimento

PQA = Presidio della Qualità di Ateneo

NdV = Nucleo di Valutazione

CPDS = Commissione Paritetica di Dipartimento per la didattica e il diritto allo studio

CCdS = Consiglio del Corso di Studio

CdI = Corso di Insegnamento

RQ = Referente della Qualità di Corso di Studio

GR = Gruppo di Riesame

SUA-CdS = Scheda Unica Annuale del Corso di Studio

SUA –RD = Scheda Unica Annuale – Ricerca Dipartimentale

4. Processi dell'organizzazione

Tutta l'attività dell'Università Politecnica delle Marche è stata organizzata in processi (si veda figura 1).

In tale figura sono rappresentati tutti i processi e le relative interazioni (evidenziando le principali informazioni/dati scambiati).

I processi individuati sono i seguenti:

- o Progettazione e sviluppo della didattica
- o Gestione risorse umane
- o Erogazione del servizio formativo
- o Servizi alla didattica
- o Gestione approvvigionamenti
- o Gestione risorse materiali

Per ogni processo sono state sviluppate delle schede che contengono le seguenti informazioni:

1. scopo: finalità principali del processo
2. in: input principali
3. out: output principali
4. descrizione: definizioni e legenda del diagramma di flusso, diagramma di flusso
5. indicatori: definizione e descrizione dei principali indicatori di prestazione che consentono il monitoraggio, il controllo del processo e la raccolta di dati per il miglioramento continuo.

Ove necessario, tali schede di processo fanno riferimento a Istruzioni Operative che descrivono in maggiore dettaglio una singola attività evidenziata all'interno di un processo. Come si evince dalla figura 1 la modalità e le responsabilità dello svolgimento dei processi sopra elencati sono attribuite a soggetti diversi all'interno dell'Ateneo:

- il processo di progettazione e sviluppo è gestito dai Dipartimenti e dalle Facoltà nell'ambito delle azioni di raccordo dei Dipartimenti.
- il processo di gestione risorse umane è gestito dall'Ateneo tranne che per alcune attività di competenza dei Dipartimenti e, nell'ambito delle azioni di raccordo, delle singole Facoltà.
- il processo di erogazione del servizio formativo è gestito dai Dipartimenti e, nell'ambito delle azioni di raccordo, dalle singole Facoltà.
- il processo di servizio alla didattica è gestito dall'Ateneo.
- il processo di approvvigionamento è gestito dall'Ateneo.
- il processo di gestione risorse materiali è gestito dall'Ateneo.

Questo comporta una condivisione delle procedure in tutte le Facoltà/Dipartimenti e l'attribuzione delle responsabilità relative alle attività comuni a tutta la Facoltà/Dipartimento direttamente alla Presidenza/Nucleo didattico e al CdF/CdD.

Sono stati inoltre definiti i seguenti processi secondari:

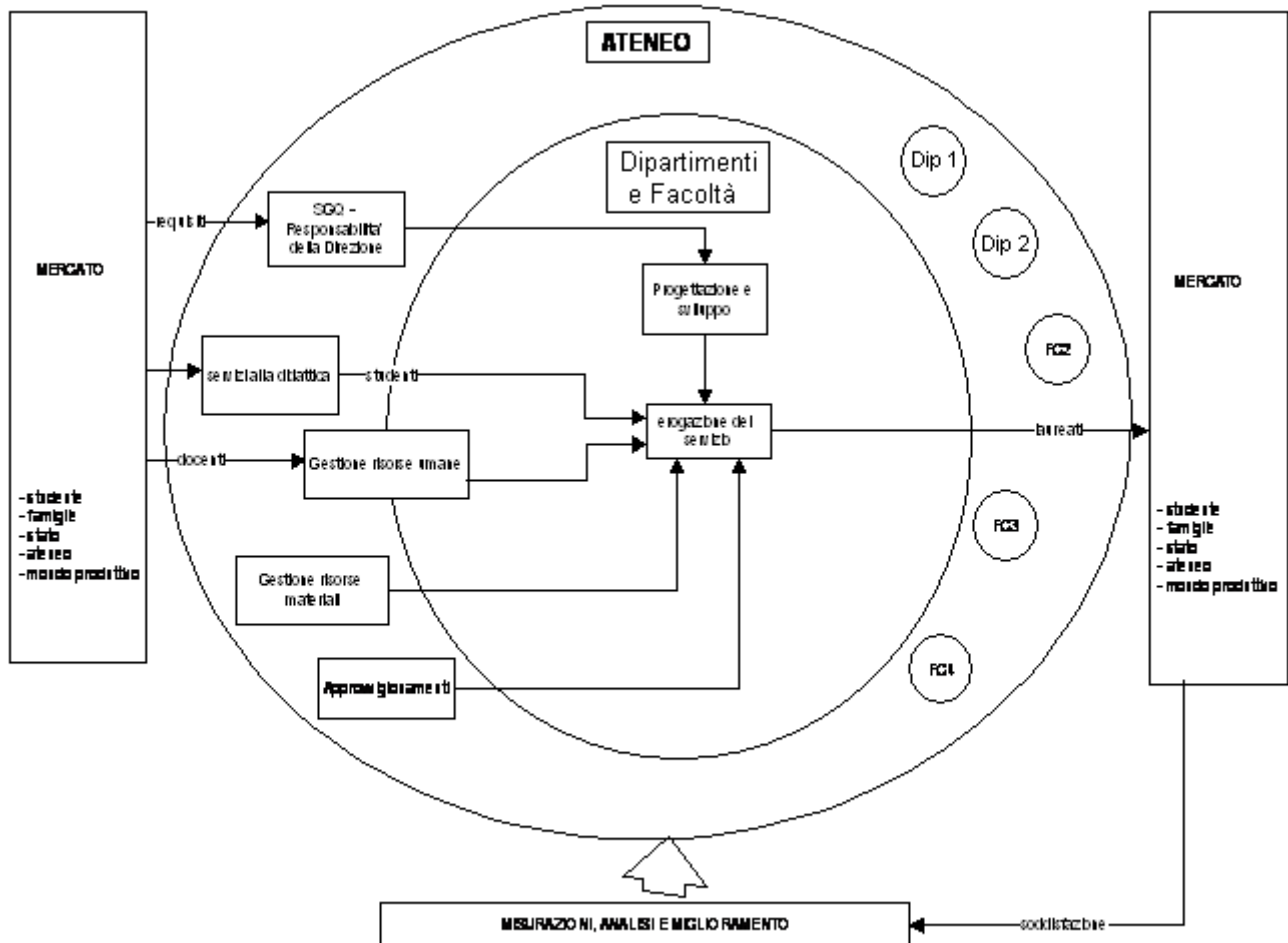
1. gestione e documentazione del SGQ
2. riesame della direzione
3. misurazione e miglioramento (non conformità, azioni correttive/preventive, audit interni, controllo del processo e monitoraggio degli indicatori relativi ai singoli processi)

Tali processi sono descritti da documenti in forma di Istruzioni Operative, Procedure, Manuale, ecc.

5. Esclusioni paragrafi della norma

Nessun paragrafo della norma è stato escluso dal campo di applicazione.

5.1 FIGURA 1 (PROCESSI DELL'ORGANIZZAZIONE)



INDICE:

0.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
1.	RIFERIMENTI	2
2.	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ.....	2
3.	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SGQ	3
3.1	Manuale della Qualità	3
3.2	Procedure Generali.....	3
3.3	Schede Processo	3
3.4	Istruzioni Operative.....	3
3.5	Documenti vari	4
3.6	Registrazioni	4
3.7	Stesura, Verifica, Approvazione, Emissione di un Documento	4
3.8	Distribuzione	4
3.9	Modifiche di un Documento.....	4
3.10	Archiviazione.....	5
3.11	Gestione delle registrazioni	5
3.12	Gestione dei documenti di origine esterna	5
3.13	Gestione dati informatici	5
4.	RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE	6
4.1	Impegno della Direzione	6
4.2	Attenzione focalizzata al cliente	6
4.3	Politica della qualità.....	6
5.	PIANIFICAZIONE	7
5.1	Obiettivi della Qualità	7
5.2	Pianificazione del SGQ	7
6.	RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE.....	8
6.1	Responsabilità ed Autorità.....	8
6.2	Assicurazione Qualità di Ateneo	8
6.3	Rappresentante della Direzione.....	10
6.4	Comunicazioni Interne.....	10
6.5	Rapporto annuale di riesame CdS.....	11
6.6	Rapporto di Riesame Ciclico CdS	11
6.7	Riesame della Direzione di Ateneo.....	12
6.8	Elementi in ingresso per il riesame	12
6.9	Elementi in uscita dal riesame	13

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/2007	Emissione	Tutte
01	10/05/2010	ISO 9001:2008, audit interno, tabelle indicatori e obiettivi	2,6,7,8
02	13/05/2013	Applicazione L. 240/10 e decreti attuativi e DM 47/2013	Tutte
03	24/04/2014	Modificata responsabilità aggiornamento T03PG01 Adeguamento compiti PQA a Linee Guida CONVUI-COMPAQ del 28/02/2014 Adeguamento Documento ANVUR del 29/10/2013 "AVA – Rapporti di riesame annuale e ciclico – Indicazioni operative a regime (dal 2013-14)"	5,8,9,10,11,12
04	31/03/2015	Armonizzazione SGQ con AVA	tutte

0. Scopo e campo di applicazione

Il Capitolo 01 del MQ ha lo scopo di presentare il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) descrivendone la gestione documentale e di descrivere la Politica della Qualità, come definita dagli organi di governo dell'Ateneo, gli obiettivi, la pianificazione e tutta l'organizzazione messa in atto dalla Direzione per garantire l'attuazione e l'efficacia del Sistema.

Inoltre ha lo scopo di descrivere la modalità e le responsabilità con cui viene gestito il Riesame della Direzione.

1. Riferimenti

- Norma UNI EN ISO 9001:2008 §§ 4 e 5
- DM 47/13 e s.m.i.
- Linee guida ANVUR

2. Sistema di Gestione per la Qualità

L'Università Politecnica delle Marche ha deciso di adottare un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), sviluppato in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2008, rispettivamente per la progettazione e l'erogazione dei Corsi di Studio offerti da:

1. Facoltà di Economia (Dipartimenti di Management e di Scienze Economiche e Sociali);
2. Facoltà di Ingegneria (Dipartimenti di Ingegneria dell'Informazione, di Ingegneria Industriale e Scienze Matematiche, di Scienze e Ingegneria della Materia, dell'ambiente e Urbanistica);
3. Facoltà di Medicina e Chirurgia (Dipartimenti di Medicina Sperimentale e Clinica, di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, di Scienze Cliniche e Molecolari, di Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche);

e da:

1. Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari e Ambientali;
2. Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente.

Il Sistema di Gestione per la Qualità è basato su un approccio per processi ed è adeguatamente documentato.

