

Appendice

Manuale Qualità



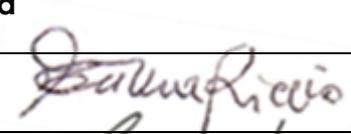
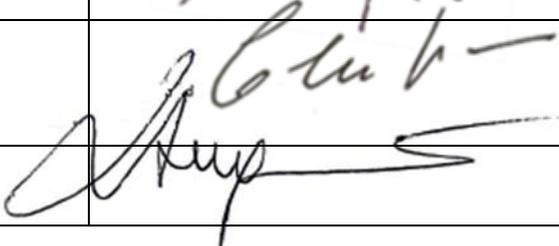
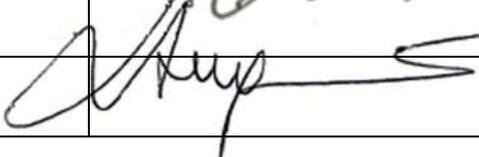
COPIA CONTROLLATA N.01 Assegnata al **RQ**

Questo Manuale è una copia soggetta a gestione controllata



COPIA NON CONTROLLATA

Questo Manuale è una copia non soggetta a gestione controllata, ha carattere unicamente informativo e non è soggetta ad aggiornamento

Data: 12.04.2021		Rev.05
Motivo revisione: revisione del p.to 4.3		
		Firma
Redatto da RQ	(dr.ssa Fortuna Riccio)	
Verificato da Responsabile dei Processi Contabili	(dr. Giovanni Colecchia)	
Approvato da DIR	(Prof. Leopoldo Angrisani)	

Quest'Appendice al Manuale è di proprietà esclusiva di CeSMA (Centro di Servizi Metrologici e Tecnologici Avanzati); tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, la diffusione anche parziale e l'uso all'esterno del Centro senza autorizzazione. Nelle copie soggette ad aggiornamento la versione sostituita deve essere distrutta e la versione originale sostituita viene contrassegnata con la dicitura SUPERATO.



PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA.....	4
1.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	5
2.RIFERIMENTI NORMATIVI	6
2.1. RIFERIMENTI NORMATIVI PER IL SGQ.....	6
2.2. RIFERIMENTI COGENTI.....	7
2.3. REGOLAMENTI DI ATENEO.....	7
3.TERMINI E DEFINIZIONI.....	8
3.1. TERMINI E DEFINIZIONI DELLA QUALITÀ	8
3.2. ABBREVIAZIONI.....	12
3.3. TERMINIE DEFINIZIONI DELLE ATTIVITÀ	13
4.CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	18
4.1. ANALISI DEL CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	18
4.2. COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE	19
4.3. DEFINIZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	20
4.4. MAPPATURA DEI PROCESSI.....	21
4.5. RIESAME DELLE RICHIESTE, DELLE OFFERTE E DEI CONTRATTI	22
4.5.1 Offerte.....	22
4.5.2 Modifiche del contratto.....	24
4.5.3 Fatturazione e chiusura della commessa	24
4.5.3 Archiviazione	24
5.LEADERSHIP	25
5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE	26
5.2 POLITICA PER LA QUALITÀ	26
5.3 RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NEL CENTRO	26
6.PIANIFICAZIONE.....	33
6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITÀ.....	33
6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO.....	35
6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE	36
7.SUPPORTO.....	37
7.1 RISORSE.....	37
7.2 COMPETENZA	38
7.3 CONSAPEVOLEZZA.....	39
7.4 COMUNICAZIONE.....	39



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE.....	39
8.ATTIVITA' OPERATIVE.....	40
8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI	40
8.2 REQUISITI PER I PRODOTTI E I SERVIZI	41
8.3 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI DEL SERVIZIO/PRESTAZIONE.....	41
8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO	41
8.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI.....	42
8.6 RILASCIO DI PRODOTTI E SERVIZI.....	43
8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI	43
9.VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	44
9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE	44
9.2 AUDIT INTERNO.....	45
9.3 RIESAME DI DIREZIONE	45
10.MIGLIORAMENTO.....	46
10.1 NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE	47



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

Il CeSMA “Centro Servizi Metrologici e Tecnologici Avanzati” è un Centro di Ateneo istituito il 25/03/2013 presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II con D.R./2013/1018, al fine di ottenere una migliore utilizzazione di risorse e competenze dell'Ateneo relativamente all'attività di sviluppo e coordinamento di metodologie e tecnologie innovative nel settore della metrologia. Il Centro si configura come centro autonomo di spesa nell'ambito dell'Università Federico II, con la struttura amministrativa ed organizzativa (*governance*) di un Centro Servizi di Ateneo.

Il CeSMA nasce da un omonimo progetto di ricerca finanziato dal M.I.U.R. (PON 2007-2013 - Asse I sostegno a Mutamenti Strutturali - Obiettivo Operativo 4.1.1.4 - potenziamento delle strutture e delle dotazioni scientifiche e tecnologiche).

La sede del CeSMA è situata presso il Complesso Universitario San Giovanni, dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nelle strutture di Napoli Est e nello specifico nell'area ex Cirio ed è stata inaugurata nell'anno 2015.

Nella struttura sono presenti aree comuni per riunioni e meeting in videoconferenza e un parco aperto anche al pubblico. La struttura prevede un piano interrato adibito a parcheggio, per la costruzione del quale sono state utilizzate speciali tecniche costruttive per la realizzazione in falda; tutti i problemi ambientali sono stati risolti nel totale rispetto del severo quadro legislativo vigente.





Il Centro svolge le sue attività lungo *quattro direttrici tematiche*:

- Misure per la Qualità della Vita e la Salute
- Misure e Monitoraggi su Reti e Impianti
- Monitoraggio dell'Ambiente e del Territorio
- Qualificazione di Processi e Prodotti Industriali

Con attività inquadrabili nelle seguenti Aree:

- Biologia, Fisica e Chimica
- Edilizia Sostenibile
- Trasporti
- Meccanica
- Aeronautica
- Energia
- ICT

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Appendice al Manuale della Qualità di Ateneo è stata elaborata per soddisfare i requisiti e le prescrizioni della norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistema di gestione per la qualità - Requisiti".

I contenuti sono stati elaborati in modo da definire ed esprimere con chiarezza:

- ✓ L'organizzazione del Centro CeSMA e in particolare dell'Amministrazione del CeSMA e della Direzione Tecnica
- ✓ I processi e le attività che vi si svolgono e le loro influenze reciproche.
- ✓ L'orientamento di tali attività alle esigenze e alle aspettative di coloro che usufruiscono dei servizi del Centro e all'osservanza di leggi, norme e direttive applicabili.
- ✓ Gli obiettivi e la pianificazione della qualità.
- ✓ Le metodologie per realizzare il miglioramento continuo e progressivo delle prestazioni secondo criteri di efficacia e di efficienza.

L'Appendice è costituita da un unico documento, nei cui capitoli è descritto come i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015; esso costituisce un documento di riferimento per coloro che operano all'interno del CeSMA, per coloro che accedono ai servizi e alle prestazioni, per gli Organismi di Certificazione, per le



Società scientifiche, per i Laboratori del CeSMA e per le Aziende esterne che occupano spazi all'interno del Centro.

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) del Centro CESMA descritto nel presente documento, nel suo interno richiama le procedure che il personale deve rispettare e ne definisce le responsabilità al fine di realizzare servizi conformi alle norme vigenti in tema di qualità, ai regolamenti di Ateneo e in accordo con quanto definito con i propri clienti.

Si precisa che l'attività svolta dall'Amministrazione e della Direzione Tecnica del CeSMA risulta centralizzata pertanto tutti i Laboratori del CeSMA per i processi quali approvvigionamento, reclutamento collaboratori esterni, gestione personale dipendente, gestione missioni e rendicontazione di progetti a cui partecipano fanno riferimento ad essa.

Per tale motivo il Sistema di Gestione per la Qualità del Centro viene descritto nella presente Appendice al Manuale Qualità di Ateneo integrata dalle Procedure e Istruzioni Operative dell'Amministrazione e dei singoli Laboratori. In particolare, essendo le attività amministrative centralizzate, è applicato alla "Gestione delle procedure amministrative relative a contratti, acquisti, convenzioni e missioni. Rendicontazioni dei progetti. Gestione dei documenti informatici."

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1. Riferimenti normativi per il SGQ

SIGLA TITOLO

SIGLA	TITOLO
UNI EN ISO 9000:2015	Sistemi di gestione per la qualità – Fondamenti e terminologia
UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti
UNI EN ISO 9004:2018	Sistemi di gestione per la qualità – Linee guida per il miglioramento delle prestazioni
UNI EN ISO 19011:2018	Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale



2.2. Riferimenti cogenti

TITOLO DESCRIZIONE

Si riportano nella tabella successiva i riferimenti cogenti principali. Ulteriori documenti di riferimento sono riportati nelle singole procedure.

TITOLO	DESCRIZIONE
D.Lgs. 81/08	Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
Regolamento Europeo (GDPR) 2016/679	General Data Protection Regulation
	Codice dei Contratti Pubblici nell'ambito delle procedure di affidamento per l'acquisto di beni e servizi
	Linee Guida ANAC
D. Lgs. 82/2005	Art. 44 Requisiti per la gestione e la conservazione dei documenti informatici
Linee guida Agid	Linee guida sull'accessibilità degli strumenti informatici

2.3. Regolamenti di Ateneo

Tutte le versioni aggiornate dei Regolamenti e dei Decreti Rettorali sono disponibili sul sito www.unina.it/ateneo e nello specifico alla pagina www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/regolamenti/regolamenti-di-ateneo.

Quando i regolamenti di Ateneo vengono aggiornati, arriva comunicazione a tutte le strutture di Ateneo mediante protocollo informatico.

In particolare:

- Per le prestazioni occasionali: www.unina.it/ateneo/concorsi/cococo.
- Per le borse: www.unina.it/ateneo/concorsi/borse-di-ricerca.
- Per lo Statuto di Ateneo: www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/statuto.
- Per il Piano di prevenzione della corruzione: www.unina.it/statuto-e-normativa/piano-di-prevenzione-della-corruzione.



