

Il contesto sistema di gestione qualità ISO 9001: 2015

Milano, 11 ottobre 2018

Sommario

Legenda acronimi utilizzati:	3
01. Il contesto esterno	4
02. Il contesto interno e la scelta di applicazione del sistema di gestione per la qualità.....	5
1. La Fase di Definizione, progettazione e pianificazione.....	6
2. La Fase di “Attività, erogazione”	7
3. La Fase di “Verifica controllo misurazione, monitoraggio e misurazione dei risultati”	7
4. La Fase di “azioni ai fini del miglioramento e analisi del Rischio quale opportunità”	7
03. Leadership e impegno.....	8
04. Obiettivi per la qualità, pianificazione per il loro raggiungimento e monitoraggi.	8
05. Pianificazione delle modifiche.....	8
06. Risorse umane.....	8
07. L’importanza della preparazione delle persone.....	8
08. Conoscenza organizzativa.....	9
09. Competenza, formazione e addestramento con appropriate informazioni documentate.....	9
10. Consapevolezza-Comunicazione.....	9
11. Infrastrutture-Ambiente per il funzionamento dei processi.....	9
12. Risorse per il monitoraggio e la misurazione.....	10
13. Informazioni documentate.....	10
14. Pianificazione e controlli operativi.....	11
15. Gestione delle Non Conformità NC e delle Azioni Correttive AC.....	11
16. Controllo degli output dei servizi-supporti non conformi.....	12
18. La comunicazione con il cliente.....	12
19. Requisiti relativi ai servizi e loro modifiche.....	12
20. Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall’esterno.....	12
21. Produzione, erogazione e rilascio del servizio.....	13

22. Audit interno.....	13
23. Riesame di Direzione.....	13
24. Esclusioni.....	14
25. Riferimenti Normativi.....	14
26. Termini e Definizioni.....	14
27. Documenti:	15

Legenda acronimi utilizzati:

MIUR	Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca
SGQ	Sistema di Gestione della Qualità
ECM	Educazione Continua in Medicina
PDCA	Plan-Do-Check-Act
IFTS	Istruzione e Formazione Tecnica Superiore
L	Lingue
I	Informatica
CdS	Corsi di Studio
NC	Non Conformità
RACC	Raccomandazioni
REC	Reclami
ANAC	Agenzia Nazionale per l’Anticorruzione
AQ	Assicuratore di Qualità
PA	Pubbliche Amministrazioni
CV	Curriculum Vitae
AC	Azioni Correttive
PR	Procedure
IO	Istruzioni Operative
M	Moduli
FC	Fac Simili
RPD	Responsabile Protezione Dati di Ateneo
GDPR	General Data Protection Regulation
CAS	Central Authentication Service
PI	Pubblico Impiego
MEPA	Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione
UNI EN	Ente Nazionale Italiano di Unificazione
ISO	International Organization for Standardization

01. IL CONTESTO ESTERNO

Gli obiettivi strategici dell'Ateneo vedono la propria comunità "tutta" impegnata nella propria missione: erogare formazione, fare ricerca e promuovere progetti di terza missione.

Il radicato inserimento nel territorio locale di Milano e Brianza, nazionale e internazionale, permette scambi reciproci e continue collaborazioni fra istituzioni.

I tratti distintivi dell'Università di Milano - Bicocca nel panorama accademico nazionale e internazionale derivano dall'attenzione per la ricerca di elevata qualità che ha costituito la base per la sua fondazione, avvenuta solo 20 anni fa. Questa missione, che accomuna tutto il personale dell'Ateneo, è la base della qualità della didattica, volta non solo all'acquisizione di conoscenze, nozioni e competenze, ma anche all'approfondimento dei temi di frontiera, quelli che oggi sembrano lontani ma che saranno alla base della futura economia e struttura sociale.

Diversamente dal mondo privato, l'Ateneo riceve finanziamenti pubblici dallo stato (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - di seguito MIUR) e da altri enti sia pubblici sia privati e riceve anche finanziamenti dalle entrate delle tasse studentesche.

L'Ateneo è un ente pubblico e come tale si muove in un terreno di leggi e normative su più fronti che impattano sia sulla formazione sia sulla ricerca sia sulla terza missione.

Mutamenti legislativi del Ministero nati ai fini dell'ottimizzazione e del miglioramento hanno spesso portato a stravolgimenti forti e difficili da ottenere in tempi brevi e con una ricaduta a livello gestionale amministrativo molto impegnativa.

Mutamenti legislativi economico-finanziari o giuridici contrattuali hanno più volte modificato sostanzialmente il modello lavorativo adottato nel tempo.

Il mondo dei docenti e il mondo del Personale Tecnico Amministrativo, pur mantenendo le proprie specificità e differenze, più riescono a lavorare in sintonia nel raggiungimento di comuni obiettivi più opereranno al meglio per garantire servizi efficienti ed efficaci per tutte le parti interessate.