Per la corretta applicazione del SGQ e per il suo miglioramento continuo, si adotta il metodo "PLAN – DO – CHECK - ACT" (pianificare – eseguire – verificare - agire), il quale riesce a fornire ottimi risultati quando pienamente assorbito dalla cultura dell'organizzazione ed utilizzato in maniera pratica e formalizzata nello svolgimento delle attività interne e nella erogazione dei servizi.

La pianificazione accurata di tutte le attività permette di prevenire errori e disservizi.

La continua verifica e misurazione dei risultati serve a perfezionare le metodiche del SGQ e a stimolare l'evoluzione della mentalità del personale coinvolto, il quale apporta il proprio determinante contributo all'eccellenza delle attività svolte ed alla soddisfazione degli **studenti e, più in generale, di tutti i portatori di interesse**.

L'aggiornamento, e quindi l'adeguatezza del SGQ alle sempre nuove esigenze degli **studenti e, più in generale, di tutti i portatori di interesse**, è garantito dai riesami periodici del SGQ nonché

dai continui miglioramenti e dalle azioni correttive rivolte a tutte le attività dell'Università Politecnica delle Marche relative ai Corsi di Studio.

Il servizio erogato dipende dall'impegno di tutte le persone che svolgono attività influenti sul livello di qualità dello stesso, nell'ambito della politica della Qualità definita dalla Direzione, e secondo le prescrizioni, la struttura e le risorse del SGQ dell'Università Politecnica delle Marche.

A partire dal 2013 tale sistema è stato armonizzato con il Sistema di Accredimento del sistema universitario italiano al fine di ottemperare ai requisiti espressi nel modello AVA.

3. Gestione della Documentazione del SGQ

Il SGQ è documentato in maniera da dare evidenza della sua attuazione e consentire di monitorarlo, misurarlo e poterne migliorare continuamente l'efficacia.

La documentazione sviluppata include:

1. Dichiarazione documentata sulla politica per la qualità e sugli obiettivi per la qualità
2. Manuale della Qualità (MQ)
3. Schede Processo (SP)
4. Procedure Generali (PG)
5. Istruzioni Operative (IO)
6. Documenti vari
7. RegISTRAZIONI

3.1 Manuale della Qualità

Il MQ è il documento di riferimento che descrive il SGQ dell'Università Politecnica delle Marche.

Scopo di tale manuale è quello di:

- presentare l'organizzazione;
- descrivere il SGQ definendone il campo di applicazione nonché i dettagli sulle relative esclusioni;
- descrivere i processi costituenti l'organizzazione definendone le interazioni;
- richiamare e/o includere tutte le procedure documentate predisposte per il SGQ.

3.2 Procedure Generali

Le procedure sono documenti prescrittivi che definiscono a livello operativo come condurre in maniera pianificata e sistematica le attività in conformità alle prescrizioni della norma di riferimento, alla politica della qualità e al MQ; le procedure riportano una descrizione dettagliata delle modalità operative, delle responsabilità e degli strumenti per svolgere le attività e per conseguire gli obiettivi di Qualità.

3.3 Schede Processo

Esse descrivono, per ogni singolo processo, gli elementi in ingresso e in uscita, il diagramma di flusso delle attività, le responsabilità per il loro svolgimento e gli indicatori per il monitoraggio.

3.4 Istruzioni Operative

Esse sono disposizioni particolari, emesse dalle funzioni interessate, che descrivono come devono essere svolte in dettaglio talune attività previste dal Sistema di Gestione per la Qualità. Le Istruzioni Operative fanno da norma di riferimento ad un Processo o ad una Procedura ed eventualmente a documenti tecnici contenenti le specifiche.

3.5 Documenti vari

Documenti sintetici e di facile interpretazione definiti per garantire il supporto della attività da svolgere, necessari quindi per assicurare un'efficace pianificazione, funzionamento, monitoraggio, misurazione e controllo di tutti i processi.

3.6 RegISTRAZIONI

Le registrazioni forniscono l'evidenza dello svolgimento delle attività previste e della Qualità conseguita.

3.7 Stesura, Verifica, Approvazione, Emissione di un Documento

Il RSQ di Ateneo si occupa della stesura e della verifica delle Procedure Generali, del Manuale Qualità e della documentazione generale d'Ateneo; RQF/RQD/RQA si occupano della stesura e verifica delle schede processo ed istruzioni operative e della documentazione delle Facoltà/Dipartimenti/Uffici Amministrativi in collaborazione con il personale interessato.

L'autorizzazione all'emissione viene concessa dal Rettore per le Procedure Generali, il Manuale Qualità e la documentazione generale d'Ateneo, dal Preside/Direttore Dipartimento/Direttore Generale per le schede processo ed istruzioni operative e la documentazione delle Facoltà/Dipartimenti/Uffici Amministrativi.

Le attività di verifica, approvazione ed emissione dei documenti prescrittivi sono documentate da una firma dei responsabili sulla prima pagina del documento prescrittivo in questione.

Per maggiori dettagli si rimanda alla procedura PG01.

3.8 Distribuzione

La distribuzione può avvenire in copia controllata o meno (vedi PG01). I documenti vengono distribuiti in copia controllata nel caso in cui essi siano utilizzati dal ricevente come guida per lo svolgimento dell'attività, mentre la distribuzione in copia non controllata avviene per fini informativi e/o promozionali.

I documenti interni, di cui non si vuole garantire ai destinatari l'aggiornamento nel tempo, riportano sul frontespizio l'indicazione di essere distribuiti in copia non controllata, il numero di copia ed il destinatario. Il RSQ/RQF/RQD/RQA mantengono registrazione dei documenti distribuiti, dello stato di aggiornamento degli stessi e dei destinatari.

3.9 Modifiche di un Documento

Le modifiche di un documento devono seguire lo stesso iter previsto per l'emissione iniziale.

La modifica di un documento comporta la sua revisione attraverso le seguenti attività:

- aggiornamento del numero e della data di revisione di un documento;
- identificazione della motivazione della revisione e delle modifiche apportate;
- nuovo iter di approvazione del documento revisionato;
- ritiro del vecchio documento e sostituzione con il nuovo presso tutti i centri di utilizzo;
- distruzione delle copie del documento obsoleto;
- aggiornamento degli elenchi di distribuzione e degli indici dei documenti in uso.

3.10 Archiviazione

Gli originali dei Documenti Interni vengono archiviati dai RSQ/RQF/RQD/RQA fino alla loro revisione.

I documenti superati, al fine del mantenimento delle conoscenze, vanno a costituire un archivio storico elettronico, nel quale vengono archiviati gli originali delle versioni superate invalidati dalla dicitura "OBSOLETO".

3.11 Gestione delle registrazioni

L'organizzazione al fine di dimostrare la qualità conseguita nel SGQ si è dotata di un puntuale sistema di controllo delle registrazioni. Il sistema adottato comprende precisi criteri per l'identificazione, la raccolta, l'archiviazione, la protezione, la reperibilità, la definizione della durata di conservazione e le modalità di eliminazione di quelle obsolete. I criteri per le attività descritte e le relative responsabilità sono definite nella PG01. Le registrazioni principali sono riportate nella tabella T02PG01.

3.12 Gestione dei documenti di origine esterna

I principali documenti esterni sono leggi, normative, regolamenti, note ministeriali, documenti trasmessi all'Ateneo.

I documenti esterni sono raccolti dalla Direzione Generale che ne prende visione e, ove necessario, vengono trasmessi dall'Ateneo al personale interessato tramite e-mail accertandosi della ricezione del documento (attraverso la notifica di ricevimento del messaggio) o tramite lettera scritta protocollata.

La lista di distribuzione (e-mail o lettera) viene conservata presso la Segreteria della Direzione Generale insieme all'originale del documento consegnato, per il periodo di vigore dello stesso.

Il protocollo e tutte le operazioni connesse vengono gestite come descritto nella relativa PG01.

Leggi, normative, regolamenti e decreti utili al SGQ sono contenuti nella tabella T03PG01 e sono archiviati secondo quanto indicato nell'elenco. L'aggiornamento di tali documenti viene eseguito dal RSQ utilizzando le seguenti fonti:

- internet;
- professionisti esterni;
- riviste;
- leggi, normative e regolamenti;
- documenti e circolari emessi dal MIUR.

La tabella viene resa disponibile in rete ai RQD/RQF.

3.13 Gestione dati informatici

Il RSQ/RQA/RQF/RQD, con frequenza trimestrale, effettua il salvataggio del contenuto di tutti i documenti attinenti al SGQ avvalendosi di supporti magnetici, magneto-ottici o ottici, gestiti dal Servizio Informatico Amministrativo.

Possono essere effettuati salvataggi straordinari ogni qualvolta sia ritenuto necessario in base alla quantità e l'importanza dei dati da proteggere.

Il database delle carriere scolastiche degli studenti è gestito dal Servizio Didattica in collaborazione con il Servizio Informatico Amministrativo e viene aggiornato dai dati che

provengono dalle Ripartizioni Corsi di Studio, secondo le modalità e le responsabilità definite dall'Istruzione Operativa IO04 "Sistema di back up".

4. Responsabilità della Direzione

4.1 Impegno della Direzione

La Direzione ha sviluppato e messo in atto un SGQ impegnandosi al miglioramento continuo della sua efficacia applicandolo in particolare:

- ai processi di creazione e mantenimento della consapevolezza dell'importanza di soddisfare i requisiti dei clienti;
- ai processi di definizione di obiettivi e politica della qualità;
- ai processi di creazione e gestione di un SGQ;
- all'esecuzione dei Riesami della Direzione;
- ai processi che mirano a garantire la disponibilità delle risorse.

4.2 Attenzione focalizzata al cliente

Il SGQ è progettato in maniera tale da identificare le esigenze degli studenti e di tutte le parti interessate, per poi tradurle in requisiti che l'offerta formativa deve rispettare.

Per determinare tali esigenze si utilizzano:

- consultazione con le organizzazioni rappresentative - a livello nazionale e internazionale - della produzione di beni e servizi, delle professioni;
- indagini sul grado di inserimento dei laureati nel mondo del lavoro e sulle esigenze post-lauream;
- statistiche relative al mercato del lavoro nell'ambito territoriale di riferimento;
- dati sulla valutazione della didattica da parte degli studenti e dei docenti (modello AVA);
- opinioni enti e imprese con accordi di stage / tirocinio curriculare o extra-curriculare.

Le modalità di rilevamento dati e di gestione delle informazioni sulla Customer Satisfaction sono descritte nel capitolo 4 "Misurazioni, Analisi e Miglioramento".

4.3 Politica della qualità

La Direzione assicura che la politica della qualità:

- sia appropriata agli scopi dell'organizzazione;
- sia comprensiva dell'impegno al soddisfacimento dei requisiti ed al miglioramento continuo dell'efficacia del SGQ;
- preveda un quadro strutturale per definire e riesaminare gli obiettivi per la qualità;
- sia comunicata e compresa all'interno dell'organizzazione;
- sia riesaminata per accertarne la continua idoneità.