- Per il contratto collettivo del personale: www.unina.it/ateneo/albo-ufficiale.
- Per gare e contratti (procedure sotto soglia, affidamenti diretti, etc.) www.unina.it/-/769584-ufficio-economato.
- Per il NAS di rete: indirizzo 143.225.33.27 usato come Share di rete. La descrizione del funzionamento del NAS e l'accessibilità dello stesso è riportato nella "PGE.03.CeSMA.Gestione dei Documenti Informatici".

3. TERMINI E DEFINIZIONI

3.1. Termini e definizioni della qualità

Accreditamento: Processo adottato da un organismo autorevole per valutare e riconoscere formalmente che una organizzazione, un evento, sono capaci di svolgere determinati compiti.

Alta direzione: Persona o gruppo di persone che, al livello più elevato guidano e tengono sotto controllo un'organizzazione.

Assicurazione della qualità: parte della gestione, che mira a dare fiducia che si ottempererà ai requisiti per la qualità.

Audit: processo sistematico ed indipendente per stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito, e se quanto stabilito si attua con efficacia ed è idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Azione correttiva: azione adottata per eliminare la causa di una non conformità rilevata o di altre situazioni indesiderabili rilevate.

Cliente: Persona od organizzazione che potrebbe ricevere, o che riceve, un prodotto o un servizio che è previsto per, o richiesto da, questa persona od organizzazione.

Conformità: soddisfacimento di requisiti specificati.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

Contesto dell'organizzazione: combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere un'influenza sull'approccio di un'organizzazione per sviluppare e conseguire i suoi obiettivi.

Controllo della qualità: le tecniche e le attività a carattere operativo messe in atto per soddisfare i requisiti per la qualità.

Efficienza: rapporto tra il risultato conseguito e le risorse utilizzate.

Efficacia: grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati.

Evidenza oggettiva: informazioni la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni, misurazioni, prove od altri mezzi.

Fornitore: organizzazione che fornisce un prodotto o un servizio.

Fornitore esterno: fornitore che non fa parte dell'organizzazione.

Gestione: Attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione

Gestione per la qualità: conduzione aziendale per la qualità: l'insieme delle attività di gestione aziendale che determinano la politica per la qualità, gli obiettivi e le responsabilità e li traducono in pratica, nell'ambito del Sistema Qualità, con mezzi quali la pianificazione della qualità, il controllo di qualità, l'assicurazione della qualità e il miglioramento della qualità.

Manuale della qualità: documento che stabilisce requisiti per il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione;

Miglioramento: tutte le azioni intraprese all'interno delle organizzazioni finalizzate ad accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività dei processi a vantaggio sia dell'organizzazione, sia dei suoi clienti.

Non Conformità: mancato soddisfacimento di un requisito specificato.

Organizzazione: persona o gruppo di persone avente funzioni proprie con responsabilità, autorità e relazioni per conseguire i propri obiettivi.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

Osservazione di verifica ispettiva (della qualità): constatazione di un fatto eseguita durante una verifica ispettiva della qualità e convalidata da evidenze oggettive.

Output: risultato di un processo.

Parti interessate (stakeholder): individui e altre entità che aggiungono valore all'organizzazione, oppure che hanno un qualche interesse nei suoi confronti o, ancora, che vengono direttamente coinvolti dalle attività dell'organizzazione.

Pianificazione della qualità: le attività mediante le quali vengono stabiliti gli obiettivi e i requisiti per la qualità e per l'applicazione degli elementi del sistema qualità.

Piano della qualità: documento che precisa le particolari modalità operative, le risorse e le sequenze delle attività relative alla qualità di un determinato prodotto, progetto o contratto.

Politica per la qualità: obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

Procedura: modalità predefinite per eseguire un'attività; in un Sistema Qualità documentato le procedure devono essere scritte e solitamente contengono: i riferimenti normativi, lo scopo ed il campo d'applicazione di un'attività, che cosa deve essere fatto e da chi, quali materiali, apparecchiature e documenti devono essere utilizzati, le responsabilità delle attività, la diffusione del documento, degli eventuali allegati e come tutto ciò deve essere tenuto sotto controllo.

Processo: insieme di risorse e di attività tra di loro interconnesse che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita.

Prodotto: risultato di attività o di processi.

Qualità: l'insieme delle caratteristiche di un'entità che ne determinano la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite.

Erogazione del servizio: le attività del fornitore necessarie per prestare il servizio.

Evidenza oggettiva: dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.



Reclamo: espressione di insoddisfazione rivolta ad un'organizzazione.

Registrazione: documento che fornisce evidenza oggettiva di attività eseguite o di risultati ottenuti.

Requisito: esigenza o aspettativa che può essere esplicita, generalmente implicita oppure obbligatoria.

Requisito per la qualità: requisito relativo alla qualità.

Riesame della Direzione: valutazione formale effettuata dall'alta direzione circa lo stato e l'adeguatezza del sistema qualità in relazione alla politica per la qualità e ai relativi obiettivi.

Riesame del contratto: attività sistematiche eseguite dal fornitore prima della firma del contratto per assicurare che i requisiti per la qualità siano adeguatamente definiti, privi di ambiguità, documentati e che possano essere realizzate dal fornitore.

Riesame della progettazione: analisi critica documentata, esauriente e sistematica di quanto progettato per valutare la sua capacità di soddisfare i requisiti per la qualità, individuare eventuali problemi e proporre soluzioni.

Rintracciabilità – Riferibilità: capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo o l'ubicazione di un'entità mediante identificazioni registrate.

Rischio: effetto dell'incertezza su un risultato atteso.

Servizio: risultato svolto grazie all'interfaccia tra fornitore e cliente e di attività proprie del fornitore per soddisfare le esigenze del cliente.

Sicurezza: stato in cui il rischio di danno alle persone o alle cose è limitato ad un livello accettabile.

Sistema Qualità: la struttura organizzativa, le procedure i processi e le risorse necessarie ad attuare la gestione per la qualità.



Struttura organizzativa: le responsabilità, le linee di autorità e le interrelazioni, definite in un organigramma, per mezzo delle quali un'organizzazione svolge le sue funzioni.

Trattamento di una non conformità: azione da intraprendere nei riguardi di un'entità non conforme al fine di risolvere la non conformità.

Verifica: conferma del soddisfacimento dei requisiti prestabiliti data a seguito di esami e supportata da evidenze oggettive.

3.2. Abbreviazioni

Acronimi generali

ACCREDIA	Ente Italiano di Accreditamento
EA	European Cooperation for Accreditation
UNI	Ente Nazionale Italiano di Unificazione
CEI	Comitato Elettrotecnico Italiano
CSI	Centro di Ateneo per i Servizi Informativi
CUR	Comitato Universitario Regionale
ISO	International Standard Organization
IEC	International Electrotechnical Committee
EN	Comitato Europeo di Normazione
CE	Comunità Europea
CeSMA	Centro Servizi Metrologici e Tecnologici Avanzati
NAS	Network Attached Storage
PA	Pubblica Amministrazione
DURC	Documento unico di regolarità contributiva
MePa	Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione
PON	Programma Operativo Nazionale
POR	Programma Operativo Regionale
FESR	Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale
FSE	Fondo Sociale Europeo
VPN	Virtual Private Network

Acronimi della qualità

AC	Azioni Correttive
----	-------------------



AMQ	Appendice Manuale Qualità
CD	Comitato Direttivo CeSMA
CQA	Centro Qualità di Ateneo
CTS	Comitato Tecnico Scientifico
DOC	Documenti
CED	Centro Elaborazione Dati (informatico CeSMA)
GVI	Gruppo Verifica Ispettiva
IOP	Istruzioni Operative
LNG	Linee Guida
MQ	Manuale Qualità di Ateneo
POP	Procedure Operative
RQ	Responsabile Qualità
SRQ	Supporto Responsabile Qualità
RGS	Referente Gestione Sicurezza
RPC	Responsabile dei Processi Contabili
RL	Responsabile Laboratorio
RQ	Responsabile Qualità CeSMA
RQL	Responsabile Qualità Laboratorio
NC	Non Conformità
OSS	Osservazione
PGE	Procedure Gestionali
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
VII	Audit interni (Verifica Ispettiva Interna)

3.3. Termini e definizioni delle attività

Acquisto: azione mediante la quale un soggetto entra in possesso di un determinato bene o servizio.

Accordo quadro: è uno strumento innovativo di contrattazione, che stabilisce le regole relative ad appalti da aggiudicare durante un periodo massimo di quattro anni.

Backup: duplicazione di un file o di un insieme di dati su un supporto esterno al computer, per avere una copia di riserva.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

Bisogno Formativo: Esprime le dimensioni qualitative e quantitative delle azioni formative indispensabili per acquisire capacità e conoscenze proprie di una professione.

Cliente: con tale termine si intende il destinatario di un servizio da parte di un fornitore; il cliente può essere interno o esterno al Servizio.

Compenso o cedolino paga: documento che il datore di lavoro fornisce al lavoratore, relativo all'importo della retribuzione da questo percepita, per un determinato periodo di lavoro.

Comunicazione: attivazione di una relazione attraverso la trasmissione di varie informazioni; si alimenta di messaggi, inviati e rilanciati tra i vari soggetti del processo, con caratteristiche diverse a seconda del canale o mezzo usato e delle "culture" coinvolte.

Conflitto di Interesse: Conflitto di interesse è la condizione in cui un soggetto svolge contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di interferenza dell'uno sull'altro.

Conformità: soddisfacimento di requisiti specificati.

Contabilità analitico-gestionale: è un sistema che consente di attuare il controllo della gestione nell'aspetto economico, attraverso la misurazione, la rilevazione, la destinazione e l'analisi dei costi e dei ricavi. La contabilità gestionale, detta anche impropriamente contabilità industriale in quanto questo tipo di contabilità era impiegata solo nelle imprese industriali, ha per oggetto l'analisi dei fatti interni di gestione. È parte del "sistema informativo direzionale", che rappresenta l'insieme dei processi delle tecniche e degli strumenti con cui si raccolgono, rappresentano e analizzano i dati al fine di elaborare e supportare le decisioni degli organi direzionali.

Contabilità generale: è l'insieme delle sistematiche rilevazioni contabili inerenti i fatti amministrativi e gestionali, finalizzato al conseguimento di determinati obiettivi informativi e conoscitivi. È organizzata sulla base di metodi di scritture contabili preordinate e avvalentesi di appositi strumenti per la rilevazione quantitativa, i quali funzionano sulla base di convenzioni contabili.