I compiti istituzionali dell'Ateneo, che si esplicano nell'erogare formazione, svolgere attività di ricerca e di terza missione, si intersecano tra la domanda e l'offerta di un mondo esterno, principalmente legato al bacino territoriale e non solo, al mondo del lavoro e dell'impresa nazionale e internazionale che, insieme alle norme e alle regole, diventano gli input delle attività dell'Ateneo.

L'Ateneo ha ben determinato i confini del proprio Sistema di Gestione della Qualità (di seguito SGQ) sia per l'esterno sia per l'interno dell'Ateneo stesso per stabilirne il proprio campo di applicazione.

I processi in SGQ riguardano le attività di supporto e/o i servizi legati alle attività formative, di orientamento (in ingresso, itinere, in uscita) e di servizi offerti agli studenti e alle loro famiglie, ai docenti e agli Enti finanziatori.

Quindi il campo di applicazione, pur essendo ben delineato e limitato, offre opportunità quale valido strumento per verificare e monitorare altre azioni volte ad una sempre maggiore attenzione al cliente.

Nel fornire con regolarità servizi in Sistema di Gestione di Qualità, che soddisfino i requisiti del cliente e quelli cogenti applicabili, l'Ateneo ha individuato in ogni processo certificato i propri clienti diretti e indiretti, dagli studenti iscritti per ogni tipologia di attività di formazione e/o di ricerca, alle proprie famiglie, ai docenti, agli Enti finanziatori, alle Aziende e a tutti coloro che ricevono valore dall'Ateneo, al fine di:

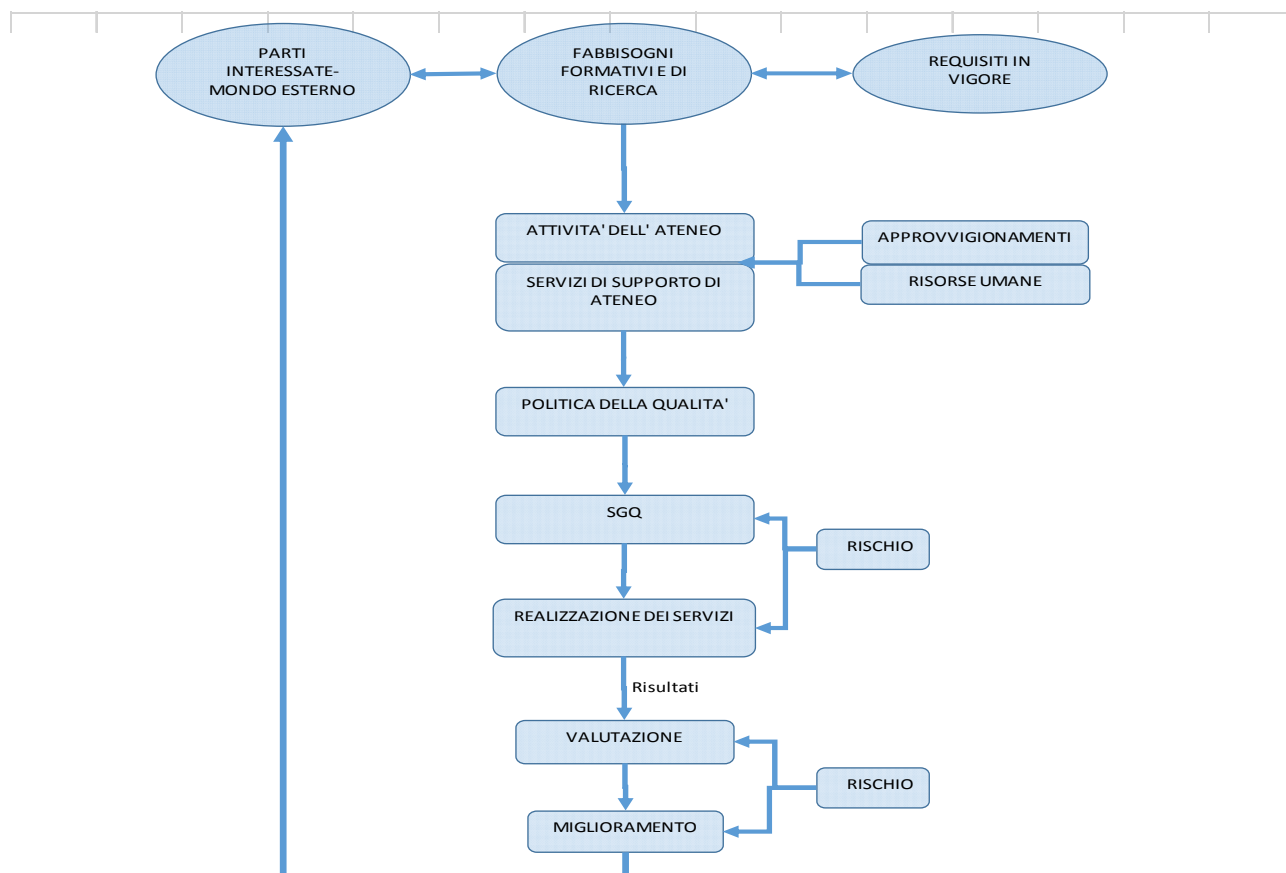
- comprendere i bisogni e le aspettative attuali e future dei clienti;
- collegare gli obiettivi dell'organizzazione ai bisogni e alle aspettative dei clienti;
- comunicare i bisogni e le aspettative del cliente nell'ambito dell'intera organizzazione;
- pianificare, progettare, sviluppare, produrre, consegnare e supportare i servizi in modo da soddisfare i bisogni e le aspettative dei clienti;
- misurare e monitorare la soddisfazione del cliente e intraprendere azioni appropriate;
- determinare e intraprendere azioni relative ai bisogni e alle aspettative delle parti interessate che potrebbero influenzare la soddisfazione del cliente;
- gestire attivamente il rapporto con il cliente per raggiungere il successo durevole.