La politica della Qualità di Ateneo si propone di fornire, attraverso le strutture preposte, i servizi didattici, formativi, professionalizzanti e di supporto in modo da soddisfare costantemente le esigenze e le aspettative degli studenti e, più in generale, di tutte le parti interessate. La realizzazione di tale politica è condivisa da tutto il personale che viene coinvolto nella creazione di un ambiente di lavoro improntato al miglioramento continuo.

La politica della qualità, in generale, prevede il mantenimento della conformità ai requisiti per l'accreditamento del Sistema Universitario dell'ANVUR e alla norma UNI EN ISO 9001:2008 per mantenere e raggiungere un livello qualitativo dei Corsi di Studio che soddisfi le esigenze di tutti i portatori di interesse.

La Direzione ha definito la missione dell'Ateneo, il cui obiettivo è, tra l'altro, quello di formare i giovani con profili professionali utili a soddisfare da un lato le esigenze dalle imprese, sia come operatori in aree funzionali aziendali interne, sia come consulenti esterni sulle tematiche di supporto all'attività imprenditoriale, dall'altro a fornire alla società competenze nel campo della libera attività professionale.

Il progetto di Certificazione, avviato con i Corsi di Diploma Universitario nell'ambito del Progetto "Campus" per gestire la complessità derivante dalla disseminazione dei corsi di diploma universitario sul territorio, è stato esteso ai Corsi di Laurea del vecchio ordinamento e, successivamente, ai Corsi di Studio istituiti ai sensi dei DM 509/99 e DM 270/07 nell'ottica del miglioramento continuo degli stessi.

La politica della qualità dell'Ateneo viene formulata dal Rettore e tradotta dal Direttore Generale, dai Presidi, dai Direttori di Dipartimento e successivamente dai Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea, Laurea Magistrale e dei Consigli Unificati dei Corsi di Studio (CUCS) in obiettivi misurabili. La politica della qualità viene riesaminata con cadenza almeno annuale, durante il Riesame della Direzione di Ateneo, per verificare la sua attualità ed eventualmente per modificarla in accordo con i dati provenienti da indagini di customer satisfaction e con eventuali nuove leggi/regolamenti/direttive.

La politica della qualità viene comunicata a tutti i livelli della organizzazione a cura del Rettore.

5. Pianificazione

5.1 Obiettivi della Qualità

Gli obiettivi della qualità sono stabiliti annualmente dal Rettore in collaborazione con i membri della Direzione durante il Riesame. Gli obiettivi vengono stabiliti tenendo conto:

- del piano strategico di Ateneo;
- del piano della performance;
- della programmazione triennale (PRO 3);
- della politica della qualità;
- delle risorse disponibili;
- di una stima dei miglioramenti conseguibili.

Modalità e responsabilità della definizione degli obiettivi, della loro assegnazione, pianificazione ed esecuzione vengono descritte, in dettaglio, nella PG02.

Fra gli obiettivi stabiliti annualmente vi sono quelli che prevedono il controllo di indicatori definiti per i singoli processi dell'Università Politecnica delle Marche e degli indicatori previsti dal DM 47/13.

5.2 Pianificazione del SGQ

Il SGQ è stato pianificato attraverso un sistema documentale gestito come sopra descritto.

6. Responsabilità, autorità e comunicazione

6.1 Responsabilità ed Autorità

Le responsabilità ed autorità descritte di seguito derivano da quanto previsto dallo Statuto di Ateneo, dal regolamento delle Facoltà/Dipartimenti e da altre leggi, circolari ministeriali ecc. applicabili ai singoli Corsi di Studio, integrato da quanto richiesto dalla norma UNI EN ISO 9001:2008.

Lo Statuto di Ateneo definisce le responsabilità generali sia degli organi centrali dell'Ateneo sia delle strutture organizzative, incluse quelle direttamente responsabili della gestione dell'offerta formativa, in particolare del CdF/CdD e del Preside/Direttore di Dipartimento.

Le norme generali per il funzionamento delle strutture universitarie, ove non vincolate da norme di carattere nazionale sono contenute nel Regolamento Generale di Ateneo. In particolare, le scelte di carattere organizzativo, strutturale e di gestione di tutte le attività di carattere generale dell'Ateneo sono responsabilità degli organi centrali di governo (Senato Accademico e Consiglio di Amministrazione) e sono in genere originate da proposte dei Dipartimenti, delle Facoltà, intese come strutture di raccordo, in seno ai rispettivi Consigli e/o delle varie Commissioni di supporto. Il regolamento di Facoltà/Dipartimento integra e precisa a livello di Facoltà/Dipartimento i compiti e le responsabilità già previsti per organismi e funzioni dai documenti di Ateneo sopra citati. In particolare, a livello di Facoltà/Dipartimento, le responsabilità legate all'utilizzo delle risorse messe a disposizione dall'Ateneo e al coordinamento organizzativo dell'attività didattica dei Corsi di Studio attivati spettano al Consiglio di Facoltà/Dipartimento e al Preside di Facoltà/Direttore di Dipartimento.

L'organizzazione ed il coordinamento delle attività didattiche previste all'interno del Corso di Studio spettano al Consiglio di Corso di Studio formato come da regolamento di Ateneo. Il CCS nomina un Presidente che lo coordina e riferisce al CDF/CDD.

Nell'organigramma dell'Ateneo allegato sono rappresentati i rapporti gerarchici e le linee di comunicazione esistenti tra le principali funzioni.

La descrizione dei principali compiti e delle responsabilità per le funzioni dell'Ateneo che hanno rilevanza ai fini della qualità del servizio erogato sono descritte nel Regolamento di Ateneo.

6.2 Assicurazione Qualità di Ateneo

Con apposito Decreto Rettorale, è stato istituito il Presidio della Qualità di Ateneo (PQA), che vede nella sua composizione, oltre che un Docente Responsabile Delegato del Rettore per la Qualità, un Docente referente per ciascuna Facoltà/Dipartimento, dal Docente Responsabile uscente ed il Direttore Generale. Sono inoltre a supporto dell'attività del PQA, alcuni Servizi dell'Amministrazione Centrale, quali il Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, il Servizio Didattica, il Servizio Ricerca ed il Servizio Informatico Amministrativo.

Il PQA ha il compito istituzionale di garantire il funzionamento delle attività di Assicurazione Qualità (AQ), promuovendo la cultura della Qualità all'interno dell'Ateneo.

In tal senso, il PQA:

- fornisce consulenza agli organi di governo dell'Ateneo ai fini della definizione e dell'aggiornamento della politica per l'AQ e dell'organizzazione per la formazione e la ricerca e per la loro AQ;
- definisce gli strumenti per l'attuazione della politica per l'AQ dell'Ateneo, con particolare riferimento alla definizione e all'aggiornamento dell'organizzazione (processi e struttura

organizzativa) per l'AQ della formazione dei CdS e della ricerca dei Dipartimenti/Facoltà;

- organizza le attività di formazione del personale coinvolto nell'AQ della formazione e della ricerca (in particolare organi di gestione dei CdS e dei Dipartimenti/Facoltà e CPDS);
- sorveglia e monitora il regolare e adeguato svolgimento delle procedure di AQ per le attività di formazione (con particolare riferimento alla rilevazione delle opinioni degli studenti, dei laureandi e dei laureati, al periodico aggiornamento delle informazioni contenute nella SUA-CdS, alle attività periodiche di riesame dei CdS e all'efficacia delle azioni correttive e di miglioramento) e di ricerca (con particolare riferimento al periodico aggiornamento delle informazioni contenute nella SUA-RD), in conformità a quanto programmato e dichiarato, e promozione del miglioramento della qualità della formazione e della ricerca;
- supporta i CdS e i Dipartimenti/Facoltà per le attività comuni;
- supporta la gestione dei flussi informativi e documentali relativi all'assicurazione della qualità con particolare attenzione a quelli da e verso organi di governo dell'Ateneo, NdV, Commissioni Paritetiche Docenti-Studenti, Dipartimenti/Facoltà e CdS.

Nell'ambito delle attività formative, il Presidio:

- garantisce supporto, formazione, adeguatezza del flusso di informazioni ai Corsi di Studio per la compilazione della scheda SUA-CdS, e verifica l'effettivo e corretto completamento della stessa;
- organizza e verifica le attività di redazione dei Rapporti Annuali e Ciclici di Riesame dei CdS, garantendo l'effettiva disponibilità dei dati necessari alla stesura degli stessi;
- organizza e monitora le rilevazioni dell'opinione degli studenti, dei laureandi e dei laureati;
- cura i flussi comunicativi da e verso il Nucleo di Valutazione e le Commissioni Paritetiche Docenti-Studenti;
- valuta l'efficacia degli interventi di miglioramento intrapresi dai CdS. A tal riguardo, con cadenza annuale, il Presidio, in una seduta allargata anche al Rettore e al Responsabile Qualità dell'Amministrazione Centrale, riesamina il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) per assicurarsi della sua continua adeguatezza ed efficacia. Il riesame comprende anche la valutazione delle opportunità per il miglioramento e le esigenze di modifiche del sistema, politica ed obiettivi per la qualità inclusi.

Nell'ambito delle attività di ricerca, il Presidio:

- garantisce supporto, formazione, adeguatezza del flusso di informazioni alle Facoltà/Dipartimenti per la compilazione della scheda SUA-RD, e verifica l'effettivo e corretto completamento della stessa;
- cura i flussi comunicativi da e verso il Nucleo di Valutazione.

Per garantire una diffusione capillare dell'Assicurazione Qualità, il Presidio ha individuato all'interno dell'Ateneo una struttura di AQ così composta:

- i componenti del POA,

- un docente Responsabile Qualità per ciascun Dipartimento, preferibilmente diverso da quello di Facoltà,
- un docente Responsabile Qualità per ciascun Corso di Studio (docente indicato nel gruppo di Riesame CdS e nella scheda SUA-CdS).

Il docente Responsabile Qualità di Facoltà/Dipartimento, oltre a svolgere quanto sopra indicato in qualità di componente del PQA, ha la responsabilità di:

- promuovere, guidare, sorvegliare e verificare l'efficacia delle attività di AQ all'interno della Facoltà/Dipartimento;
- garantire il corretto flusso informativo tra il Presidio Qualità di Ateneo e i Responsabili Qualità di Dipartimento nelle Facoltà ed i Responsabili Qualità di Corso di Studio;
- pianificare e coordinare lo svolgimento degli Audit Interni di Facoltà/Dipartimento;
- relazionare al PQA, con cadenza annuale, sullo stato del Sistema di Gestione per la Qualità (stato delle Non Conformità, Azioni correttive/preventive, esito degli audit interni, ecc.).

All'interno delle Facoltà, il docente Responsabile Qualità di Dipartimento ha la responsabilità di:

- promuovere, guidare, sorvegliare e verificare l'efficacia delle attività di AQ all'interno del Dipartimento;
- garantire il corretto flusso informativo tra il Responsabile Qualità di Facoltà e i Responsabili Qualità di Corso di Studio.