Convegno: l'attività attraverso la quale l'individuo può ricevere riflessioni, analisi focalizzate, risultati di ricerche, partecipando ad un evento nel quale gli attori sono i relatori invitati, ma anche i partecipanti.

Convenzione: Accordo raggiunto fra due o più persone (o enti o stati), mediante il quale ciascuna delle parti si obbliga a mantenerne i reciproci impegni.

Determina a contrarre: è l'atto, di spettanza dirigenziale, con il quale la stazione appaltante, pubblica amministrazione, manifesta la propria volontà di stipulare un contratto.

Decreto: Provvedimento di carattere legislativo o amministrativo emanato da un organo del potere esecutivo.

DURC - Documento Unico di Regolarità Contributiva: è l'attestazione della regolarità contributiva INPS, INAIL, Cassa edile, rilasciato dalla Cassa edile competente per zona, necessario per l'inizio lavori di un cantiere edile in Italia. Dal 1° gennaio 2009, l'obbligo del possesso del DURC è stato esteso a tutte le ditte che lavorano in regime di appalto o subappalto di qualsiasi tipo di lavoro anche fuori dall'ambito dell'edilizia, escludendo però dall'obbligo gli artigiani che lavorano in proprio senza dipendenti anche se l'ente certificatore è tenuto a rilasciare comunque la certificazione ove richiesta anche se non necessaria.

Fattura: è un documento fiscale obbligatorio emesso da un soggetto fiscale per comprovare l'avvenuta cessione di beni o prestazione di servizi e il diritto a riscuoterne il prezzo. L'operazione di emissione di una fattura prende il nome di fatturazione.

Figura professionale: termine che fa riferimento all'attività effettivamente svolta da un operatore rispetto agli obiettivi, ai compiti e ai risultati.

Formazione: Attività programmata e finalizzata che permette o sollecita l'individuo a evolvere, ponendolo in situazioni che possono ottenere come risultato un accrescimento delle sue competenze. Processo permanente finalizzato a costruire un progetto professionale nell'ottica dell'eccellenza, strettamente connesso con l'idea di qualità dinamica, intesa come ricerca del miglioramento continuo e adeguamento di conoscenze, abilità e competenze professionali.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

FSE – Fondo Sociale Europeo: finanzia interventi nel campo sociale, interventi sul capitale umano, letteralmente: formazione.

FESR – Fondo Europeo di Sviluppo Regionale: finanzia interventi infrastrutturali e tecnologici.

Fondo economale: fondo per la gestione diretta di spese ed entrate sotto la responsabilità dell'economo.

Giustificativi di spesa: Documenti che dimostrano il sostenimento di determinate spese. Sono costituiti da fatture, ricevute, bollette ecc. che devono essere conservate per un periodo di tempo più o meno lungo, secondo la loro natura.

Mandato di pagamento: ordine, trasmesso al cassiere o tesoriere, di effettuare un pagamento a favore di una determinata persona o ente.

Indirizzo IP: (Internet Protocol address) etichetta numerica che identifica univocamente un dispositivo detto host collegato a una rete informatica che utilizza l'Internet Protocol come protocollo di rete.

IVA – Imposta sul valore aggiunto: è un'imposta – adottata in sessantotto Paesi del mondo (tra i quali anche vari membri dell'UE) – applicata sul valore aggiunto di ogni fase della produzione, di scambio di beni e servizi.

ODA – Ordine diretto di acquisto: strumento attraverso il quale l'Amministrazione acquista il bene/servizio direttamente dal Catalogo del fornitore abilitato, compilando e firmando digitalmente l'apposito modulo d'ordine presente sul Portale. L'Ordine Diretto ha l'efficacia di accettazione dell'offerta contenuta nel Catalogo del fornitore, per cui il Contratto di fornitura si intende perfezionato nel momento in cui l'Ordine viene caricato e registrato nel sistema dall'Amministrazione.

MePa – Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione: è un mercato digitale in cui le Amministrazioni abilitate possono acquistare, per valori inferiori alla soglia comunitaria, i beni e servizi offerti da fornitori abilitati a presentare i propri cataloghi sul sistema. Consip definisce con appositi bandi le tipologie di beni e servizi e le condizioni generali di fornitura, gestisce l'abilitazione dei fornitori e la pubblicazione e l'aggiornamento dei cataloghi. Accedendo alla Vetrina del Mercato Elettronico o navigando sul catalogo prodotti, le Amministrazioni possono verificare l'offerta di



beni e/o servizi e, una volta abilitate, effettuare acquisti on line, confrontando le proposte dei diversi fornitori e scegliendo quella più rispondente alle proprie esigenze.

Missione: compito da svolgere fuori dalla sede abituale per incarico di un'autorità.
Ordine: nel commercio, è un'intenzione dichiarata, orale o scritta, di impegnarsi in una transazione commerciale relativa a prodotti o servizi specifici.

NAS: (Network Attached Storage) dispositivo collegato alla rete la cui funzione è quella di consentire agli utenti di accedere e condividere una memoria di massa, in pratica costituita da uno o più dischi rigidi, all'interno della propria rete o dall'esterno.

PON - Programma Operativo Nazionale: è la definizione particolareggiata dei Fondi Strutturali Europei, principale strumento finanziario della politica regionale UE per rafforzare la coesione economica, sociale e territoriale al fine di ridurre il divario fra le regioni più avanzate e quelle in ritardo di sviluppo. Le risorse previste da questi fondi vengono distribuite secondo un arco temporale di sette anni.

PA - Pubblica Amministrazione: identifica l'insieme degli enti pubblici (es. amministrazioni pubbliche) che concorrono all'esercizio ed alle funzioni dell'amministrazione di uno Stato nelle materie di sua competenza.

RAID: (Redundant Array of Independent Disks) insieme ridondante di dischi indipendenti. tecnica di installazione raggruppata di diversi dischi rigidi in un computer (o collegati ad esso) che fa sì che gli stessi nel sistema appaiano e siano utilizzabili come se fossero un unico volume di memorizzazione.

Responsabilità: è la capacità di garantire obiettivi, attività, risultati e controlli; può essere riferita genericamente all'organizzazione e alla gestione del Sistema Qualità. La politica della qualità richiede che vengano identificate le responsabilità relativamente ad ogni processo esistente all'interno della struttura, e che le responsabilità, organizzative, cliniche, legali, ecc., vengano attribuite e formalizzate nelle sezioni e nelle procedure del Sistema Qualità.

RdO – Richieste di offerte: strumento attraverso il quale l'Amministrazione individua e descrive i beni/servizi che intende acquistare, invitando i fornitori abilitati a presentare le specifiche offerte che saranno oggetto di confronto concorrenziale.



Il sistema predispone automaticamente una graduatoria delle offerte ricevute sulla base dei criteri di valutazione scelti dall'Amministrazione appaltante, che aggiudicherà la fornitura all'offerta risultata prima in graduatoria.

Servizio: è il risultato di attività svolte all'interfaccia tra fornitore e cliente e di attività proprie del fornitore, al fine di soddisfare le esigenze del cliente.

Sicurezza: stato in cui il rischio di danno alle persone o alle cose è limitato ad un livello accettabile.

Standard: valore di riferimento stabilito da autorità competenti o da generale consenso, usato come base di confronto o di giudizio comparativo.

Time-sheet: è un metodo per registrare il tempo impiegato da un lavoratore per ciascun lavoro. Tradizionalmente consiste in un foglio di carta con i dati disposti in formato tabellare, una scheda attività in formato digitale o un foglio di calcolo.

U-GOV: è il sistema informativo integrato per la governance degli Atenei e degli Enti di ricerca. Nasce dall'incontro tra le tecnologie più innovative, le metodologie di sviluppo più avanzate e il patrimonio di competenze e di best practice acquisite nella collaborazione con le Università italiane. Il sistema è strutturato in 7 Aree funzionali:

- Portali
- Didattica e Studenti
- Ricerca
- Pianificazione e Controllo
- Contabilità
- Risorse Umane
- Gestione Documentale.

4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1. Analisi del contesto dell'organizzazione

Il CeSMA ha sede presso il Complesso Universitario San Giovanni sito in Corso Nicolangelo Protopisani 80146 Napoli. Alcuni Laboratori afferenti al Centro hanno sedi dislocate presso i rispettivi dipartimenti.



Nella presente Appendice viene riportato in maniera sintetica il contesto interno ed esterno del CESMA.

I laboratori redigono un documento di presentazione con le loro specificità contenente quindi il contesto sia interno che esterno, il campo di applicazione e i flow chart relativi ai processi.

L'Analisi del contesto in dettaglio del CESMA è riportata nel "DOC.04.CESMAmm.Analisi del Contesto". In tale documento sono stati individuati anche i punti di forza e i punti di debolezza del CESMA attraverso l'Analisi SWOT.

4.2. Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Nel documento "Analisi del Contesto" i portatori di interesse e i fattori rilevanti per il CeSMA e i suoi laboratori, ovvero quei fattori che possono influenzare gli obiettivi dell'organizzazione in termini di rischio, in maniera più generale.

Nella tabella successiva si identificano le parti interessate collegandole maggiormente ai processi e alle attività dell'organizzazione (quindi in base alla tipologia di rapporto) e si individuano le loro esigenze e aspettative. L'obiettivo del CeSMA è quello di soddisfare le esigenze delle parti interessate intraprendendo strategie mirate ed efficaci.

Si riporta in maniera sintetica le principali parti interessate e le relative aspettative. La descrizione dettagliata dei portatori di interesse (stakeholder) del CESMA è riportata nel "DOC.04.CESMA.Analisi del Contesto CESMA".