La misurazione della soddisfazione del cliente viene applicata ai singoli processi mediante degli indicatori i cui risultati sono resi noti e utilizzati dai singoli gruppi di lavoro come input di miglioramento e vengono descritti nel Riesame.

02. IL CONTESTO INTERNO E LA SCELTA DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Caratteristiche principali del SGQ dell'Ateneo, oltre a tendere all'efficacia e all'efficienza, sono la costruzione di un sistema di supporto flessibile e adattabile alle nuove esigenze scaturite dal mondo esterno, che è oggetto di continui cambiamenti culturali e tecnologici, nel rispetto del contesto economico e sociale. Si tratta perciò di un sistema il più possibile aperto, dinamico, adattabile ed evolutivo capace di trasformare "elementi entranti" in "risultati" che a propria volta nella complessità dei processi potrebbero nuovamente innescare "elementi entranti" e nuovi "risultati" da valutare e misurare ai fini del miglioramento.

Fig. 1



Sotto si riporta la rappresentazione grafica circolare che illustra chiaramente la natura iterativa dell'evoluzione di un progetto-processo, dal suo inizio alla sua fine (Plan-Do-Check-Act - di seguito PDCA), e le 4 fasi di processo:

Definizione, progettazione e pianificazione;

Attività, erogazione;

Verifica controllo misurazione, monitoraggio e misurazione dei risultati;

Azioni ai fini del miglioramento e analisi del Rischio quale opportunità

Fig.2



Descriviamo ora le varie fasi del processo.

1. LA FASE DI DEFINIZIONE, PROGETTAZIONE E PIANIFICAZIONE.

Le attività principali in cui si articola il supporto/servizio sono nella alla preparazione e pianificazione delle varie attività:

- proposte di progetti di formazione Corsi di Studio; Processo A6 in estensione;
- proposte di attività formative post laurea (Master I e II livello, Corsi di Perfezionamento Aggiornamento e Formazione, Educazione Continua in Medicina (di seguito ECM) e anche post diploma per Istruzione e Formazione Tecnica Superiore - di seguito IFTS); Processi A1-A2-A5;
- percorsi formativi in stage; Processo A7;
- ulteriori competenze linguistiche e informatiche; Processo A3 Lingue (di seguito L) e Informatica (di seguito I);
- attività istituzionali offerte per l'orientamento; Processo A8;
- servizi offerti agli studenti con disabilità; Processo A9;
- altri servizi trasversali: Diplomi; Processo A10;
- percorsi formativi all'estero; Processo A11;
- progettazione e pianificazione estensione e mantenimento SGQ; Processo B1.

2. LA FASE DI “ATTIVITÀ, EROGAZIONE”.

Le attività principali in cui si articola il supporto si attuano nella realizzazione/attuazione delle attività seguendo la Fase di Definizione, progettazione e pianificazione:

- l'erogazione delle attività formative dei Corsi di Studio (di seguito CdS), post laurea ECM; Processi A1-2-5-6;
- l'erogazione e realizzazione dei percorsi formativi di stage; Processo A7;
- l'erogazione di corsi frontali od on-line di ulteriori competenze linguistiche e informatiche; Processo A3 L e I;
- la realizzazione degli eventi di orientamento; Processo A8;
- la realizzazione dei servizi offerti agli studenti con disabilità; Processo A9;
- la realizzazione di altri servizi trasversali quali i Diplomi; Processo A10;
- la realizzazione di percorsi formativi all'estero; Processo A11;
- la realizzazione estensione e mantenimento SGQ; Processo B1.