Il docente Responsabile Qualità di Corso di Studio ha la responsabilità di:

- promuovere, guidare, sorvegliare e verificare l'efficacia delle attività di AQ all'interno del Corso di Studio;
- collaborare alla compilazione della scheda SUA-CdS;
- redigere, in collaborazione con il Responsabile del CdS, il Rapporto Annuale di Riesame CdS;
- pianificare le azioni correttive individuate all'interno dei Rapporti Annuali di Riesame di CdS, mediante gli strumenti messi a disposizione dal SGQ.

6.3 Rappresentante della Direzione

Al fine di gestire il SGQ, di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, di ottenere la soddisfazione degli **studenti** e di tutti i portatori di interessi, la Direzione individua nel Responsabile del Presidio della Qualità di Ateneo il Rappresentante della Direzione per la Qualità.

Il Rappresentante della Direzione per la Qualità ha il compito di garantire che il SGQ venga mantenuto e migliorato continuamente, attraverso l'esecuzione di audit interni e di una adeguata sorveglianza.

6.4 Comunicazioni Interne

Le comunicazioni interne dalla Direzione a tutti i responsabili sono distribuite a cura **del Rettore e del Direttore Generale, ciascuno per le proprie competenze**, e riguardano anche l'efficacia del SGQ.

6.5 Rapporto annuale di riesame CdS

E' l'atto finale dell'attività di Riesame svolta annualmente, al fine di promuovere il miglioramento dell'efficacia della formazione fornita agli studenti. Attraverso il Rapporto di Riesame il CdS tiene sotto controllo la validità della progettazione e la permanenza delle risorse attraverso il monitoraggio dei dati, la verifica dell'efficacia degli interventi migliorativi adottati, la pianificazione di azioni di miglioramento.

In particolare, il Rapporto si basa sull'analisi dei dati quantitativi riferiti al percorso di formazione proposto (ingresso, regolarità del percorso, uscita e accompagnamento al mondo del lavoro) e degli indicatori da essi derivati, analisi condotta tenendo anche conto dell'evoluzione dei dati nel corso degli anni accademici precedenti, almeno l'ultimo triennio, delle criticità osservate o segnalate sui singoli moduli che compongono il percorso di formazione. Attraverso questo lavoro di analisi il CdS mira a mettere in evidenza tre aspetti:

- gli effetti delle azioni correttive già intraprese negli anni accademici precedenti;
- i punti di forza e le aree da migliorare che emergono dall'analisi di dati quantitativi (ingresso nel modo universitario, regolarità del percorso di studio, ingresso nel mondo del lavoro) o da problemi osservati o segnalati nel percorso di formazione;
- gli interventi volti a introdurre azioni correttive sugli elementi critici messi in evidenza o ad apportare miglioramenti.

6.6 Rapporto di Riesame Ciclico CdS

Si tratta di una attività ciclica su un medio periodo di 3/5 anni, in funzione della durata del Corso di Studio e della periodicità dell'accreditamento e comunque in preparazione di una visita di accreditamento periodico. Il Rapporto di Riesame ciclico mette in luce principalmente la permanenza della validità degli obiettivi di formazione e del sistema di gestione utilizzato dal Corso di Studio per conseguirli. Prende quindi in esame l'attualità della domanda di formazione che sta alla base del Corso di Studio, le figure professionali di riferimento e le loro competenze, la coerenza dei risultati di apprendimento previsti dal Corso di Studio nel suo complesso e dai singoli insegnamenti, l'efficacia del sistema di gestione del Corso di Studio.

Per ciascuno di questi elementi il Rapporto di Riesame ciclico documenta, analizza e commenta:

- a. gli effetti delle azioni correttive annunciate nei Rapporti di Riesame ciclico precedenti;
- b. i punti di forza e le aree da migliorare che emergono dall'analisi del periodo in esame e dalle prospettive del periodo seguente;
- c. gli interventi correttivi sugli elementi critici messi in evidenza, i cambiamenti ritenuti necessari in base a mutate condizioni e le azioni volte ad apportare miglioramenti.

6.6.1 Responsabili del Rapporto annuale/ciclico di Riesame e iter di approvazione

Il Riesame viene condotto sotto la guida del docente Responsabile del Corso di Studio (Presidente o Coordinatore) che sovrintende la redazione del Rapporto annuale/ciclico e ne assume la responsabilità. All'attività di Riesame partecipa una rappresentanza studentesca.

A tal fine, i Consigli di Corso di Studio nominano un Gruppo di Riesame di cui faranno parte almeno:

- il Responsabile del Corso;
- il/i rappresentante/i degli studenti individuato/i tra gli studenti eletti nei Consigli di Corso;

- il docente Referente Qualità CdS;
- un referente Tecnico-Amministrativo della struttura didattica di supporto.

Al gruppo di riesame possono essere inoltre invitati:

- i Referenti Qualità di Dipartimento/Facoltà,
- ogni altro rappresentante delle istituzioni universitarie, del mondo del lavoro e delle professioni.

Il Rapporto annuale/ciclico di Riesame viene sottoposto all'approvazione degli organi che hanno la responsabilità della progettazione e attivazione del Corso di Studio e dell'individuazione delle risorse necessarie. Pertanto, una volta redatto, il Rapporto verrà inviato al PQA per l'adozione degli atti di competenza. Il PQA potrà richiedere ai Consigli di CdS/CUCS integrazioni e/o modifiche dei suddetti rapporti per renderli congrui alle finalità e politiche di AQ di Ateneo. Una volta recepite le indicazioni del PQA e ricevuta l'approvazione dei Consigli di CdS/CUCS e dei Consigli di Dipartimento/Facoltà, i Rapporti di riesame vengono inviati, a cura del Direttore di Dipartimento/Preside di Facoltà, all'Area Didattica per l'upload sulla piattaforma informatica ministeriale. Tali rapporti vengono altresì inviati al Presidio della Qualità di Ateneo, alla Commissione Paritetica Docenti-Studenti e al Nucleo di Valutazione per i rispettivi adempimenti.

6.7 Riesame della Direzione di Ateneo

La Direzione, almeno una volta all'anno, riesamina il Sistema di Gestione per la Qualità per assicurarsi della sua continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Il riesame comprende anche la valutazione delle opportunità per il miglioramento e le esigenze di modifiche del SGQ, politica ed obiettivi per la qualità inclusi.

Il riesame della direzione è effettuato:

- in ogni caso, con cadenza almeno annuale, dopo aver raccolto i dati provenienti dal SGQ e dalle Facoltà/Dipartimenti/Amministrazione
- a fronte del mutamento degli obiettivi
- in occasione di mutamenti organizzativi
- quando, a seguito di audit interni o altre modalità, vengano riscontrate gravi carenze che denuncino la necessità di una revisione.

Nella riunione vengono individuate e discusse le carenze del SGQ e sono definite e verbalizzate le azioni preventive/correttive da intraprendere.

I risultati dei riesami costituiscono la base per eventuali azioni di miglioramento, al fine di aumentare efficacia ed efficienza di attività e processi, e di raggiungere obiettivi qualitativi prestabiliti.

6.8 Elementi in ingresso per il riesame

Gli elementi in ingresso per il riesame della Direzione comprendono informazioni riguardanti:

- analisi degli esiti degli audit interni e delle valutazioni interne;
- informazioni di ritorno da parte di **tutti i portatori di interesse**;
- analisi dei risultati delle indagini di customer satisfaction;
- analisi della performance del servizio (analisi degli indicatori previsti);
- esame delle Non Conformità (NC) e dei relativi andamenti;

- riesame dell'efficacia delle azioni correttive e/o preventive intraprese;
- analisi dell'andamento delle azioni a seguire da precedenti riesami della direzione;
- analisi degli esiti di audit esterni;
- taratura e verifica degli strumenti di valutazione adottati.

Per analizzare tali elementi vengono valutati anche i Rapporti Annuali dei Riesami dei Corsi di Studio e le relazioni sullo stato del SGQ di ogni singola Facoltà/Dipartimento/Amministrazione. Le valutazioni di cui sopra vengono effettuate in una seduta del Presidio allargata al Rettore e al Responsabile Qualità dell'Amministrazione Centrale.

In tale riunione il RSQ/RQF/RQD/RQA illustra alla Direzione i dati e le informazioni raccolte procedendo, quindi, alla loro analisi e discussione.

6.9 Elementi in uscita dal riesame

Gli elementi in uscita dal riesame della Direzione comprendono decisioni ed azioni relative:

- al miglioramento dell'efficacia del SGQ e dei suoi processi;
- al miglioramento del servizio in relazione ai requisiti **di tutti i portatori di interesse;**
- alla individuazione delle risorse necessarie.

Registrazioni delle attività di riesame vengono tenute sotto forma di verbali delle riunioni della Direzione e conservate a cura del RSQ/RQF/RQD/RQA.

INDICE:

0.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
1.	RIFERIMENTI.....	2
2.	MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.....	2
2.1	Risorse Umane: Personale Docente	4
2.2	Risorse Umane: Personale Tecnico e Amministrativo	6
2.3	Formazione ed Informazioni.....	7
3.	INFRASTRUTTURE ED AMBIENTE DI LAVORO.....	8
3.1	Manutenzione Straordinaria.....	8
3.2	Manutenzione Ordinaria	8
3.3	Prevenzione e protezione.....	9

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/2007	Emissione	Tutte
01	14/04/1009	Eliminato "gli Istituti"	2
02	10/05/2010	ISO 9001:2008	Tutte
03	13/05/2013	Applicazione L. 240/10 e decreti attuativi e DM 47/2013	Tutte

0. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Capitolo 02 del MQ ha lo scopo di descrivere le attività, identificare, procurare e gestire le risorse necessarie all'attuazione del progetto formativo.

Tale capitolo si applica a tutte le risorse dell'Ateneo.

1. RIFERIMENTI

- Norma UNI EN ISO 9001:2008 § 6
- Capitolo 03 del presente MQ

2. MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

L'università Politecnica delle Marche è organizzata secondo quanto descritto nello Statuto di Autonomia e nel Regolamento Generale di Ateneo. L'Università con sede in Ancona, per l'attività didattico-scientifica e di ricerca e per soddisfare particolari esigenze culturali e del tessuto socio economico, può operare in sedi decentrate. Il Senato Accademico, su proposta delle Facoltà/**Dipartimenti** interessati, acquisito il parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, può decentrare in tali sedi anche parzialmente le attività didattiche dei corsi.

Gli organi dell'Università Politecnica delle Marche si suddividono in:

- il Rettore;
- il Senato Accademico;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Direttore Generale;
- il Nucleo di Valutazione;
- il Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono inoltre istituiti:

- il Consiglio Studentesco;
- il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità;
- il Collegio di Disciplina;
- la Conferenza Territoriale e dei Sostenitori;
- la Commissione Etica.