PARTI INTERESSATE		ASPETTATIVE	TIPOLOGIA DI RAPPORTO
Contesto esterno	Enti Pubblici	◇ Rendicontazioni economiche, elaborazione ed archiviazione dati amministrativi relativi alla gestione dei progetti, elaborazione fatture elettroniche, elaborazione e archiviazione documenti amministrativi, gestione convenzioni	◇ Accordi quadro e convenzioni



	Enti privati	◇ Rendicontazioni economiche, elaborazione ed archiviazione dati amministrativi relativi alla gestione dei progetti, elaborazione fatture elettroniche, elaborazione e archiviazione documenti amministrativi, gestione convenzioni	◇ Accordi quadro, convenzioni
Contesto interno	Collaboratori e borsisti	◇ Gestione pratica di espletamento della borsa/collaborazione, gestione dei contratti di lavoro, elaborazione compensi e versamenti contributi previdenziali erariali ed assistenziali; rimborso spese e missioni di servizio.	◇ Contratti e lettere di affidamento
	Professori e ricercatori	◇ Gestione rimborso spese e missioni di servizio; rendicontazione partecipazione progetti.	◇ Contratti di Ateneo
	Assegnisti	◇ Gestione pratica di espletamento dell'assegnio di ricerca.	◇ Contratti di Ateneo
	Laboratori afferenti alla Rete CeSMA	◇ Gestione acquisti, gestione borse e collaborazioni, gestione convenzioni e accordi, gestione missioni di servizio. Gestione del NAS di rete.	◇ Laboratori interni al CeSMA

4.3. Definizione del campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), implementato presso l'amministrazione del CeSMA è applicato ai processi di "Gestione delle procedure amministrative relative a contratti, acquisti, convenzioni e missioni. Rendicontazioni dei progetti. Gestione dei documenti informatici."

Si escludono dal campo di applicazione il punto 7.1.5.2 "Riferibilità delle misurazioni" in quanto l'erogazione dei servizi offerti dal CeSMA non include l'emissione di risultati di prova e quindi l'assicurazione della validità dei risultati né la gestione di apparecchiature di misura e il punto 8.3 della norma ISO 9001 in quanto l'organizzazione non effettua progettazione di nuovi servizi.



4.4. Mappatura dei Processi

Di seguito si riporta la tabella con l'indicazione del processo principale e dei processi di supporto relativi all'Amministrazione del CeSMA. I Laboratori del CeSMA nel loro documento di presentazione riporteranno la mappatura dei loro processi:

Macroprocesso	1. Gestione delle procedure amministrative relative a contratti, acquisti, convenzioni e missioni. Rendicontazione dei progetti.
Processi principali	2. Contratti (Rapporto con borsisti, collaboratori e assegnisti) 3. Acquisti 4. Offerte, accordi e convenzioni 5. Missioni 6. Rendicontazione dei progetti di ricerca 7. Gestione dei documenti informatici
Processi di supporto per il miglioramento	8. Gestione audit interni 9. Gestione non conformità e azioni correttive 10. Riesami di Direzione 11. Gestione del rischio e delle opportunità

Le attività relative ai processi principali sono riportate nelle relative procedure nello specifico:

- Per i contratti (Rapporto con borsisti, collaboratori e assegnisti) far riferimento alla "PGE.003.CESMAmm.Gestione dei rapporti con borsisti, collaboratori e assegnisti";
- Per gli acquisti si rimanda alla "PGE.002.CESMAmm.Gestione degli approvvigionamenti";
- Per le missioni si rimanda alla "CESMAmm.IOP002 Incarico di missione" e alla "CESMAmm.PGE.001.Gestione dei documenti e delle informazioni documentate"
- Per la rendicontazione dei progetti di ricerca si rimanda alla "CeSMAmm.IOP004.Rendicontazione progetti".
- Per la gestione dei documenti informatici si rimanda alla "PGE.03.CESMA.Gestione dei documenti informatici"



4.5. Riesame delle richieste, delle offerte e dei contratti

Il presente paragrafo si applica all'attività di emissione, riesame e modifiche delle offerte degli accordi e dei contratti.

Le richieste d'offerta da parte del Cliente possono pervenire a mezzo mail o telefono o dal cliente di persona direttamente al CeSMA o ai suoi Laboratori.

Tutte le richieste d'offerta pervenute al Centro, vengono inviate direttamente al Responsabile del Laboratorio (RL) interessato.

Il RL, ricevuta la richiesta di offerta, in collaborazione con i responsabili delle varie funzioni del Laboratorio interessate (RQL e tecniche), provvede alla formalizzazione dell'offerta, valutando che il Laboratorio abbia le risorse necessarie per evadere la commessa garantendo il massimo grado di soddisfazione del cliente, secondo i punti di seguito riportati:

- individuazione dei metodi di prova adatti alla corretta individuazione del parametro specifico per matrice;
- valutazione della strumentazione da impiegare e del personale qualificato;
- affidamento in subappalto di prove/fasi di prova (ove ritenuto necessario);
- stima della disponibilità in termini di personale e strumentazione per l'evadimento della commessa e conseguente redazione e consegna dei rapporti di prova;
- individuazione delle migliori condizioni economiche applicabili, compresa la scontistica;
- indicazione delle modalità di pagamento.

L'offerta viene redatta da RQL/RL e approvata da RL. La modalità di gestione delle offerte segue il vigente Regolamento di Ateneo di Contabilità e Finanza.

La modalità di gestione delle offerte segue il vigente Regolamento di Ateneo di Contabilità e Finanza.

4.5.1 Offerte

Verificata la fattibilità della richiesta il RL può contattare il Cliente al fine di recepire le sue esigenze, di definirle, documentarle, e laddove necessario organizzare sopralluoghi presso la sua sede per reperire ulteriori informazioni.

Le informazioni minime che contiene l'offerta sono:

- Matrice/prodotto da analizzare



- Parametro (se necessario)
- Metodo di Prova
- Costo
- Modalità di pagamento
- Modalità di ritiro/Acettazione campioni
- Tempi di risposta dall'arrivo del campione in laboratorio
- Modalità di trasmissione dei risultati
- Specifiche richieste del cliente
- Tempi di conservazione delle registrazioni tecniche relative alle prove effettuate.

Ove applicabile inoltre nell'offerta devono essere specificate le seguenti voci:

- Quantità minima di campione necessaria per l'esecuzione delle prove;
- Tipo di contenitore per la raccolta e il trasporto del campione;
- Condizioni di trasporto del campione.

Il Laboratorio può utilizzare il "MOD.10.CeSMAMm.Offerta" predisposto dal CESMA o altro Modulo predisposto dal laboratorio.

La richiesta di offerta viene registrata secondo le specifiche modalità di ciascun laboratorio.

Se nella richiesta di offerta il metodo non è esplicitamente specificato dal Cliente, i laboratori concordano preventivamente con il Cliente il metodo di prova da utilizzare, normato o non normato.

Nel caso in cui la norma di riferimento e/o il metodo di prova siano proposti dal Cliente, è necessario concordare con il cliente stesso la scelta della versione da utilizzare.

L'offerta controfirmata dal cliente per accettazione rappresenta il contratto tra le parti. La stipula di contratti ad hoc viene valutata solo in caso di convenzioni.

L'offerta può essere consegnata al cliente personalmente o inviata a mezzo posta o posta elettronica.

L'offerta si intende accettata se restituita controfirmata per accettazione dal cliente.

Nel caso in cui la registrazione del contratto sia discussa personalmente con il cliente, vengono conservate le registrazioni degli incontri avvenuti, relativi ai requisiti o ai risultati delle attività durante il periodo del contratto.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

4.5.2 Modifiche del contratto

Se il Cliente richiede la modifica sostanziale del contratto/convenzione, dopo la sottoscrizione, quest'ultima deve essere riesaminata e gestita allo stesso modo in cui viene gestita la fase pre-contrattuale, incluso il riesame e l'approvazione. In caso di anomalie riscontrate durante la fase di riesame, il Cliente viene informato dell'anomalia, e di concerto sono esaminate le diverse possibilità.

In particolare ogni fase modificata è sottoposta ad approvazione da parte del cliente e il Responsabile di Laboratorio o alla Direzione del CESMA informa il personale interessato circa la sospensione delle attività operative fino ad approvazione del nuovo contratto/convenzione.

4.5.3 Fatturazione e chiusura della commessa

Ultimate le attività il RL comunica il completamento sia al Cliente che all'Amministrazione del CeSMA. Il Cliente ricevuta tale comunicazione, provvede all'effettuazione del pagamento ed all'inoltro di copia della ricevuta al Laboratorio. Ricevuta conferma del pagamento, il Laboratorio procede all'invio del Rapporto di Prova/Relazione, e l'Amministrazione emette fattura salvo eventuali prescrizioni definite nella specifica convenzione/contratto/accordo. L'Amministrazione, inoltre, è responsabile degli aspetti amministrativi degli incarichi, secondo quanto definito:

- dal Regolamento di Ateneo Federico II per l'Amministrazione, la Finanza e la Contabilità;
- dal Regolamento CeSMA;
- dall'adesione alla rete di laboratori del Centro Servizi Metrologici e Tecnologici Avanzati (CeSMA).

4.5.3 Archiviazione

A conclusione della commessa, i documenti da conservare in archivio sono:

- la richiesta;
- l'offerta/contratto;
- il riesame del contratto;



- l'eventuale corrispondenza intercorsa;
- eventuali specifiche del cliente;
- il documento di registrazione dei risultati;
- i dati relativi alle misurazioni;
- i rapporti di prova;
- l'ordinativo di pagamento e la relativa documentazione.

Essendo documenti di diversa natura (amministrativa e tecnica) è possibile che le strutture abbiano archivi separati.

In ogni caso tutti i documenti sopra richiamati, vengono archiviati e conservati presso l'amministrazione e il laboratorio, ad esclusione di:

- documenti di registrazione dei risultati;
- dati relativi alle misurazioni

essendo questi documenti di esclusiva pertinenza del laboratorio che ha effettuato le prove.

Tali documenti sono conservati almeno per 5 anni, salvo prescrizioni normative specifiche.

5. LEADERSHIP

La Direzione del CeSMA dimostra di esercitare una forte leadership e impegno nei riguardi del proprio Sistema di Gestione per la Qualità al fine di:

- stabilire il Sistema di Gestione per la Qualità e assumersi la responsabilità dell'efficacia del Sistema stesso;
- stabilire la Politica della Qualità e gli obiettivi per la qualità in linea con il contesto e con gli indirizzi strategici del Centro;
- assicurare l'integrazione dei requisiti del SGQ nei processi del Centro;
- promuovere l'utilizzo dell'approccio per processi e del *risk-based thinking*;
- assicurare la disponibilità di risorse necessarie al SGQ;
- comunicare all'interno dell'organizzazione l'importanza di una gestione per la qualità efficace e della conformità ai requisiti del SGQ;
- assicurare che il SGQ consegua i risultati attesi;
- coinvolgere attivamente il personale affinché contribuisca all'efficacia del SGQ;
- promuovere il miglioramento;
- fornire sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle relative aree di responsabilità.