3. LA FASE DI “VERIFICA CONTROLLO MISURAZIONE, MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI RISULTATI”.

Per ogni processo sono stati individuati specifici indicatori in grado di poter monitorare, misurare e portare ad un'analisi e alla valutazione dei relativi servizi-supporti. Sono state anche individuate le modalità mediante le quali vengono effettuati i monitoraggi e le relative misurazioni: dai questionari definiti e inviati via email come customer satisfaction tramite piattaforme informatiche e/o distribuiti su supporti cartacei e/o alle misurazioni indirette sui servizi-supporti offerti. Sono individuate le tempistiche di erogazione e quelle delle elaborazioni dei risultati che, se considerati sotto soglia rientrano in apertura di reclami e/o apertura di nuovi Rischi, se non già presenti. Per queste attività vengono conservate le informazioni documentate. 2017-SGQ_UNIMIB_M_Indicatori01. Nei riesami dei processi e della Direzione ne viene data ampia descrizione.

4. LA FASE DI “AZIONI AI FINI DEL MIGLIORAMENTO E ANALISI DEL RISCHIO QUALE OPPORTUNITÀ”.

La Politica per la Qualità messa in atto dall'Ateneo ha come fine il miglioramento continuo dei propri servizi in SGQ, per accrescere la soddisfazione degli studenti e delle parti interessate, lavorando sulla correzione, la prevenzione o la riduzione degli effetti indesiderati. I risultati delle valutazioni permettono di svolgere azioni per risolvere situazioni non conformi o intraprendere azioni correttive per il miglioramento del processo che deve essere funzionale al miglioramento sia del supporto sia segnalare eventuali necessità di miglioramento delle attività formative o di orientamento o di altri servizi erogati. Il monitoraggio dei Rischi e le azioni per mitigarli rientrano in questa fase. Il monitoraggio delle Non Conformità (di seguito NC), delle Raccomandazioni (di seguito RACC), dei Reclami (di seguito REC) e dei Rischi creano spunti per nuove opportunità di miglioramento.

L'Ateneo ha affrontato i rischi come opportunità, utilizzando il modello di Rischio (partendo da quello dell'Agenzia Nazionale per l'Anticorruzione (di seguito ANAC) e ha individuato per ogni singolo processo la presenza di Rischi identificati, codificati e pesati e con individuate le azioni atte a mitigarli. (vedi allegato relativo al Rischio).

03. LEADERSHIP E IMPEGNO.

La leadership (Direzione) si impegna a garantire la politica e gli obiettivi fornendo il supporto, la motivazione e il coinvolgimento delle risorse necessarie per lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento continuo del SGQ e accrescere la soddisfazione delle parti interessate.

A tutti i livelli sono stabilite unità d'intenti e di indirizzo e si creano le condizioni affinché le persone siano impegnate nel raggiungere gli obiettivi della qualità dell'organizzazione. Il riconoscimento, la responsabilizzazione, l'accrescimento delle abilità e della conoscenza facilitano l'impegno delle persone nel raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione.

Si assicura che siano costantemente attivi i processi di comunicazione riguardanti sia le attività dell'Ateneo, sia l'efficacia e sia la correttezza dell'applicazione del SGQ.

Per garantire un coordinamento efficiente dell'Ateneo, viene assicurato il flusso delle informazioni tra tutte le strutture coinvolte nelle varie attività.

04. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ, PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO E MONITORAGGI.

Gli obiettivi, coerenti con la Politica della Qualità, vengono individuati e definiti preventivamente annualmente e possono avere, per il loro raggiungimento, tempistiche differenti. Sono separati per tipologie e distinti tra obiettivi della Direzione trasversali e obiettivi individuati per i singoli processi.

Nel modello predisposto per gli obiettivi viene brevemente descritto cosa sarà fatto, le risorse impegnate, i responsabili e i tempi. Vengono riportati i risultati di raggiungimento e le eventuali criticità che si potrebbero incontrare nel raggiungere l'obiettivo. SGQ_pianodimiglioramento_01. Sono previsti da Assicuratore di Qualità (di seguito AQ) due monitoraggi annuali sugli stati di avanzamento e/o scostamento degli obiettivi di miglioramento.

05. PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE.

Le modifiche al SGQ e ai processi sono legate agli obiettivi e/o a necessità o strategie interne. Le modifiche, a seconda della loro entità e della loro origine: normativa, organizzativa, gestionale, implementativa e di estensione, sono effettuate secondo una pianificazione definita e condivisa, fino alla completa validazione del "nuovo" processo o di quello modificato.