L'Ateneo, nel rispetto dei principi di semplificazione dell'articolazione interna, di integrazione tra ricerca e didattica, proporzionalità e sostenibilità, si organizza in Dipartimenti che costituiscono le strutture per lo svolgimento della ricerca scientifica, delle attività didattiche e formative, nonché delle attività rivolte all'esterno ad esse correlate o accessorie. La richiesta di costituzione di un Dipartimento deve essere avanzata da almeno 35 tra professori di ruolo e ricercatori e deve essere corredata da un progetto didattico scientifico e dagli elementi per

valutare la sostenibilità della nuova struttura; la richiesta viene approvata dal Consiglio di Amministrazione previo parere del Senato Accademico e del Nucleo di Valutazione.

Le Facoltà sono strutture di raccordo tra più Dipartimenti raggruppati in relazione a criteri di affinità disciplinare e funzionalità organizzativa, con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, compresa la proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio e di gestione dei servizi comuni. L'istituzione delle Facoltà è proposta dai Consigli dei Dipartimenti coinvolti. L'istituzione della Facoltà è deliberata dal Consiglio di Amministrazione previo parere del Senato Accademico.

Ciascuna Facoltà è dotata di autonomia regolamentare e organizzativa. È altresì dotata di autonomia amministrativa e gestionale nei limiti fissati dal Regolamento di Ateneo per l'Amministrazione, la Finanza, e la Contabilità. Ciascuna Facoltà dispone delle risorse finanziarie e strutturali e di personale ad essa destinate.

Ciascuna Facoltà si dota di un proprio regolamento interno che tiene conto delle sue specifiche esigenze culturali e organizzative.

I Dipartimenti, nel rispetto del Regolamento Generale di Ateneo, disciplinano il proprio funzionamento mediante l'adozione di un regolamento di funzionamento che è approvato dal Senato Accademico, previo parere favorevole del Consiglio di Amministrazione.

Sono Organi del Dipartimento:

- a) Il Consiglio;
- b) Il Direttore;
- c) La Giunta (ove costituita);
- d) La Commissione Paritetica nei Dipartimenti non coordinati in Facoltà.

Ciascun professore e ricercatore deve afferire ad un solo dipartimento.

La Facoltà si articola in:

- a) il Preside;
- b) il Consiglio;
- c) l'Assemblea;
- d) la Commissione Paritetica.

Le strutture dell'Università sono:

- Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari ed Ambientali;
- Facoltà di Economia "Giorgio Fuà", articolata in:
 - o Dipartimento di Management;
 - o Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali;
- Facoltà di Ingegneria, articolata in:
 - o Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile e Architettura;

- o Dipartimento di Ingegneria Industriale e Scienze Matematiche;
- o Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione;
- o Dipartimento di Scienze e Ingegneria della Materia, dell'Ambiente ed Urbanistica;
- Facoltà di Medicina e Chirurgia, articolata in:
 - o Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica;
 - o Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica;
 - o Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari;
 - o Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche;
- Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente.

I Centri di Ricerca e Servizio sono strutture finalizzate allo svolgimento di ricerche di rilevante impegno scientifico e finanziario e/o ad attività di servizio di interesse comune di più strutture. Le risorse di personale, finanziarie e logistiche necessarie alla costituzione ed alla conduzione ordinaria del Centro sono garantite dalle strutture interessate.

Sono organi di ciascun Centro:

- il Consiglio;
- il Direttore.

L'Amministrazione Centrale, principale struttura di servizi dell'Ateneo con a capo il Direttore generale, è articolata, di norma, in Centri Tecnici e Servizi Tematici per materie e finalità ai quali sono preposti Dirigenti o funzionari di elevata professionalità.

2.1 Risorse Umane: Personale Docente

In sede di programmazione didattica per l'anno accademico successivo entro i termini previsti dal Ministero per la definizione dell'offerta formativa, i Consigli di Facoltà/**Dipartimento** definiscono i manifesti degli studi (Regolamento Didattico) con l'indicazione degli insegnamenti da attivare.

Dopo aver provveduto all'attribuzione dei compiti didattici ai docenti, il Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** procede alla copertura degli insegnamenti rimasti vacanti con le modalità di seguito riportate in ordine di priorità:

- 1) attribuzione degli insegnamenti a titolo gratuito o retribuito a docenti, ricercatori che abbiano manifestato la propria disponibilità a seguito di comunicazione del Preside/**Direttore** relativa ai corsi da assegnare;
- 2) richiesta all'amministrazione dell'emissione di bando pubblico per il conferimento dell'attività didattica al personale sopraindicato, di ruolo presso l'Ateneo o presso altra sede universitaria, oppure in mancanza di questo, per il conferimento mediante contratto di

diritto privato a titolo retribuito a studiosi o esperti, di comprovata qualificazione scientifica e/o professionale.

Entro il termine di scadenza del bando, gli interessati inoltrano domanda al Rettore corredata di curriculum vitae, elenco pubblicazioni e, se provenienti da altre sedi, di autocertificazione relativa alla qualifica rivestita e di copia della richiesta di autorizzazione agli organi accademici dell'Università di appartenenza.

Devono altresì essere allegati alla domanda: il programma del corso ed eventuali testi di riferimento per gli studenti.

Valutati i requisiti dichiarati e la conformità al bando emanato, l'Amministrazione trasmette le domande al Preside di Facoltà/**Direttore di Dipartimento**.

Esaminate le domande, il Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** formula le proposte di attribuzione dell'attività didattica, dando la priorità, in primo luogo, ai professori ed ai ricercatori appartenenti alla stessa Facoltà/**Dipartimento**, successivamente a docenti e ricercatori interni all'Ateneo stesso ed, infine, a docenti e ricercatori di altre sedi universitarie.

Sulla base della delibera del Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** viene emesso il decreto rettorale di attribuzione dell'attività didattica.

Il compenso per la prestazione viene corrisposto previa attestazione dell'effettivo svolgimento delle attività didattiche mediante registro delle lezioni, debitamente firmato dal Preside della Facoltà/**Direttore di Dipartimento**, o dichiarazione sostitutiva, pure controfirmata dal Preside/**Direttore**, nonché del registro relativo alle attività didattiche svolte in tutto l'anno accademico con la dichiarazione riepilogativa dell'attività espletata per i docenti interni e della dichiarazione, resa dall'interessato, che l'attività didattica è stata svolta oltre il limite dell'impegno orario complessivo previsto dalle vigenti disposizioni normative, per i docenti esterni.

Qualora per lo svolgimento dei corsi di insegnamento vacanti non sia disponibile personale universitario, l'attività didattica può essere attribuita, mediante contratto di diritto privato a titolo retribuito a personale esterno di comprovata qualificazione scientifica e/o professionale, con un'anzianità di laurea di almeno 10 anni **ridotta a 5 in caso di possesso del titolo di dottore di ricerca**.

In presenza di più domande di attribuzione di attività didattica mediante contratto, il Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** procede ad una valutazione comparativa dei candidati e delibera l'attribuzione dell'incarico motivandone le ragioni.

La delibera del Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** viene trasmessa all'amministrazione che provvede agli adempimenti necessari per la stipula del contratto.

Si ricorre alla stipula di contratti di diritto privato anche per l'attivazione di attività didattica integrativa e per l'attribuzione di esercitazioni aggiuntive, rispetto al corso ufficiale, **ai titolari di contratto per supporto alla didattica**.

Gli studiosi o esperti cui è attribuita attività didattica integrativa sono proposti a seguito di procedure di selezione pubblica, previa valutazione comparativa dei curricula formativi e professionali dei candidati.

Il compenso corrisposto ai titolari di contratti di insegnamento, sia integrativo sia ufficiale, è corrisposto **secondo quanto previsto dal DM**.

I **titolari di incarico di supporto alla didattica** sono proposti con delibera del Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** tra dipendenti di ruolo di enti pubblici e privati (purché non dipendenti di Università), liberi professionisti iscritti all'albo da 5 anni e in possesso di partita IVA, dottori di ricerca iscritti all'albo e dipendenti di Enti pubblici e privati in pensione.

Ai fini dell'individuazione del soggetto cui attribuire l'incarico, in attuazione di quanto disposto dal Consiglio di Facoltà/**Dipartimento**, l'amministrazione emette un avviso pubblicato sul sito internet dell'Ateneo e all'albo dell'Università.

Le domande vengono presentate direttamente al Preside/**Direttore** della Facoltà/**Dipartimento** richiedente e il Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** individua il nominativo cui attribuire l'incarico, indicando comparativamente gli elementi che determinano la scelta.

Al **titolare di contratto** può essere richiesto un impegno massimo di 80 ore per anno accademico.

Alla delibera del Consiglio di Facoltà/**Dipartimento** segue la convocazione dell'interessato per la stipula del contratto.

La liquidazione dei contratti è subordinata alla consegna del registro delle esercitazioni effettuate.

2.1.1 Reclutamento: le procedure di valutazione comparativa

Il reclutamento del personale docente di I e II fascia avviene **secondo le disposizioni di cui agli artt. 18 e 24 della L. 240/2010 e del Regolamento di Ateneo "Chiamate artt. 18 e 24 della L. 240/2010"**.

Alle procedure di reclutamento dei ricercatori si applicano le norme **di cui all'art. 24 della L. 240/2010 e del Regolamento di Ateneo per l'assunzione di ricercatori a tempo determinato"**.

2.2 Risorse Umane: Personale Tecnico e Amministrativo

Le assunzioni del personale tecnico ed amministrativo sono effettuate nell'ambito della programmazione triennale del fabbisogno di personale e dei suoi eventuali aggiornamenti **ai sensi del Decreto Legislativo 49/2012 e della L. 135/2012 secondo le indicazioni annualmente impartite dal Ministero**.

Le procedure concorsuali si svolgono con modalità che garantiscono l'imparzialità, l'economicità e la celerità di espletamento, mediante l'adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti professionali ed attitudinali richiesti dalla posizione da ricoprire.

Prima di espletare la procedura concorsuale devono essere effettuate la mobilità interna, la mobilità esterna e la mobilità **di cui all'art. 34 del Decreto Legislativo 165/2001**.

Il reclutamento del personale tecnico ed amministrativo all'Università Politecnica delle Marche, a tempo pieno o parziale, è disciplinato:

- dal "Regolamento per i concorsi e la progressione verticale del personale tecnico ed amministrativo" (ALL. 1), www.univpm.it, alla pagina Ateneo / Statuto e Regolamenti /Regolamenti d'Ateneo
- dal "Regolamento per la mobilità interna" (ALL. 2), www.univpm.it, alla pagina Ateneo / Statuto e Regolamenti /Regolamenti d'Ateneo.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato è disciplinato dal "Regolamento per l'assunzione di personale a tempo determinato" (ALL. 5), www.univpm.it, alla pagina Ateneo / Statuto e Regolamenti /Regolamenti d'Ateneo.