5.1 Impegno della direzione

L'Alta Direzione si adopera per diffondere la consapevolezza dell'importanza di soddisfare con regolarità le esigenze del cliente e i requisiti cogenti applicabili anche attraverso riunioni, corsi, gruppi di lavoro focalizzati sui seguenti argomenti:

- dati inerenti l'attività svolta;
- reclami pervenuti;
- valutazione dei rischi;
- risultati delle inchieste sulla soddisfazione del cliente;
- azioni correttive intraprese e i loro risultati;
- eventuali aggiornamenti normativi.

5.2 Politica per la qualità

L'Alta Direzione del CeSMA ha implementato un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla ISO 9001:2015, al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni rese all'interno dell'Amministrazione, l'ottimizzazione della gestione delle risorse, la soddisfazione di tutte le parti interessate, ma anche il costante perfezionamento del Centro.

La Politica per la qualità è un documento che viene periodicamente aggiornato in quanto è stabilita in relazione alle finalità, al contesto del Centro e alla politica di Ateneo, in supporto ai suoi indirizzi strategici e alle esigenze dei clienti ed esprime l'impegno ad attuare un miglioramento continuo in relazione ai risultati conseguiti.

Comunicare la politica per la qualità

Al fine di portare a conoscenza di tutto il personale gli obiettivi e gli indirizzi individuati e gli impegni assunti dalla Direzione, il documento della Politica per la Qualità viene affisso in bacheca e mostrato nelle riunioni periodiche con il Personale.

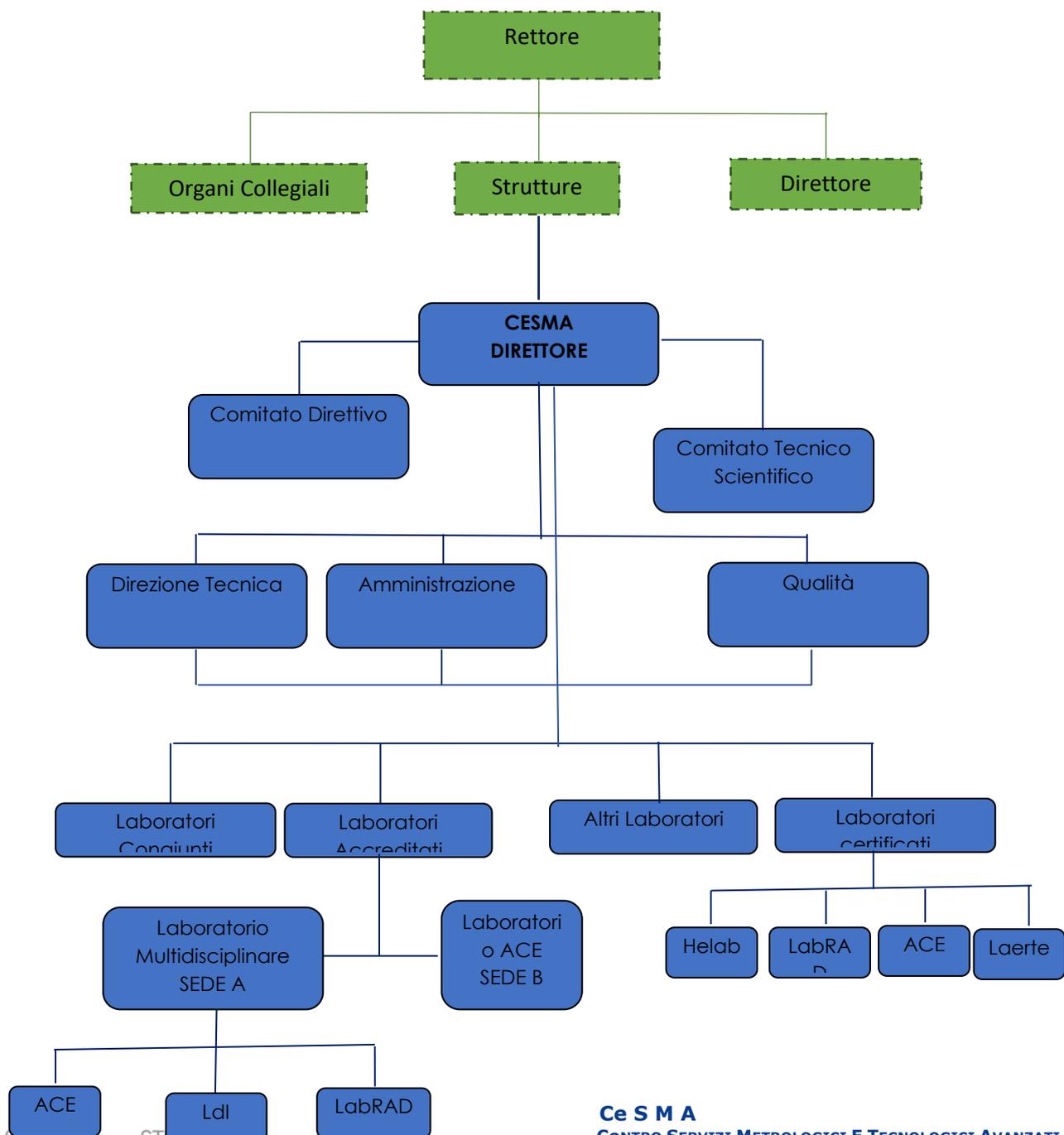
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nel Centro

L'Alta Direzione del CeSMA definisce le risorse, i ruoli, le responsabilità ed autorità all'interno del Centro che hanno influenza sulla gestione della qualità allo scopo di identificare in modo chiaro i ruoli e le relative responsabilità delle funzioni che hanno



un impatto sulla performance del SGQ aziendale. La struttura organizzativa del CeSMA è riportata nell'organigramma sottostante, che permette di identificare i ruoli, in modo che essi siano riconoscibili sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione stessa

Organigramma Funzionale CeSMA





CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

Compiti e funzioni

DIREZIONE (DIR)

La Direzione del CeSMA ha la responsabilità complessiva dei Laboratori. Essa fornisce evidenza dell'impegno a sviluppare ed attuare il Sistema di Gestione e a migliorare in modo continuo l'efficacia dello stesso, mediante:

- la consapevolezza del personale della necessità di soddisfare i requisiti del cliente così come i requisiti cogenti ed i regolamenti applicabili (tramite comunicazioni, piani ed obiettivi, progetti di miglioramento, definizione di compiti e ruoli, sensibilizzazione, ecc.);
- il contenuto della dichiarazione sulla Politica per la Qualità, resa disponibile anche al pubblico mediante affissione;
- la natura e il grado di definizione degli obiettivi per la Qualità;
- l'adeguatezza dei Riesami della Direzione;
- l'adeguatezza ed idoneità delle risorse impiegate.

La Direzione del CeSMA, in accordo con i Responsabili dei singoli Laboratori afferenti al Centro, si assume inoltre la responsabilità delle attività di prova, garantendo il soddisfacimento dei requisiti della norma e delle richieste del Cliente, attraverso il Sistema di Gestione adottato e la figura del RQ e dei RQL.

Il Direttore del Centro è nominato dal Rettore tra i professori di ruolo dell'Università, in accordo con il Consiglio di Amministrazione, secondo criteri di specifica e adeguata competenza. E' il rappresentante legale del Centro. Dura in carica tre anni e può essere riconfermato una sola volta consecutivamente.

Il Direttore ha funzioni di:

- Convocare e presiedere il Comitato Direttivo.
- Redigere e sottoscrivere, con il Comitato Direttivo la Politica per la Qualità del CeSMA in accordo con la Politica della Qualità di Ateneo.
- Coordinare le attività mirate al raggiungimento degli obiettivi del Centro.
- Responsabilità della gestione amministrativo-contabile del Centro unitamente al funzionario preposto agli adempimenti contabili.
- Provvedere al monitoraggio, al controllo, alla qualità e all'efficienza dei servizi.
- Responsabilità della gestione ed organizzazione del Centro nonché del personale assegnato allo stesso.
- Vigilare sull'osservanza delle leggi, dello Statuto e dei regolamenti di Ateneo.



- Approvare le modifiche al Manuale Qualità, apportate da RQ, solo dopo aver verificato il rispetto dei requisiti della norma di riferimento.
- Partecipare ai riesami del Sistema di Gestione per la Qualità.

COMITATO DIRETTIVO (CD)

Il Comitato Direttivo è composto:

- a. dal Direttore del Centro;
- b. da un componente nominato dal Rettore;
- c. da due professori designati dal Senato Accademico;
- d. da due professori designati dal Consiglio di Amministrazione.

I componenti del Comitato Direttivo durano in carica tre anni e possono essere confermati una sola volta consecutivamente.

Il CD si riunisce, su convocazione del Direttore.

Il CD ha funzioni di programmazione, indirizzo, valutazione e controllo sulle attività del Centro, con particolare riferimento a:

- Proposta di piano strategico di sviluppo.
- Approvazione del budget economico, degli investimenti e del rendiconto.
- Monitoraggio e valutazione dei risultati delle attività ai fini del raggiungimento dell'autonomia finanziaria del Centro.
- Autorizzazione di incarichi di lavoro autonomo, spese in economia, espletamento di gare e deliberazione delle relative aggiudicazioni.

Inoltre il CD ha il compito di:

- Approvare i Tariffari dei Laboratori.
- Approvare la Politica per la Qualità del Centro.
- Valutare l'ingresso/uscita di un nuovo laboratorio dal CESMA
- Nominare i referenti dei laboratori (RL) del Centro.
- Nominare le figure che ricoprono ruoli di responsabilità del Centro (esempio Responsabile Sicurezza e Logistica, Responsabile Gestione rifiuti speciali, il CED, il RQ, ecc.)

Fa parte del Comitato Direttivo, con voto consultivo e funzioni di segretario verbalizzante, un funzionario assegnato al Centro con provvedimento del Direttore Generale.