L'AQ tiene monitorate le modifiche sia a livello di singoli processi sia a livello di Sistema, ne pianifica le azioni e le eventuali ricadute. Viene data evidenza con informazioni documentate di tutti i passaggi pianificati.

06. RISORSE UMANE.

L'Università si avvale per i propri servizi di supporto di personale tecnico amministrativo assunto mediante procedure di selezione e bando pubblico, come previsto dalle normative vigenti nelle Pubbliche Amministrazioni (di seguito PA).

Eventuali blocchi alle assunzioni e obblighi in tal senso sono anche legiferati da Leggi dello Stato sempre legate al mondo della PA.

07. L'IMPORTANZA DELLA PREPARAZIONE DELLE PERSONE.

L'Università degli Studi di Milano - Bicocca per l'istituzione, l'attuazione, il mantenimento, l'estensione e il miglioramento continuo del SGQ attribuisce la massima importanza alla preparazione e conoscenza da parte del personale specifico, in modo da conferire maggiore professionalità, intesa come:

- bagaglio di conoscenze specifiche per lo svolgimento dei compiti assegnati;
- sensibilizzazione sul tema della Qualità, con particolare riferimento al proprio ruolo all'interno del Sistema Qualità;
- sensibilizzazione in materia di formazione, con continuo aggiornamento sulle norme;
- aggiornamento sui sistemi di prevenzione e antinfortunistica.

Tale obiettivo viene perseguito con il rigoroso rispetto di tutte le normative vigenti.

08. CONOSCENZA ORGANIZZATIVA.

L'esperienza acquisita negli anni mediante l'approccio per processi ha permesso di ottimizzare e mantenere un bagaglio di conoscenze organizzative notevoli, in accordo con le mutevoli legiferazioni in atto; è stata tramandata dalle risorse interne, tramutandosi anche in competenze acquisite dalle persone che agiscono nel SGQ.

09. COMPETENZA, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO CON APPROPRIATE INFORMAZIONI DOCUMENTATE.

Le necessità di addestramento che scaturiscono da richieste del personale, da nuove assunzioni o da lacune verificate in fase di audit interno e altre sono in carico ai Responsabili delle strutture sia per i corsi interni sia per quelli esterni e finalizzati al raggiungimento delle competenze sempre più approfondita nel settore di appartenenza. Sempre i Responsabili, in accordo con l'Assicurazione Qualità, segnalano i nominativi del personale che dovrà partecipare a corsi interni relativi al SGQ. La programmazione dei corsi (doc. di rif. SGQ_UNIMIB_M_Pian.Add01) viene formalizzata in occasione del Riesame della Direzione oppure viene effettuata sulla base delle necessità individuate e ne viene conservata appropriata documentazione.

Tutte le attività di addestramento strettamente legate alle competenze necessarie per la propria attività lavorativa vengono registrate mediante il modulo SGQ_UNIMIB_M_Reg.Form01. Per ciascun dipendente è possibile verificare i corsi effettuati e la verifica dell'apprendimento. Solo per la formazione interna e/o che abbia rilasciato un attestato, ne viene richiesto l'inserimento nel curriculum vitae (di seguito CV) personale, che viene caricato in un archivio informatico aggiornato.

10. CONSAPEVOLEZZA-COMUNICAZIONE.

L'Ateneo persegue e assicura la consapevolezza del proprio personale sul SGQ, sulla Politica, sugli obiettivi e sulle azioni per il loro raggiungimento.

La comunicazione interna ed esterna nei singoli processi è nota e contiene informazioni su:

chi deve comunicare- responsabilità;

cosa vuole comunicare-contenuto della comunicazione;

quando comunicare-tempistica della comunicazione;

con chi comunicare-utenza;

e come comunicare –modalità.

11. INFRASTRUTTURE-AMBIENTE PER IL FUNZIONAMENTO DEI PROCESSI.

L'Ateneo mette a disposizione e mantiene **infrastrutture** (edifici, impianti, uffici, servizi, apparecchiature e tecnologie dell'informazione/comunicazione) per il regolare e continuo svolgimento delle proprie attività; garantisce che **l'ambiente** per il funzionamento dei processi sia idoneo e adeguato.

12. RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE.

SGQ attua monitoraggi e misurazioni sulle attività dei processi, sui Rischi, sugli obiettivi di miglioramento e sulla soddisfazione del cliente e ne conserva appropriata informazione documentata.

13. INFORMAZIONI DOCUMENTATE.

Tutti i documenti (in formato digitale o cartaceo) che sono ritenuti evidenze necessarie a quanto effettivamente erogato e realizzato in termini di servizi e di supporto permangono nel SGQ quali informazioni documentate “controllate” e ritenute indispensabili.