2.3 Formazione ed Informazioni

E' responsabilità del **Presidio di Qualità di Ateneo e della rete dei Referenti Qualità di Facoltà/Dipartimento e di Corso di Studio** informare tutto il personale interessato dell'esistenza di un **sistema di Assicurazione Qualità** e di procedure relative. Tale attività informativa e di addestramento viene attestata dal fatto che gli interessati firmano il modulo di distribuzione per attestare l'avvenuta distribuzione dei documenti del SGQ. L'apprendimento è indicato dalla mancanza di NC durante gli Audit Interni della Qualità. Eventuali NC riscontrate possono essere risolte con una più attenta campagna di informazione e formazione del personale dei singoli Corsi di Studio che ha influenza sulla qualità del servizio reso.

Le eventuali attività informative e formative vengono registrate sugli appositi moduli per le azioni correttive.

Inoltre è responsabilità del Preside/**Direttore** pubblicizzare adeguatamente la politica della qualità e gli obiettivi che sono stati fissati per perseguire tale politica. Formazione specifica viene impartita allo scopo di rendere consapevole tutto il personale della rilevanza e della importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità. Tale consapevolezza viene analizzata e valutata in occasione del riesame del sistema di gestione per la qualità da parte della direzione.

La determinazione delle informazioni necessarie per il controllo del processo e per garantire la qualità del servizio sono almeno quelle necessarie per calcolare gli indicatori definiti nelle procedure. Inoltre si utilizzano i dati provenienti dai questionari compilati dagli studenti, i dati provenienti dal personale della Facoltà/**Dipartimento**, i dati provenienti dal mondo del lavoro esterno.

Le modalità e le responsabilità di raccolta ed elaborazione e il flusso di tali informazioni è definito di volta in volta negli specifici capitoli del manuale e/o nelle procedure generali/istruzioni operative.

3. Infrastrutture ed Ambiente di Lavoro

L'Ateneo definisce, predispose e mantiene attive tutte le infrastrutture necessarie ad ottenere la conformità ai requisiti dei servizi erogati.

Le attività di manutenzione degli edifici, degli impianti e delle attrezzature dell'Università sono eseguite:

- dal CRIT, CRM, su segnalazione dei responsabili delle strutture e dei responsabili di polo.
- dal servizio di Gestione Integrata (Global Service) sulla base di un programma operativo con una pianificazione temporale delle attività programmate (a canone) – Piano dettagliato degli interventi– come da Tabella C -.
- o su autorizzazione del Supervisore che ha il compito di monitoraggio e controllo della corretta e puntuale esecuzione di tutte le attività.

3.1 Manutenzione Straordinaria

Per ridurre il numero di richieste di intervento a fronte di anomalie o obsolescenze vengono effettuati interventi programmati. L'obiettivo fondamentale è la riduzione dell'incidenza delle malfunzioni. Questa attività comprende anche interventi volti al miglioramento o arricchimento funzionale, a seguito di migliorie decise e introdotte dal Direttore del Centro.

La manutenzione straordinaria viene eseguita generalmente:

- tenendo conto delle condizioni di uso che potrebbero portare alla malfunzione, al guasto o al deterioramento;
- su impianti e manufatti con parti soggette ad usura; vengono in particolare eseguiti i controlli raccomandati dalle case produttrici o fornitrici e vengono valutati statisticamente i tempi di durata del bene, definendo la tempistica per il rinnovo.

Gli interventi straordinari vengono inseriti nel bilancio di previsione o comunque eseguiti dopo approvazione e supervisione del Responsabile del Centro.

Risultato dell'attività del CSGE è l'aggiornamento periodico del fascicolo fabbricato (edile e impianti).

3.2 Manutenzione Ordinaria

La manutenzione ordinaria consiste nell'effettuazione degli interventi di riparazione programmati a seconda delle tipologie o a seguito di segnalazioni di guasti dalle strutture interessate.

Gli interventi sono effettuati da figure professionali con competenze tecniche e sulla base di contratti pluriennali GS o di contratti ad hoc per i singoli interventi.

Il prodotto di questa attività è il sistema ripristinato.

3.3 *Prevenzione e protezione*

La gestione della prevenzione e della protezione è affidata a squadre di emergenza che operano secondo quanto indicato nel Documento di Emergenza, emesso dal Rettore ai sensi del DM 5/08/98 n° 363.

Con i DDIRR nn. 1241 del 30 settembre 1999 e 309 del 31/01/2000, per adempiere a quanto previsto dal citato DM, è stato istituito il Coordinamento dei Servizi di Prevenzione e Protezione dell'Ateneo composto da: Rettore, che lo presiede, Pro-Rettore, Direttore Amministrativo, Capo Centro Sviluppo e Gestione Edilizia, Capo Ripartizione sicurezza e Antinfortunistica, con funzione di segretario, e Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione del Rettore e del Direttore Amministrativo. Ulteriori dettagli sono descritti nelle apposite IO.

0.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
1.	RIFERIMENTI.....	2
2.	PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI	2
3.	PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE.....	3
3.1	Determinazione dei requisiti relativi al servizio	3
3.2	Riesame dei requisiti relativi al prodotto.....	3
3.3	Comunicazioni con il Cliente.....	4
4.	PROGETTAZIONE E SVILUPPO.....	4
4.1	Planificazione della progettazione.....	4
4.2	Dati di Ingresso della Progettazione e Sviluppo.....	5
4.3	Dati di Uscita della Progettazione e Sviluppo	5
4.4	Verifica, Riesame e Validazione della Progettazione.....	6
4.5	Modifiche alla Progettazione	7
5.	APPROVVIGIONAMENTO	7
5.1	Verifica dei prodotti approvvigionati.....	9
6.	EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI FORMAZIONE	9
6.1	Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione del servizio	9
6.2	Validazione dei processi di erogazione di servizi.....	10
6.3	Proprietà del Cliente.....	11
7.	GESTIONE DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO.....	11

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/07	Emissione	Tutte
01	10/05/10	ISO 9001:2008	1 - 8
02	13/05/13	Applicazione L. 240/10 e decreti attuativi e DM 47/2013	Tutte
03	31/03/15	Armonizzazione SGQ con AVA	Tutte

0. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Capitolo 03 del MQ ha lo scopo di determinare, pianificare ed attuare i processi che sono necessari all'erogazione del servizio. Per ciascun processo vengono descritte le modalità di gestione e controllo identificandone nel contempo anche le relative responsabilità.

Tale capitolo si applica a tutti i processi che sono necessari a raggiungere gli obiettivi stabiliti per la qualità dei propri servizi formativi.

1. RIFERIMENTI

- Norma UNI EN ISO 9001:2008 § 7
- Statuto di autonomia
- Regolamento di Ateneo
- Regolamento di Facoltà/Dipartimento
- DM 47/13 e s.m.i.
- Linee guida ANVUR

2. PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI

L'Ateneo ha pianificato l'erogazione del servizio attraverso l'identificazione e lo sviluppo di processi che consentono di:

1. definire chiaramente gli obiettivi di qualità ed i requisiti attesi dal servizio erogato;
2. fornire le risorse specifiche per erogare il servizio;
3. definire le attività di verifica, di validazione, di monitoraggio, di ispezione e di prova sul servizio compresi i relativi criteri di accettabilità;
4. definire la documentazione di supporto e le registrazioni necessarie a fornire evidenza che i processi ed i servizi risultanti ottemperino ai requisiti attesi.

I processi pianificati sono composti da:

- il processo di progettazione e sviluppo della didattica;
- il processo di gestione delle risorse umane;
- il processo di erogazione del servizio (formazione studenti), che a sua volta prevede i sottoprocessi di attività didattica, tirocinio e servizi di supporto;
- il processo dei servizi di supporto alla didattica (immatricolazione, iscrizione e carriera dello studente), che prevedono l'identificazione dei requisiti dei clienti, il riesame del contratto e le comunicazioni verso i clienti;
- il processo della gestione approvvigionamenti;
- il processo di gestione risorse materiali.

Nei paragrafi successivi ognuno di questi processi viene descritto in dettaglio, specificando per ognuno gli input, gli output, gli obiettivi relativi alla qualità, i metodi di controllo utilizzati e la documentazione di supporto.

3. PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

3.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio

Le modalità di gestione dei processi relativi ai clienti vengono dettagliate nelle schede di processo relative all'erogazione del servizio formativo.

Il processo relativo al cliente è stato pianificato e realizzato allo scopo di permettere alle Facoltà/Dipartimenti di erogare i propri servizi formativi soltanto dopo aver determinato i requisiti stabiliti dal cliente, i requisiti non precisati dal cliente, ma comunque necessari, i requisiti cogenti ed ogni altro requisito considerato rilevante dall'organizzazione stessa.

Prima di impegnarsi nell'erogare lo specifico corso, le Facoltà/ Dipartimenti si accertano, tramite l'emissione di un'offerta ed il riesame di un ordine, che:

- vengano chiaramente individuati tutti i requisiti sopra citati;
- non sussista, o sia risolta, qualsiasi divergenza;
- venga verificata la capacità dell'organizzazione di soddisfare i requisiti stabiliti.

3.2 Riesame dei requisiti relativi al prodotto

L'offerta emessa dal singolo Corso di Studio è un'offerta standard che tuttavia si adatta alle diverse esigenze del cliente, attraverso la possibilità di scelta del curriculum e del "profilo professionale" che ne risulta. Il riesame avviene al termine dell'attività di definizione dei documenti contenenti l'offerta formativa di ogni singola Facoltà/Dipartimento.

In particolare si verifica che:

- gli obiettivi generali e specifici dei Corsi di Studio siano adeguatamente definiti e descritti;
- i percorsi formativi siano adeguatamente definiti e descritti;
- gli obblighi contrattuali a carico degli studenti siano chiaramente definiti;
- le modalità di iscrizione e di espletamento delle pratiche burocratiche siano chiaramente definite;

Se l'esito del riesame è negativo si apportano le necessarie modifiche all'offerta.

L'effettuazione del riesame del contratto e la sua registrazione vengono testimoniati dall'approvazione del documento "Regolamento Didattico" da parte del CdF/CdD dopo che la Presidenza/Nucleo didattico ne ha curato la redazione.

Il riesame avviene dopo la predisposizione delle specifiche dei singoli moduli, al fine di verificare che le modalità di erogazione del corso, delle esercitazioni pratiche, delle attività di

supporto alla didattica, di verifica dell'apprendimento siano definite ed adeguatamente descritte.

I documenti che compongono l'offerta vengono elaborati a cura della Presidenza/Nucleo didattico, esaminati ed approvati dal CdF/CdD annualmente prima dell'apertura delle iscrizioni per il nuovo anno.

Le modifiche all'offerta iniziale di formazione vengono esaminate e deliberate in sede di CdF/CdD. Le modifiche sono registrate nei verbali della seduta.