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

RESPONSABILE DEI PROCESSI CONTABILI (Amm)

E' nominato con provvedimento del Direttore Generale dell'Ateneo Federico II:

- E' responsabile della gestione amministrativo-contabile del CeSMA insieme al Direttore del Centro;
- Fa parte del Comitato Direttivo con voto consultivo e svolge le funzioni di segretario verbalizzante.
- Convoca i Comitati Direttivi su indicazione della Direzione;
- Collaborare con la Direzione al raggiungimento degli obiettivi generali e di profitto.
- Definisce ed analizza i rischi e le opportunità legati ai processi oggetto della certificazione.
- È il Referente CeSMA per la Trasparenza degli atti amministrativi.
- Gestisce le attività amministrative secondo le modalità previste dai Regolamenti di Ateneo e dalle procedure implementate dall'amministrazione del CeSMA nell'ambito del SGQ UNI EN ISO 9001.

RESPONSABILE QUALITÀ (RQAmm)

Il Responsabile Qualità dell'Amministrazione CeSMA ha il compito di:

- Assicurare la continua efficienza del Sistema Qualità verificando costantemente la conformità rispetto alla norma ISO 9001:2015, al manuale qualità di Ateneo e all'appendice qualità della struttura;
- Supportare e coordinare i Responsabili Qualità dei Laboratori CeSMA;
- Supportare DIR nell'aggiornamento della struttura del Sistema di Gestione del CeSMA.
- Promuovere ed attuare tutte le azioni necessarie per il mantenimento e lo sviluppo del Sistema Qualità del CeSMA;
- Pianificare e svolgere in collaborazione con il CQA (Centro Qualità di Ateneo) gli audit interni gestionali;
- Collaborare alla stesura del riesame periodico dalla Direzione del Sistema Qualità;
- Sviluppare e gestire tutta l'attività relativa alla parte gestionale del sistema (Appendice MQ, procedure gestionali, etc...);
- Assicurare la gestione delle Non Conformità;



- Verificare l'efficacia e lo stato d'avanzamento delle Azioni Correttive scaturite dalle verifiche interne o esterne o dell'analisi delle Non Conformità;
- Verificare l'efficacia e lo stato d'avanzamento delle Azioni di Miglioramento;
- Verificare l'efficacia delle azioni intraprese per ridurre i rischi;
- Apportare modifiche e/o aggiornamenti alle procedure/istruzioni operative esistenti e all'appendice manuale qualità o emettere nuove procedure/istruzioni operative che regolamentino il Sistema Qualità, superando ed archiviando quelle obsolete;
- Partecipare alle attività formative e di aggiornamento organizzate dal CQA (Centro Qualità di Ateneo) e informare di tali attività i Responsabili Qualità dei Laboratori.

Al RQ compete la responsabilità di assicurare la conformità alla norma UNI CEI EN ISO 9001:2015 e alla normativa cogente.

Nomina del Responsabile della Qualità

Il Comitato Direttivo incarica con specifica delibera un membro del Personale strutturato dell'Ateneo Federico II come Responsabile Gestione Qualità (detto anche "Responsabile Qualità", sigla RQ) il quale, indipendentemente da altri compiti, ha responsabilità ed autorità (definite nel precedente paragrafo e nella lettera di incarico) per assicurare che il Sistema di Gestione sia attuato e seguito in ogni momento.

Il Responsabile Qualità riveste anche il ruolo di coordinatore dei responsabili Qualità dei Laboratori del CeSMA e di aggiornamento delle prescrizioni Accredia sul NAS. Inoltre può segnalare specifiche esigenze in termini di politica e di risorse.

Direttore Tecnico Risorse Materiali e Tecnologie (DT)

La Direzione Tecnica ha il compito di:

- assicurare il corretto funzionamento delle attrezzature dei Laboratori del Centro, in collaborazione con i Responsabili dei Laboratori, definendo le caratteristiche tecniche dei contratti di manutenzione e accorpendo, ove possibile, attività manutentive analoghe al fine di conseguire economie di gestione;
- assicurare che le attrezzature siano sempre sotto controllo di taratura e verifica delle performance strumentali, nonché, per le attrezzature sottoposte



a controlli di taratura, verificare che i controlli siano registrati nei cartellini posti accanto agli strumenti;

- assicurare che i Responsabili dei Laboratori effettuino l'aggiornamento della documentazione relativa alle attrezzature;
- gestire e controllare la movimentazione delle apparecchiature nei diversi laboratori CeSMA in sinergia con i Responsabili dei Laboratori;
- curare le relazioni tra il CeSMA e la Ripartizione Prevenzione e Protezione per tutte le questioni inerenti al funzionamento del Centro;
- curare le relazioni tra il CeSMA e la Ripartizione Edilizia per tutte le questioni inerenti al funzionamento del Centro;
- monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione individuate a seguito dell'elaborazione del documento di valutazione dei rischi;
- collaborare con i Preposti e i RADOR dei Laboratori di CeSMA in riferimento al Sistema di Gestione per la Sicurezza sul Lavoro;
- elaborare, con il supporto dei Responsabili della Strumentazione dei Laboratori del Centro, il Piano di acquisizione e dismissione delle attrezzature medesime, individuando, anche in base ai dati disponibili sull'utilizzo e sulla ammortizzabilità delle stesse, le acquisizioni che sono effettivamente sostenibili dal Centro;
- gestire gli iter conseguenti alla richiesta di prove e misurazioni pervenute da clienti interni o esterni all'Ateneo interfacciandosi con i laboratori e con l'Amministrazione di CeSMA;
- migliorare la performance globale del Centro.

PERSONALE Afferente Amm

L'amministrazione del CeSMA dispone di personale assegnato dall'Università per il suo funzionamento. Si avvale inoltre di Personale proveniente dai Dipartimenti che partecipano alle attività del Centro e di prestatori di lavoro autonomo ovvero di personale a contratto su fondi derivanti dalle convenzioni e dai progetti del Centro. Il personale afferente all'amministrazione del CeSMA:

- Supporta il Responsabile dei Processi Contabili in diverse attività (archiviazione documentale; gestione protocollo informatico; rendicontazione progetti; preparazione documentale di borse/assegni di ricerca, gestione posta cesma e pec, etc.) e si occupa della gestione del sito del CeSMA.



Informatico del CeSMA (CED Centro Elaborazione Dati)

Il tecnico informatico del CESMA (CED) ha la responsabilità di:

- gestire il NAS di rete in qualità di amministratore.

Inoltre ha il compito di:

- assegnare le credenziali ai RL per l'accesso al NAS di rete e fornirle al RQ;
- gestire il processo di disaster recovery (DRP) del NAS in modo da proteggere le informazioni in esso contenute;
- gestire le attività di backup del Sistema di archiviazione;
- definire la frequenza con cui viene eseguito il backup dei dati e il numero di copie duplicate (note come repliche) nonché gli SLA (Service Level Agreement) che stabiliscono la velocità di ripristino dei dati;
- definire i criteri della frequenza del backup in base alla "mission critical" crucialità delle informazioni;
- verificare con periodicità che la "catena del backup" sia efficiente in modo da poter contare su un efficace restore;
- supportare la direzione per l'assegnazione degli indirizzi IP consegnati e assegnati dal CSI alla struttura del CESMA e ai RL dei vari laboratori;
- fornire assistenza tecnica, nella scelta e nell'installazione dei software e nella configurazione dell'hardware (stampanti, scanner, etc.), in base alle necessità;
- compilare l'ElencoHardware_software per il CESMA centrale;
- in accordo con il Direttore Tecnico, interfacciarsi con il CSI (Centro di Ateneo per i Servizi Informativi) per tutte le problematiche inerenti alle infrastrutture informatiche e telematiche del Centro.

6. PIANIFICAZIONE

La pianificazione è intesa come quella fase in cui si individuano tutti i rischi da prevenire o dei quali ridurre gli effetti indesiderati e le opportunità da cogliere per assicurarsi un costante raggiungimento degli obiettivi e il miglioramento continuo.

6.1 Azioni per affrontare rischi ed opportunità

Il processo di gestione dei rischi è definito in accordo alla norma 31000 e per gli strumenti di gestione si fa riferimento alla norma ISO 31010.



In caso di rischi critici, in base ai criteri di valutazione stabiliti, si pianificano azioni mirate e proporzionali ai potenziali impatti sulla validità dei risultati.

In particolare i principali rischi considerati sono legati:

- alla qualità dei risultati e delle attività eseguite;
- ai tempi di risposta, nel rispetto dei requisiti dei committenti e delle prove;
- alla competenza del personale;
- all'imparzialità e alla riservatezza del personale nell'eseguire responsabilmente le proprie attività;
- alle nuove opportunità di mercato;
- all'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il CeSMA e i suoi laboratori per la gestione dei rischi:

- analizzano il contesto interno ed esterno;
- utilizzano come metodo decisionale per l'individuazione dei rischi, la tecnica del brainstorming;
- utilizzano per l'individuazione delle cause, i diagrammi causa-effetto (esempio diagramma di Ishikawa);
- utilizzano come metodo di analisi elaborati per l'attribuzione del peso e della criticità del rischio.

Inoltre vengono valutati i rischi di imparzialità ad personam, aggiornati ogni qualvolta ci siano cambiamenti sostanziali del contesto interno ed esterno (es. turnover del personale; cambio di mansione, ecc.)

Tutti i rischi individuati vengono valutati almeno una volta l'anno nel riesame di Direzione.

I laboratori possono implementare modulistica specifica da utilizzare nelle fasi di individuazione e analisi dei rischi.

Per la valutazione dei rischi il CESMA sede centrale e i suoi laboratori accreditati utilizzano il MOD.18.CESMA e non il format All.01 all' Appendice al Manuale Gestione del Rischio proposto dal CQA. Tale format invece è utilizzato da tutti gli altri laboratori certificati.

MOD.18.CESMA in formato excel si compone di:

1. *Parte generale*: contenente i processi di riferimento e i rischi associati;
2. *Valutazione iniziale del rischio*: nella quale si analizzano i seguenti fattori:
 - **Impatto** che rappresenta il reale danno subito, le conseguenze che il rischio produce



- **Probabilità** ossia la probabilità di accadimento dell'evento rischioso
- **Fattore di controllo** misure che modificano il rischio.

I criteri utilizzati per l'assegnazione del livello dei 3 fattori è riportato sul MOD.18.CESMA foglio 1.