In particolare per le registrazioni delle:

NC Non Conformità;

AC Azioni correttive;

REC Reclami;

RACC Raccomandazioni;

FORMAZIONE Registrazione (pag.10);

OBIETTIVI individuazione e monitoraggi (pag. 8);

AUDIT INTERNI 1 o 2 all’anno più le visite in loco e quelli simulati se necessari;

RISCHI (vedi documento sui Rischi);

Procedure PR: documenti che descrivono le modalità mediante le quali vengono eseguite le attività, indicano anche le responsabilità, la relativa modulistica e le tempistiche;

Istruzioni Operative IO: documenti che descrivono in modo dettagliato le attività ritenute critiche all’interno del SGQ. Alcune istruzioni operative, specifiche alla gestione di una attività non ripetitiva nel tempo, vengono redatte “ad hoc” e pertanto, per la loro particolarità, non sono sottoposte a revisione, ma tenute sotto controllo;

E-mail ad hoc: contengono in modo inequivocabile il messaggio da inviare.

Registrazioni: documenti **M – FC** (Modelli o Fac-Simili) che forniscono evidenza delle attività svolte.

I documenti devono essere conservati, il più possibile in modalità on-line, rintracciabili e di facile riconoscimento, permettendo di identificare in modo univoco il servizio al fine di ricostruire tutta la sequenza delle attività svolte e permettere il controllo e il monitoraggio dell’andamento del processo quali evidenze.

La documentazione comprovante le attività dei processi viene conservata e riporta codifiche univoche composte secondo l’istruzione operativa SGQ_UNIMIB_IO_documentazione01: un titolo, una revisione e una data di emissione. Le revisioni di tutti i documenti partono dalla n. 1.

La revisione parziale o totale di un documento comporta un cambiamento del numero di revisione e della data di emissione dello stesso. La revisione precedente decade dall’entrata in vigore dell’ultima revisione approvata.

Vengono inoltre indicati i punti modificati che, all’interno del processo, si evidenziano mediante l’apposizione di una barra laterale, mentre negli altri documenti mediante l’evidenza più congrua.

Le registrazioni documentali digitalizzate sono salvate su server centrali dell'Ateneo che progressivamente saranno sostituite, per una scelta dell'Ateneo, dai Sistemi di Sharepoint o Google Drive.

Per il tempo di conservazione documentale si rimanda alle normative in essere; per la documentazione in SGQ 10 anni.

I documenti "controllati" relativi ai processi del SGQ sono gestiti dall'Ufficio Accreditamento e Certificazione di Qualità che, in collaborazione con il personale coinvolto nei processi, provvede alla loro approvazione, verificandone la correttezza, la completezza, l'aggiornamento e la validazione. I documenti del SGQ sono riservati, per cui non possono essere divulgati e/o riprodotti senza l'autorizzazione dell'Ufficio Accreditamento e Certificazione di Qualità e della Direzione.

In ottemperanza a quanto indicato nel Regolamento Europeo "General Data Protection Regulation" (di seguito GDPR) 2016-679 del 27/04/2016, in vigore dal 25/05/2018, l'Ateneo ha provveduto all'applicazione della normativa sulla protezione dei dati personali tramite:

- l'individuazione del Responsabile Protezione Dati di Ateneo (di seguito RPD);
- la nomina dei Responsabili della protezione dei dati personali per ciascuna Area e struttura della Direzione Generale;
- l'individuazione della rete dei Responsabili, al fine del monitoraggio e controllo sull'attuazione degli adempimenti;
- la creazione di un Registro dei trattamenti dei dati personali, tramite la compilazione di schede di trattamento dei dati per ciascuna attività.

È stato inoltre organizzato un corso sul GDPR tramite la piattaforma e-Learning rivolto a tutto il personale tecnico-amministrativo e il RPD ha tenuto vari incontri informativi/applicativi della norma con gli uffici dell'Ateneo che trattano i dati personali.

Un documento si definisce "**controllato**" quando si garantisce che ogni persona, all'interno del SGQ, operi sulla medesima versione del documento. Tutti i documenti "**controllati**" sono accessibili per il personale coinvolto nel SGQ mediante Central Authentication Service (di seguito CAS). Il personale è tenuto a consultare e utilizzare ove previsto il documento "**controllato**". È compito dell'Ufficio Accreditamento e Certificazione di Qualità informare il personale di ogni aggiornamento sulla documentazione in SGQ.

Documentazione di origine esterna considerata di necessaria identificazione viene considerata con le stesse attenzioni della documentazione interna controllata.

14. PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI.

Si rimanda a ogni singolo processo e procedura per quanto riguarda le varie fasi di pianificazione, realizzazione ed erogazione dei servizi. Come già indicato al punto 4 e 6, i processi sono tenuti sotto controllo in primo luogo dal personale interessato e sono state definite e, a seguire, mantenute e conservate le informazioni documentate ritenute necessarie quali evidenze delle attività e a dimostrazione della conformità dei servizi erogati, anche in caso di modifiche, rimodulazioni e/o implementazioni. Il SGQ tiene sotto controllo il processo e tutte le procedure ad esso connesse, comprese le informazioni documentate e la pianificazione delle attività.

15. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ NC E DELLE AZIONI CORRETTIVE AC.

Le NC sono tenute sotto controllo; devono essere registrate mediante il modulo rif. SGQ_UNIMIB_M_letteraNC-AC01, secondo le indicazioni contenute nelle istruzioni operative SGQ_UNIMIB_IO_NC-AC-01 e comunicate via mail all'UACQ che ne verifica i contenuti e a sua volta le inserisce in un file complessivo di registrazione per data di NC rif. SGQ_UNIMIB_M_NC01, per monitorare sia il trattamento della NC sia le eventuali azioni correttive AC per eliminare la causa della NC e scongiurarne una nuova. Tutte le informazioni documentate delle NC sono salvate in una cartella per singola NC mediante supporto informatizzato.

16. CONTROLLO DEGLI OUTPUT DEI SERVIZI-SUPPORTI NON CONFORMI.

Il servizio di supporto/servizio non conforme NC è tenuto sotto controllo:

- viene descritto;
- sono individuate le cause;
- azioni intraprese;
- viene fatto riferimento ad un eventuale Rischio già individuato;
- vengono conservate le informazioni documentate;
- viene fatto riferimento ad una eventuale azione correttiva.

17. GESTIONE DEI RECLAMI REC.

Per osservazioni, suggerimenti e indicazioni è indicato, sul sito web dell'Ateneo Presidio della Qualità, l'indirizzo email a cui fare riferimento: acq@unimib.it.

Il reclamo può essere anche individuato internamente o su segnalazione esterna e viene registrato singolarmente in un file complessivo di registrazione per data di reclamo rif. SGQ_UNIMIB_M_GestioneReclami01. Tutte le informazioni documentate dei REC sono salvate in una cartella per singolo REC mediante supporto informatizzato. Si provvede a inoltrare i reclami a chi di competenza, a valutarne le notifiche e a intraprendere eventuali azioni che portino alla risoluzione del reclamo stesso.

La gestione delle NC e dei reclami REC sono oggetto dei riesami della Direzione.

18. LA COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE.

L'Ateneo mostra molta attenzione verso la comunicazione con il cliente, rappresentato dagli studenti e/o da tutte le altre figure del Pubblico Impiego (di seguito PI) che operano in funzione di un risultato rispetto a tutti i servizi erogati:

- Lavora su fonti di informazioni il più possibile chiare e trasparenti sia sui servizi-supporti, sia sulle istruzioni operative per le parti a carico del cliente (studenti o altre figure) sia con le istruzioni operative di chi si occupa del servizio-supporto;
- Controlla la gestione dei documenti, nei singoli processi, quale proprietà del/i cliente/i;
- Gestisce eventuali reclami giunti direttamente o indirettamente al servizio/supporto;
- È descritta in ogni singolo processo l'eventuale apertura al pubblico di sportelli on-line-telefonici-in presenza o per appuntamento o via email.

19. REQUISITI RELATIVI AI SERVIZI E LORO MODIFICHE.

I **requisiti** dei servizi, da quelli cogenti a quelli ritenuti necessari in conformità all'erogazione dei servizi stessi, dopo essere determinati, vengono garantiti e riesaminati. Viene tenuta traccia, attraverso la revisione dei processi, delle modifiche ai servizi descritti e sono "controllati" eventuali documenti sostituiti o revisionati; tutto il personale che opera in quel servizio ne è messo al corrente. Sono conservate informazioni documentate.

20. CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO.

Gli eventuali affidamenti di attività-prodotti-servizi all'esterno sono molto limitati e sono tutti gestiti secondo le normative cogenti in quanto l'Ateneo è un ente pubblico: dai bandi di gara d'appalto ai semplici bandi o acquisti di prodotti mediante il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (di seguito MEPA).

Questa parte di attività, insieme al pagamento delle fatture e degli incarichi, non è in carico ai processi in SGQ ed è gestita in altri Uffici o Settori all'interno dell'Ateneo.

Gli eventuali affidamenti all'esterno descritti nei processi, sono esplicitati e monitorati in egual modo di un supporto/servizio erogato all'interno.

Vedi anche la parte di esclusione alla fine del presente documento.

21. PRODUZIONE, EROGAZIONE E RILASCIO DEL SERVIZIO.

Processo, procedura, informazioni documentate, istruzioni operative delineano le caratteristiche dei servizi da realizzarsi, le risorse e le relative responsabilità e le scadenze temporali nel rispetto delle normative indicate.