3.3 Comunicazioni con il Cliente

Le comunicazioni ai Clienti sono gestite dal Preside/Direttore e dal Servizio Didattica e dalle sue Ripartizioni Corsi di Studio di Facoltà/Dipartimento.

Ogni anno, in periodi compatibili con una successiva eventuale iscrizione, vengono svolte iniziative promozionali, quali: creazione di manifesti e locandine in cui viene descritta l'attività del singolo Corso di Studio, interventi sulla stampa e sulle radio locali, visite e giornate di promozione nelle scuole superiori.

Le informazioni riguardanti i Corsi di Studio sono riportate sulle pagine web delle Facoltà/Dipartimento nel sito dell'Università Politecnica delle Marche.

Le informazioni relative al calendario degli esami e ad eventuali spostamenti di esami, lezioni, ricevimento studenti possono essere reperite presso i siti di Facoltà/Dipartimento e sulle pagine web dei docenti.

I Clienti (studenti) comunicano eventuali suggerimenti, problemi e/o reclami attraverso il questionario che viene loro consegnato al termine di ciascun ciclo di lezioni, o tramite gli organi di rappresentanza studentesca, o tramite apposito modulo disponibile nella homepage del sito web di Ateneo. Tali informazioni di ritorno sono gestite dall'organizzazione tramite la procedura di gestione delle Non Conformità (PG03).

4. PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Le modalità di progettazione e sviluppo vengono dettagliate nella Scheda di Processo SP01 "Progettazione e sviluppo didattica" di Ateneo.

4.1 Pianificazione della progettazione

L'Ateneo pianifica e tiene sotto controllo l'attività di progettazione ed aggiornamento di ogni singolo Corso di Studio che le Facoltà/Dipartimenti vogliano attivare nel proprio ordinamento.

La pianificazione della progettazione si suddivide nelle seguenti fasi:

- 1) autovalutazione;
- 2) progettazione ordinamento didattico RAD;
- 3) Progettazione Regolamento Didattico /OFF;

4) Programmazione Didattica (Copertura Insegnamenti, Organizzazione Didattica);

5) procedure di verifica ed acquisizione informazioni per autovalutazione.

Responsabili e tempistiche di ogni fase sono definite all'interno della tabella T0110.01.01.

4.2 Dati di Ingresso della Progettazione e Sviluppo

L'individuazione e la disponibilità dei dati e dei requisiti di base diventano fondamentali ai fini della progettazione. L'analisi dei dati permette sia di progettare il servizio in modo che esso soddisfi gli utenti, sia di capire quali siano le caratteristiche del servizio da tenere sotto controllo per assicurarne la qualità.

Le principali caratteristiche del servizio da prendere in considerazione e da controllare derivano dai dati emersi dalle schede di valutazione, dalle delibere del Consiglio di Facoltà/Dipartimento e dagli indicatori previsti per il monitoraggio dei processi e sono definite, oltre che in questa, nell'istruzione operativa "Erogazione del Servizio Formativo".

I dati di ingresso comprendono:

- leggi, decreti, regolamenti cogenti relativi a contenuti e struttura del Corso di Studio;
- politica della qualità adottata;
- progetto del Corso di Studio relativo all'Anno Accademico corrente;
- risorse disponibili per docenti, personale tecnico, amministrativo, infrastrutture, materiali di supporto, risorse finanziarie, aziende per tirocini;
- risultati dell'Anno Accademico in svolgimento e dei precedenti;
- consultazione con le organizzazioni rappresentative - a livello nazionale e internazionale - della produzione di beni e servizi, delle professioni;
- indagini sul grado di inserimento dei laureati nel mondo del lavoro e sulle esigenze post-lauream;
- dati sulla valutazione della didattica da parte degli studenti e dei docenti (modello AVA);
- opinioni enti e imprese con accordi di stage / tirocinio curriculare o extra-curriculare.
- dati relativi a frequenze alle attività didattiche, formative e professionalizzanti già attivate;
- esigenze espresse ed implicite di tutte le parti interessate per quanto riguarda la figura professionale del laureato.

4.3 Dati di Uscita della Progettazione e Sviluppo

Per ogni Corso di Studio i risultati della progettazione vengono inseriti nella Scheda Unica Annuale SUA-CdS e nella "Guida alla Facoltà/Guida dello Studente/Guida ai corsi di Studio", pubblicate nel sito web di Ateneo.

La Scheda Unica Annuale SUA-CdS si compone di due Sezioni:

1. Sezione "Qualità", che raccoglie ogni informazione utile a far conoscere la domanda di formazione, il percorso formativo, i risultati di apprendimento attesi, i ruoli e le responsabilità che attengono alla gestione del sistema di assicurazione della Qualità del corso, i presupposti per il riesame periodico dell'impianto del Corso di studio, le eventuali correzioni individuate;
2. Sezione "Amministrazione" che raccoglie i dati di istituzione (RAD) e di attivazione pregressa (OFF.F) del corso, consentendo una migrazione verso il nuovo sistema di gestione delle informazioni che viene a costituirsi come una piattaforma di comunicazione "integrata" che consente di veicolare verso tutti i destinatari del processo di comunicazione la medesima informazione.

Nella "Guida alla Facoltà/Guida dello Studente/Guida ai corsi di Studio" sono rappresentate le tabelle di articolazione dei corsi di studio negli anni, contenenti:

- l'elenco di tutti gli insegnamenti, suddivisi per anno e per semestre/trimestre;
- gli obiettivi formativi, i programmi e il docente titolare dei singoli insegnamenti;
- i crediti di ciascuna attività formativa.

I progetti contengono inoltre tutte le informazioni più importanti per usufruire in maniera corretta del servizio formativo.

I progetti vengono emessi (su proposta delle Commissioni Didattiche) previa approvazione del CdF/CdD che approva gli ordinamenti didattici dei Corsi e ne cura l'inserimento nelle singole Guida alla Facoltà/Guida dello Studente/Guida ai corsi di Studio.

4.4 Verifica, Riesame e Validazione della Progettazione

Il progetto viene verificato per assicurarsi della conformità dei risultati della progettazione rispetto ai dati in ingresso anche paragonando progetti/esperienze precedenti con il progetto che si sta sviluppando.

Il progetto viene riesaminato in base ai risultati della progettazione, considerando i dati elaborati per il monitoraggio delle caratteristiche critiche.

Le modalità, le responsabilità e le fasi per l'esecuzione delle verifiche e dei riesami della progettazione sono definite nel processo di progettazione e sviluppo (SP01).

La validazione della progettazione avviene al termine dell'erogazione del servizio previsto ed ha l'obiettivo di verificare l'effettiva soddisfazione delle esigenze degli utenti (studenti, portatori di interesse).

Alla fine del servizio, viene indetta una riunione a cui partecipano, per ogni Corso di Studio, il personale coinvolto nelle varie fasi della progettazione. Il risultato della validazione viene

registrato nel verbale della riunione, nel quale si annotano gli scostamenti tra quanto elaborato nel progetto e i risultati dello svolgimento del progetto.

Le registrazioni dell'attività di verifica, riesame e validazione della progettazione, costituite da verbali di sedute e/o da documenti formali di approvazione da parte del CdF/CdD e/o degli organi competenti, vengono conservate secondo le regole stabilite nel Regolamento di Facoltà/Dipartimento ed utilizzate in sede di elaborazione del nuovo progetto.

4.5 Modifiche alla Progettazione

Le modifiche al progetto e le loro modalità di applicazione vengono discusse ed approvate dalla Commissione per la didattica e poi dal Consiglio di Facoltà/Dipartimento prima dell'inizio di ogni anno accademico, in vista dell'emanazione dei nuovi documenti dell'offerta e quindi del nuovo Manifesto degli Studi.

La registrazione delle modifiche, costituite in verbali di sedute e/o in documenti formali di approvazione da parte del Preside/Direttore, vengono conservate secondo le regole stabilite nello Statuto di Ateneo.

5. APPROVVIGIONAMENTO

Per soddisfare le necessità dell'attività didattica il Responsabile del Servizio Provveditorato, Economato e Patrimonio (CSPEP), dall'esame delle richieste formulate dai responsabili delle strutture dell'Ateneo, rileva le necessità evidenziate e riepiloga le richieste per categorie di beni o di servizi da approvvigionare.

In base all'analisi finanziaria e alle priorità didattiche dei beni, definite di concerto tra il Rettore, il Direttore Generale e il CSPEP, vengono stabiliti gli acquisti a cui è possibile procedere.

L'approvvigionamento:

a) di beni necessari alle attività amministrative delle Segreterie avviene su segnalazione dei Capi Servizio e/o dei Capi Ripartizione mediante modulistica reperibile sul sito dell'Ateneo: Ateneo/Area Riservata con inserimento di username e password – Servizio Provveditorato, Economato e Patrimonio – Richieste Economato.

Le forniture riguardano:

1. tutto il materiale di consumo necessario al funzionamento degli Uffici in questione quali, in via meramente indicativa e non esaustiva: carta per fotocopie, cancelleria in genere, toner per il funzionamento delle apparecchiature;
2. la modulistica varia, necessaria alle immatricolazioni ed iscrizioni, ed i verbali di esame.

b) di diplomi e titoli di studio rilasciati dall'Università, avviene su espressa richiesta del Capo Servizio Didattica congiuntamente ai Capi Ripartizione Didattica;

- c) di beni necessari alle attività didattiche, relativamente all'acquisto di arredo per le aule e per gli spazi interdisciplinari, avviene su segnalazione del Rettore e/o del Centro Gestione Sviluppo Edilizio e/o dei Presidi di Facoltà, mediante apposite formali richieste;
- d) di servizi inerenti la conduzione dei locali quali le pulizie giornaliere e la manutenzione di arredi ed attrezzature didattiche.

Il Capo Servizio, in merito agli approvvigionamenti di cui al precedente punto a), verifica l'eventuale presenza di scorte di magazzino e procede alla consegna del materiale medesimo. In caso negativo, dopo avere verificato la disponibilità delle risorse finanziarie, procede alla selezione dei fornitori, predispone e inoltra le richieste di acquisto ai fornitori individuati, esamina i preventivi pervenuti e, effettuando la scelta della migliore offerta, procede all'emissione dell'ordine di acquisto. Successivamente provvede alla consegna del materiale richiesto.

Per quanto attiene gli approvvigionamenti di cui al precedente punto b), il Capo Servizio procede all'ordinazione dei diplomi all'Impresa aggiudicataria della fornitura, utilizzando il contratto in essere per tale fornitura.

Il Capo Servizio, relativamente all'acquisto di arredi ed attrezzature interdisciplinari di cui al precedente punto c), propone, in base all'importo stimato della fornitura, la tipologia di procedura amministrativa che dovrà essere attivata.

Relativamente ai servizi di conduzione dei locali di cui al precedente punto d), si procede, per quanto attiene il servizio di pulizie, utilizzando il contratto in essere per analoghi servizi per i locali dell'Università e, per quanto riguarda il servizio di manutenzione ordinaria, ordinando il lavoro necessario alla Ditta che avrà offerto il costo di intervento più conveniente per l'Amministrazione.