Il Rischio e la Criticità del rischio vengono rapportati ai diversi livelli di rischio così come riportati nella matrice rischio (foglio 3) e nella matrice criticità (foglio 4).

3. *Rivalutazione del rischio*: nella quale si riesaminano i fattori analizzati in fase di valutazione iniziale (Impatto, Probabilità e Fattore di controllo) dopo aver intrapreso le azioni di mitigazione.

Il Rischio residuo e la relativa Criticità vengono rapportati ai diversi livelli di rischio così come riportati nella matrice rischio (foglio 3) e nella matrice criticità (foglio 4).

4. *Monitoraggio*: nella quale si individuano gli indicatori di monitoraggio dei rischi di processo con i relativi valori di riferimento (valore misurato e valore atteso);
5. *Azioni da intraprendere in termini di mitigazione del rischio residuo e/o opportunità da cogliere*: nella quale si individuano le azioni da intraprendere per tutti i rischi. Si specifica che quando la criticità del rischio residuo è alta si può decidere di rimandare la valutazione delle azioni da intraprendere nel riesame di Direzione.

I laboratori accreditati devono effettuare l'analisi dei rischi anche per riesaminare i metodi di prova.

Il MOD.18.CESMA. viene aggiornato almeno una volta l'anno in corrispondenza del Riesame di Direzione. Esso viene revisionato quando viene rilevata una NC che individua un rischio che non era stato identificato in precedenza o quando formalizzo una NC interna o da reclamo che comporta una rivalutazione dell'indicatore che non rientra più nel range di accettabilità stabilito.

6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

In relazione alla Politica per la Qualità di Ateneo e alla Politica della Qualità del CeSMA vengono definiti gli obiettivi generali del Centro.

Gli obiettivi, finalizzati al miglioramento delle prestazioni, vengono espressi in modo da essere misurabili e viene fissato un traguardo temporale per raggiungerli.

La Direzione del CeSMA s'impegna a raggiungere i seguenti obiettivi generali:



- Garantire un approccio orientato alla prevenzione dei problemi ed al miglioramento continuo.
- Sviluppare una rete di marketing (Scouting) che consenta all'amministrazione del CeSMA ed a tutti i suoi laboratori un incremento delle convenzioni.
- Ridurre i costi dovuti ad eventuali inefficienze nella conduzione delle varie attività.

Gli obiettivi, che rappresentano l'espressione operativa dei contenuti della mission e della politica della qualità, sono definiti al termine del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione.

Al fine di monitorare il raggiungimento degli obiettivi la Direzione del CeSMA utilizza gli indicatori della qualità predisposti che sono analizzati normalmente in occasione del riesame del sistema qualità.

La Direzione è consapevole che le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi ed il rispetto della Mission e della Politica per la Qualità, devono essere individuate e pianificate.

A tal proposito per la pianificazione costituita dalla definizione di chi fa, che cosa, quando, dove, come, perché, sono stati individuati:

- i processi messi in atto per la gestione del sistema gestione per la qualità;
- le risorse;
- l'impegno per il miglioramento continuo.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Per la gestione del cambiamento, la Direzione, a seguito del Riesame del Sistema, analizza, valuta e decide le modalità di attuazione delle modifiche richieste, garantendo nel tempo l'efficienza del Sistema di Gestione per la Qualità. Se il cambiamento influenza il mantenimento della conformità ai requisiti del Sistema, il RQ modifica i documenti del sistema di riferimento. Le modifiche vengono identificate in seguito ad evoluzioni dei fattori interni o esterni alla struttura che richiedono dei cambiamenti o adeguamenti per evoluzioni del mondo normativo. Le soluzioni proposte vengono definite, valutate e documentate, per ottenere una gestione efficace anche in fase transitoria.

Come già detto nel paragrafo 2.3, quando vengono apportate modifiche alle procedure di Ateneo arriva comunicazione a tutte le Strutture di Ateneo (dipartimenti, centri, ecc.) attraverso il protocollo informatico, e in caso di cambiamenti sostanziali, l'Ateneo provvede anche alla formazione del personale strutturato coinvolto.



7. SUPPORTO

7.1 Risorse

Il Direttore del CesMA e il Responsabile dei Processi Contabili periodicamente valutano le necessità di risorse umane, economiche e i mezzi che si rendono necessari per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sia per le attività che hanno diretta influenza sulla Qualità che per le attività di verifica e controllo previste dal sistema di gestione per la qualità.

Risorse umane

La Direzione opera per assicurare che il personale che esegue attività che hanno influenza sulla qualità del servizio e delle prestazioni sia competente per grado di istruzione, esperienza e addestramento. La Direzione del CeSMA, partendo dall'organigramma e dalla criticità dei processi documentati nelle mappe e nella pianificazione, ha individuato le attività/prestazioni per le quali è necessario qualificare il personale. Per ogni figura professionale coinvolta viene redatta e tenuta aggiornata una Scheda informativa individuale, nella quale sono riportati:

- Cognome e Nome
- Settore
- Ruolo
- Titoli posseduti
- Corsi di formazione/addestramento.

L'individuazione delle necessità di addestramento del personale avviene nei seguenti modi:

- Per il neo assunto attraverso un iter formativo definito in funzione delle professionalità possedute e dai servizi erogati.
- Attraverso l'analisi dei bisogni delle risorse e degli obiettivi dell'Amministrazione CeSMA.

Sulla base delle necessità di formazione evidenziate, la Direzione del CeSMA elabora il piano annuale di formazione del personale e le attività di formazione/affiancamento eseguite.

I Piani di addestramento definiscono gli obiettivi che si vogliono raggiungere, le modalità di verifica dell'efficacia dell'addestramento e la valutazione dei miglioramenti ottenuti nell'esercizio delle attività.

Per la parte relativa alla qualità il personale del CESMA strutturato e non partecipa alle iniziative organizzate dal CQA.



Il personale strutturato partecipa anche ai corsi organizzati dall'Ateneo.

Infrastrutture

La Direzione del CeSMA riconosce l'importanza rappresentata dalle infrastrutture nel conseguire prestazioni di qualità.

Le infrastrutture sono costituite dalle attrezzature, locali ed impianti necessari per la conduzione e gestione dei processi, tecnologie dell'informazione e comunicazione e dagli strumenti da utilizzare a supporto per le diverse attività.

Il CeSMA si avvale del supporto del Centro di Ateneo per i Servizi Informativi (CSI) che eroga servizi e fornisce le infrastrutture informatiche e telematiche a supporto delle attività amministrative, didattiche e di ricerca dell'Ateneo. Ad esempio il CeSMA possiede una posta elettronica cesma@unina.it gestita e configurata dal CSI che garantisce il backup e il recupero delle mail anche dopo la loro cancellazione per errore. Alla mail hanno accesso il Direttore, il Responsabile dei Processi Contabili e il personale CeSMA.

Ambiente di lavoro

L'ambiente di lavoro è rappresentato dagli uffici e dai laboratori in cui si svolgono le attività.

Conoscenza organizzativa

Lo scambio della conoscenza all'interno dell'organizzazione centrale avviene attraverso riunioni periodiche verbalizzate e la partecipazione a momenti di formazione.

7.2 Competenza

Sulla base di quanto sopra in merito alle risorse umane, il Responsabile dei Processi Contabili analizza le competenze effettive del personale a disposizione, identificate e documentate in "schede" descrittive o curricula vitae allo scopo di attribuire ad ogni persona compiti e responsabilità conformi ai requisiti definiti. Dalla valutazione delle competenze del personale, viene redatto ogni anno un piano di formazione e/o aggiornamento.



7.3 Consapevolezza

Il personale viene sensibilizzato circa l'importanza della propria attività, il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi di qualità e l'efficacia del sistema di gestione e della conseguente performance dell'organizzazione.

La valutazione del personale strutturato viene effettuata con cadenza biennale dalla Direzione su indicazione anche del Responsabile dei Processi Contabili così come previsto dall'Ateneo. Le registrazioni sono inviate e archiviate presso l'ufficio del personale.

7.4 Comunicazione

La Direzione riconoscendo alla comunicazione interna un ruolo essenziale per la gestione dei processi gestionali e operativi (necessari per l'erogazione dei servizi ai clienti), la qualità delle prestazioni, la motivazione del Personale e la prevenzione di errori ed inefficienze ha definito le modalità di comunicazione, trasmissione dati, diffusione di documenti e relative responsabilità.

Le informazioni necessarie affinché il personale conduca i processi di erogazione dei servizi offerti sono trasmesse attraverso:

- Comunicazioni scritte;
- La modulistica predisposta come descritto nelle procedure gestionali del sistema qualità;
- Tramite apposite riunioni documentate;
- Impiego della rete Internet per la diffusione di informazioni, documenti, comunicazione di carattere generale.

A seguito dell'attività di Riesame di Direzione (Annuale) gli obiettivi per la qualità e i risultati raggiunti sono comunicati a tutte le risorse. Nella stessa sede il Personale può fornire suggerimenti.

7.5 Informazioni documentate

La documentazione del Sistema di Gestione costituisce lo strumento attivo che ne formalizza la struttura, attraverso la raccolta organizzata ed aggiornata dei documenti che ne regolano la gestione ed il funzionamento, includendo anche i documenti relativi ai rapporti con i Fornitori e i Clienti in materia di gestione.

La documentazione del Sistema di Gestione include le seguenti informazioni documentate:



1. Lo scopo e il Campo di applicazione dell'SGQ (punto 4.3)
2. Politica della qualità (punto 5.2)
3. Obiettivi della qualità (punto 6.2)
4. Criteri di valutazione e selezione dei fornitori (punto 8.4.1)

Inoltre sono informazioni documentate tutte le registrazioni come ad esempio:

1. Registrazione degli output non conformi (punto 8.7.2)
2. Risultati del monitoraggio e delle misurazioni (punto 9.1.1)
3. Programma delle verifiche interne (punto 9.2)
4. Risultati delle verifiche interne (punto 9.2)
5. Risultati del riesame della direzione (punto 9.3)
6. Risultati delle azioni correttive (punto 10.1)

E tutte le Linee guida (LNG) del Sistema Qualità di Ateneo e tutte le procedure (gestionali/operative) che CeSMA ha deciso di utilizzare in quanto utili per una gestione completa del proprio sistema qualità.