Si effettuano le validazioni e le eventuali ri-validazioni e si monitorano gli stati di avanzamento anche mediante ulteriore audit interno.

22. AUDIT INTERNO.

Gli audit interni si svolgono come audit di processo e/o visite in loco direttamente durante l'erogazione del servizio e/o audit simulati.

Gli audit hanno cadenza annuale. Potranno svolgersi 1 o 2 audit per singolo processo in SGQ e sono pianificati.

È possibile che vengano effettuati, in caso di estensione del SGQ, audit aggiuntivi non previsti nella pianificazione.

Che cosa si verifica nell'audit?

- Verifiche sulle fasi di avviamento del SGQ;
- Verifiche sullo sviluppo del SGQ;
- Verifiche di controllo, prevenzione, mantenimento e miglioramento;
- Verifiche di approfondimento su specifiche aree/funzioni.

L'audit, che si svolge secondo il principio dell'obiettività e imparzialità, deve accertare l'applicazione corretta e completa delle procedure durante ogni fase operativa.

L'Assicurazione di Qualità coordina le varie fasi degli audit, che si possono così individuare:

- programmazione dell'audit (doc. di riferimento Programma SGQ_UNIMIB_M_Audit01; Calendario di dettaglio B1_ACQ_M_CalendarioAudit01);
- notifica dell'audit (doc. di riferimento SGQ_UNIMIB_M_NotificaAudit01);
- svolgimento dell'attività programmata;
- individuazione e discussione di eventuali "non conformità";
- verifica delle informazioni documentate;
- individuazione di azioni correttive da mettere in atto-raccomandazioni e relative tempistiche;
- monitoraggio delle azioni a mitigazione dei Rischi;
- monitoraggio raccomandazioni dei precedenti audit;
- NC e REC aperti;
- monitoraggio stato di avanzamento degli obiettivi;
- stesura del rapporto dell'audit (doc. di riferimento SGQ_UNIMIB_M_rapportoAudit01) condiviso e firmato.

L'Assicurazione di Qualità gestisce le informazioni documentate, la documentazione relativa all'audit e ne conserva traccia. I risultati degli audit vengono riportati nel Riesame annuale dei processi.

23. RIESAME DI DIREZIONE.

Il SGQ viene riesaminato da parte della Direzione.

La Direzione deve redigere un Rapporto di Riesame della Direzione e dei i vari processi.

Input:

1. azioni da precedenti riesami effettuati dalla Direzione;
2. fattori derivanti da cambiamenti interni e/o esterni;
3. grado di soddisfazione e informazioni di ritorno da parte delle parti interessate;
4. stato di raggiungimento degli obiettivi; risultati e monitoraggio;
5. stato dei servizi e conformità;
6. NC e azioni correttive; eventuali reclami;
7. risultati degli audit interni e di terzi;
8. risorse e formazione del personale;
9. rischi e il monitoraggio sullo stato di avanzamento delle azioni intraprese;
10. miglioramento dell'efficacia del SGQ e dei suoi processi.

Output:

1. miglioramento-obiettivi;
2. modifiche-estensioni-rimodulazioni al SGQ;
3. eventuali risorse necessarie.

24. ESCLUSIONI.

"7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni" - Non applicabile: il SGQ non prevede nessuna apparecchiatura-dispositivo di misura per il monitoraggio della conformità dei servizi ai requisiti determinati.

"8.3 Progettazione e sviluppo dei servizi:" tutte le attività di servizio e supporto rientrano nei compiti istituzionali e vengono definite, individuate e approvate dagli Organi dell'Ateneo.

"8.4 Tipo di estensione del controllo": le strutture coinvolte nel processo possono approvvigionarsi da un solo unico fornitore (l'Università) e pertanto non svolgono attività di selezione dei fornitori. Definiscono solamente le informazioni necessarie per descrivere i prodotti da acquistare attraverso la formalizzazione di buoni d'ordine e verificano che quanto ricevuto sia conforme a quanto richiesto. È l'Università che si occupa di selezionare i fornitori secondo quanto stabilito dai regolamenti vigenti.

25. RIFERIMENTI NORMATIVI.

Riferimenti normativi indispensabili per l'applicazione del presente documento sono i seguenti:

- UNI EN ISO 9001: 2015 Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti;
- UNI EN ISO 9000: 2015 Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e vocabolario;
- UNI EN ISO 19011: 2012 Linea guida per audit di sistemi di gestione.

26. TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento si applicano i termini e le definizioni riportate nella ISO 9000:2015. Per ulteriori definizioni proprie in Ateneo, si fa riferimento ai documenti tracciati, reperibili nel SGQ in Sharepoint.

27. DOCUMENTI:

- Politica della Qualità;
- Presentazione dell'Ateneo;
- Il contesto;
- I processi e il loro contesto;
- Rischi e opportunità.