Sempre in funzione dell'importo stimato e della procedura da seguire, potrebbe essere necessaria l'autorizzazione, da parte del Consiglio di Amministrazione dell'Università, per l'affidamento della fornitura.

Per quanto attiene all'individuazione dei fornitori per le procedure ad evidenza pubblica sono applicate le norme di legge che le disciplinano.

Per l'approvvigionamento di beni e servizi per spese in economia, invece, previsto dal "Regolamento delle Spese in Economia", il Servizio Provveditorato, Economato e Patrimonio gestisce un elenco fornitori.

I nuovi fornitori vengono inseriti nell'elenco in base alle documentate proprie esperienze lavorative e sono valutati sulla base di criteri che sono descritti nella IO05 "Gestione approvvigionamenti".

L'elenco dei fornitori è suddiviso per categorie merceologiche. Nell'elenco sono inseriti i fornitori storici, accreditati, potenziali, non idonei e coloro che lo richiedono a seguito di domanda su apposito modulo predisposto dal Servizio, previa valutazione del responsabile dello stesso. L'elenco è annualmente soggetto a revisione.

5.1 Verifica dei prodotti approvvigionati

Al ricevimento della fornitura, per assicurarsi che i prodotti siano conformi ai requisiti specificati nel contratto o nell'ordine di acquisto, il Capo Servizio esegue le verifiche del caso che si differenziano in base alla natura dell'approvvigionamento:

- ispezione di ogni singola attrezzatura ed arredo e, se necessario, il suo collaudo;
- ispezione a campione nel caso di fornitura di materiale di consumo;
- per gli approvvigionamenti di servizi, si procede direttamente alla valutazione del servizio fornito che si realizza con una relazione e/o verbale di regolare esecuzione del Capo Servizio e/o del personale che ha usufruito del servizio in questione.

La verifica prevede l'apposizione della firma dell'incaricato sulla fattura, in caso di fornitura regolare, e, nel caso di fornitura irregolare, la redazione di un verbale di non conformità.

Se il materiale è:

1. inventariabile viene redatto il foglio di inventario che viene allegato alla documentazione d'acquisto per la liquidazione;
2. di modico valore o di facile deperimento, viene registrato in apposita contabilità e sulla fattura viene riportato il timbro di registrazione.

6. EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI FORMAZIONE

6.1 Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione del servizio

Le modalità di gestione dei processi relativi all'erogazione del servizio di formazione vengono dettagliate nella Scheda di Processo SP03 "Erogazione del Servizio Formativo".

Sono responsabili del processo di erogazione del servizio formativo e del controllo dello stesso il CdF/CdD e la Presidenza/Direzione di Dipartimento. Il processo formativo si attua principalmente attraverso la frequenza alle lezioni dei moduli didattici, le attività di laboratorio, la partecipazione a seminari e corsi integrativi, la consultazione di materiale didattico inerente i programmi dei moduli, la consultazione di ulteriori testi disponibili in biblioteca, i colloqui con i docenti e coadiutori didattici, le interazioni con le aziende (tirocini). Il singolo corso di studio deve tenere sotto controllo i servizi erogati.

Per tenere sotto controllo i servizi, essi vengono confrontati con le specifiche che sono state definite durante la progettazione e che sono state offerte ai clienti attraverso i documenti appositi e con la pubblicazione della Guida della Facoltà/Dipartimento.

Per il controllo vengono utilizzati i seguenti metodi:

1. monitoraggio della customer satisfaction relativamente ai servizi;
2. verifiche interne periodiche;
3. trattamento delle NC eventualmente riscontrate nell'erogazione dei servizi.

6.2 Validazione dei processi di erogazione di servizi

La valutazione del processo formativo e dei servizi avviene in due modi:

- la verifica dell'apprendimento
- la valutazione dell'erogazione del processo formativo e dei servizi.

La verifica dell'apprendimento può avvenire tramite prove intermedie, che possono essere prove scritte su parte del programma, risoluzione di esercitazioni, interrogazioni orali. La prova finale consiste in un esame che può essere scritto, orale o constare di entrambe le prove.

Le modalità di espletamento dell'esame al termine di ogni modulo sono indicate nel programma presentato dal docente.

Le registrazioni degli esami sono costituite dai verbali di esame, che vengono compilati a cura del docente.

La verifica dell'attività di tirocinio è affidata ad un tutor accademico: egli si accerta che il tirocinio si stia svolgendo secondo quanto pianificato.

La valutazione delle modalità di erogazione del processo formativo e dei servizi vengono fatte attraverso:

1. monitoraggio della customer satisfaction relativamente alle attività di formazione;
2. verifiche interne periodiche.

La valutazione degli studenti sull'attività didattica viene somministrata mediante procedura informatizzata tramite appositi questionari predisposti dall'ANVUR. Periodicamente il Servizio Informatico Amministrativo rielabora le risultanze di tali indagini e le rende disponibili ai singoli docenti, ai Presidenti dei corsi di studio, ai Direttori di Dipartimento / Presidi di Facoltà, al POA e al NdV.

Il Senato Accademico determina periodicamente i criteri e gli indicatori quantitativi e qualitativi idonei a valutare l'efficienza e l'efficacia delle attività didattiche svolte nei corsi di studio.

Il Preside/Direttore, sulla base dei suddetti criteri e indicatori, prepara una relazione periodica sull'attività didattica corredata degli opportuni dati statistici, ivi compresi quelli riguardanti il giudizio degli studenti. Questa relazione viene sottoposta a valutazione del Senato Accademico, del Consiglio Studentesco e del Nucleo di Valutazione.

Il controllo del processo avviene anche attraverso l'elaborazione dei dati (indicatori) così come definito nelle singole schede di processo e nel **DM 47/13 e s.m.i.**

Annualmente, il Preside/Direttore riunisce la Direzione al fine di valutare, attraverso l'analisi delle non conformità rilevate, dei reclami, degli esiti degli audit interni, delle analisi svolte dai CdS, l'andamento del servizio e di verificare scostamenti significativi tra obiettivi prefissati e risultati raggiunti.

I dati che scaturiscono dall'attività di monitoraggio dei processi vengono utilizzati per intraprendere opportune azioni di miglioramento secondo quanto stabilito nella PG02 e PG03.

6.3 Proprietà del Cliente

Gli studenti che fanno domanda di ammissione ai corsi di laurea devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di II grado di durata quinquennale secondo quanto previsto dalla legge.

La documentazione di proprietà dello studente viene conservata presso l'Area Diritto allo Studio per la durata e secondo le modalità previsti dalla normativa nazionale vigente.

Le informazioni riguardanti gli studenti vengono salvaguardate secondo la normativa nazionale vigente.

7. GESTIONE DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO

Il controllo del dispositivo di monitoraggio "esame" quale verifica dell'apprendimento viene fatta attraverso l'adozione di criteri che diano ragionevole confidenza su imparzialità, equilibrio ed accuratezza del giudizio, quali:

- opportuna composizione della commissione di esame di ogni singolo insegnamento;
- verifiche a posteriori basate sul proseguimento della carriera universitaria;
- opportuna composizione della commissione di esame finale;
- verifiche a posteriori basate sull'inserimento dei laureati nel mondo del lavoro.

Per l'attività di monitoraggio della soddisfazione degli studenti vengono utilizzati appositi questionari predisposti dall'ANVUR. Annualmente, in sede di riesame della Direzione di Ateneo, vengono valutate eventuali integrazioni da apportare ai suddetti questionari.

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

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	20/03/2007	Emissione	Tutte
01	10/05/2010	ISO 9001:2008	Tutte
02	13/05/2013	Applicazione L. 240/10 e decreti attuativi e DM 47/2013	Tutte
03	24/04/2014	Inserimento nuovo modulo "Gestione Reclami"	5
04	31/03/2015	Armonizzazione SGQ con AVA	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 9001:2008 § 8
- DM 47/13 e s.m.i.
- Linee guida ANVUR

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. Audit interni;
2. Misurazione della soddisfazione dello **studente** e delle parti interessate;
3. Monitoraggio e misurazione dei processi;
4. Monitoraggio e misurazione dei servizi erogati.

2.1.1 Audit Interni

L'Audit Interno viene effettuato dal Responsabile designato secondo il Programma Annuale elaborato dal RSQ/RQA/RQF/RQD ed approvato dal Rettore/Direttore Generale/Preside/Direttore di Dipartimento, 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 Audit vengono pianificati ed eseguiti per stabilire se il sistema di gestione è:

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

Gli Audit vengono pianificati in maniera tale da coprire i punti principali del SGQ, la cui evoluzione deve essere seguita con sistematicità. Il piano degli Audit è predisposto basandosi sui seguenti fattori:

- importanza e criticità dell'area da verificare;

- risultati dei precedenti Audit;
- necessità emergenti dai riesami del SGQ da parte della Direzione;
- carichi di lavoro e disponibilità del personale interessato;
- necessità particolari.

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

Gli Audit Interni esaminano le seguenti attività ed aree:

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

Gli Audit Interni sono condotti dal PQA coadiuvato dal personale qualificato dell'Ufficio di supporto tecnico-amministrativo e da personale qualificato esterno, garantendo comunque l'indipendenza dai processi da valutare.

I risultati degli Audit sono verbalizzati a cura e sotto responsabilità del valutatore, nei "Rapporti di Audit", 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/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).

Il RSQ/RQA/RQF/RQD, dopo verifica della corretta attuazione ed efficacia delle azioni correttive decise, provvede ad archiviare il rapporto, consegnandone una copia al Rettore/Direttore Generale/Preside/Direttore di Dipartimento, che la utilizza, insieme agli altri documenti a sua disposizione, per l'effettuazione del riesame del SGQ.

2.1.2 Valutazione della Soddisfazione degli Studenti e delle parti interessate

I metodi utilizzati dall'Ateneo per valutare la soddisfazione degli Studenti e delle parti interessate sono:

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

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.

Inoltre, annualmente, il NdV effettua una attività di sorveglianza e di indirizzo volta a valutare, tra l'altro, l'efficacia complessiva della gestione in AQ della didattica e della ricerca.

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.

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
- 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.

3.1 Gestione dei reclami

I reclami degli utenti pervengono alle Presidenze delle Facoltà/Direzioni 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 e 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 Audit Interni

oppure da attività e documenti esterni:

- Audit di terza parte di Enti di Certificazione
- Reclami degli utenti
- Scheda di valutazione corsi delle Facoltà
- Altri strumenti di rilevazione della soddisfazione

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

Per aprire una Azione Correttiva il RSQ/RQA/RQF/RQD 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 Audit Interno, dopo aver evidenziato una potenziale Non Conformità, o al termine del Riesame del Sistema Qualità da parte del CdS/Facoltà/Dipartimento/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/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:

- 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/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 della 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 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/RQD, 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/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.