Per la gestione delle informazioni documentate si rimanda alla PGE "CESMAMm.PGE.001 Gestione dei documenti e delle informazioni documentate".

8. ATTIVITA' OPERATIVE

8.1 Pianificazione e controllo operativi

L'amministrazione CeSMA ha pianificato e sviluppato i processi necessari per la realizzazione del servizio. La pianificazione impostata, descritta in modo grafico attraverso la Mappa dei processi e l'insieme dei documenti di sistema – quali le procedure gestionali e la presente Appendice MQ – risulta coerente con i requisiti dei processi del Sistema di Gestione per la Qualità. Nel pianificare questa attività la Direzione ha definito:

- gli obiettivi per la qualità e i requisiti relativi al servizio;
- i processi, i documenti e le risorse specifiche per il servizio offerto;



- le attività di verifica, validazione, monitoraggio, misurazione, e i relativi criteri di accettazione, secondo necessità;
- le registrazioni necessarie a dare evidenza che i processi e i servizi offerti soddisfino i requisiti.

I capitoli di seguito presentati descrivono le modalità di gestione relative alle attività e ai processi interni, per assicurare che i requisiti di servizio siano definiti, eventuali scostamenti tra i requisiti siano risolti e l'amministrazione CeSMA sia in condizione di soddisfare quanto richiesto dal cliente/utente.

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

L'Amministrazione CeSMA opera affinché prima di erogare un servizio siano stati determinati i requisiti delle prestazioni, siano state comprese le richieste del cliente e si sia verificato di essere in grado di soddisfarle nei tempi e nei modi promessi.

8.3 Determinazione dei requisiti del servizio/prestazione

L'Amministrazione CeSMA in funzione dei servizi offerti ha individuato le tipologie di clienti ed ha determinato tutti i requisiti correlati con il servizio, comprendendo:

- i requisiti specificati dal cliente, compresi quelli relativi alle attività successive;
- i requisiti cogenti (legali o comunque regolamentati).

Per quanto riguarda l'individuazione dei requisiti espliciti, l'Amministrazione CeSMA attiva contratti/convenzioni chiari con i Clienti.

Per l'individuazione dei requisiti cogenti è posta la massima attenzione alla definizione delle modalità di un puntuale aggiornamento in merito a Leggi, Norme, Regolamenti, atte a garantire la conformità del servizio ai requisiti cogenti. In tutte le procedure gestionali ed operative è garantito il rispetto della normativa vigente.

8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno

L'Amministrazione CeSMA si assicura che tutti i prodotti/servizi e tutte le competenze acquistate che entrano nei processi siano conformi ai requisiti prestabiliti.

Tutte le attività inerenti aspetti amministrativi e contabili, sono sottoposte alle regole cogenti dei Regolamenti di Ateneo e delle leggi dello Stato.

Rispetto alla selezione dei soggetti cui affidare contratti di collaborazione coordinata e continuativa o eventuali incarichi professionali, l'Amministrazione



CeSMA, sentito il parere del Comitato Direttivo indice dei bandi di selezione secondo quanto previsto dal "Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo di Ateneo".

Per la scelta dei fornitori far riferimento alla PGE "CESMAmm.PGE.002 Gestione approvvigionamenti".

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

Per tutti i servizi offerti, inseriti nel campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità, sono state predisposte le mappe dei processi e le relative pianificazioni. Inoltre sono state definite le procedure gestionali e le istruzioni operative che dettagliano le modalità per gestire e tenere sotto controllo i processi attraverso:

- la descrizione particolareggiata delle attività da svolgere;
- le responsabilità per l'esecuzione delle attività;
- le modalità di svolgimento delle diverse attività;
- i documenti di registrazione delle attività da predisporre con le relative modalità di distribuzione e archiviazione.

Le procedure indicano per ogni processo i dati di input, le modalità con cui erogare e controllare l'erogazione del servizio ed i dati di output, ossia i risultati da ottenere e le modalità di documentazione.

All'interno delle procedure che regolamentano i processi di erogazione dei servizi sono state individuate le attività critiche e descritte in modo tale da evitare errori nell'applicazione.

I dettagli relativi alla conduzione dei processi sono stati esplicitati nelle procedure riferite direttamente nella pianificazione dei servizi offerti o nelle istruzioni operative. Tutte le attività relative alla gestione del servizio vengono identificate e sono rintracciabili. Identificazione, intesa come individuazione univoca di un oggetto o di una attività effettuata con l'utilizzo di opportuni codici identificativi

Rintracciabilità, intesa come capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo o l'ubicazione di un oggetto o di un'attività mediante identificazione documentata e predisposta.

Tenuta sotto controllo della produzione e dell'erogazione del servizio



L'amministrazione del CeSMA è soggetta al controllo dei revisori dei conti e dei revisori dei progetti qualora sia coinvolta nella rendicontazione dei progetti stessi. Questi controlli sono verbalizzati e rappresentano quindi la disponibilità di informazioni sulla corretta gestione del Sistema e della propria attività.

8.6 Rilascio di prodotti e servizi

L'organizzazione monitora e misura in maniera continuativa le caratteristiche del servizio per verificare che i requisiti siano stati soddisfatti.

L'evidenza della conformità ai requisiti viene sempre registrata.

8.7 Controllo degli output non conformi

Le non conformità intese come il non soddisfacimento dei requisiti specificati, possono verificarsi in una qualunque delle attività dell'amministrazione ed in particolare possono riguardare:

- la gestione dei prodotti/servizi approvvigionati;
- la gestione dei documenti;
- la gestione delle procedure.

Tutte le funzioni hanno l'autorità per identificare le non conformità, che vengono registrate e gestite nel Modulo delle non conformità, in cui è descritto il rilievo riscontrato, il requisito non soddisfatto e la proposta di trattamento.

Individuata una non conformità, viene effettuata l'analisi delle cause al fine di individuare eventuali problemi di fondo ed emettere appropriate azioni correttive per rimuoverli.

I trattamenti delle Non Conformità sono proposti a diversi livelli che dipendono dalla tipologia e dalle caratteristiche del rilievo.

A titolo di esempio e per pura esemplificazione non esaustiva si riportano di seguito esempi di non conformità.

Le possibili Non Conformità sui documenti possono comportare la revisione e ri-emissione e/o il ritiro del documento.

Le possibili Non Conformità per gli approvvigionamenti possono comportare l'accettazione in deroga, il rifiuto, l'accettazione previa eliminazione delle Non Conformità da parte del fornitore.

Le possibili non conformità riguardanti le procedure, possono prevedere, ad esempio il riesame e la revisione delle stesse.



9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

Questo capitolo definisce e descrive le responsabilità e le modalità per misurare il livello di soddisfazione dei clienti, l'efficacia del Sistema, dei processi, dei servizi e delle prestazioni erogate, al fine di individuare e raggiungere gli obiettivi di miglioramento continuo.

La Direzione del Centro annualmente, definisce il Piano degli obiettivi e stabilisce gli indicatori da utilizzare per monitorarne l'andamento dei processi; per ogni indicatore vengono definiti criteri di misurazione, fonte dei dati e condizioni di utilizzo. La responsabilità di raccolta dei dati è stata attribuita al RQ in collaborazione con il Responsabile dei Processi Contabili.

I dati vengono raccolti annualmente e comunicati alla Direzione del CeSMA che li esamina e li discute.

I risultati delle analisi effettuate e il loro andamento nel tempo vengono illustrati e valutati nella riunione periodica di riesame della Direzione costituendo per questa attività uno dei principali elementi di ingresso, al fine di determinare le azioni di miglioramento sul sistema nel suo complesso e sui servizi offerti.

Il controllo delle prestazioni del sistema avviene attraverso:

- Misura della soddisfazione del cliente
- Audit Interni
- Misure e monitoraggi dei processi
- Misure e monitoraggi sul prodotto/servizio.

Valutazione della soddisfazione del cliente

L'Amministrazione del CeSMA effettua la valutazione del grado di soddisfazione dei Clienti per il miglioramento continuo del SGQ, delle attività di prova e dei servizi offerti.

Ogni qual volta viene riscontrata un'insoddisfazione da parte del Cliente, quest'ultimo viene contattato da DIR/RQ/RQ al fine di capirne le motivazioni. Sulla base delle risultanze e della fondatezza del reclamo si decide in merito.

Reclami



L'Amministrazione del CeSMA si pone come obiettivo prioritario quello di eseguire le attività in modo da rispettare i requisiti della norma ISO 9001 e di soddisfare le esigenze del Cliente, delle autorità in ambito legislativo o delle organizzazioni che forniscono riconoscimenti. Potrebbe accadere però che il Cliente o altro soggetto, presenti un reclamo relativo alle attività dell'Amministrazione. In tal caso a seconda della gravità del reclamo, il Responsabile dei Processi Contabili e il RQ del CeSMA esaminano con il cliente o il soggetto in questione le evidenze che hanno dato luogo a suddette segnalazioni o reclami.

Il reclamo viene preso in carico e gestito dal RQ in modo da individuare le cause che lo hanno determinato e viene attuata la correzione ritenuta più adeguata. Naturalmente il RQ e il Responsabile dei Processi Contabili cercheranno di evitare il verificarsi di reclami simili.

Tutti i reclami con la relativa documentazione, sono archiviati a cura del RQ, il quale conserverà le evidenze e se necessario le comunicherà alla Direzione del CeSMA.

I reclami possono essere interni, ossia provenire dal personale CeSMA, o esterni cioè provenire dai clienti o da altra parte interessata.

Il RQ inserirà i Reclami nel Riesame periodico della Direzione.

9.2 Audit Interno

Il Sistema Qualità dell'Amministrazione CeSMA è sottoposto ad Audit Interni programmati. Lo scopo degli Audit Interni è di valutare l'attuazione del contenuto delle procedure gestionali e di verificare l'efficacia del Sistema Qualità rispetto alla Politica della Qualità e al raggiungimento degli obiettivi definiti.

Il RQ è responsabile della preparazione del piano annuale delle verifiche in accordo con il Responsabile dei Processi Contabili.

Tale piano prevede almeno 1 Audit Interno. Le verifiche vengono condotte dal personale del CQA.

Il personale che esegue gli Audit Interni mantiene sempre il carattere d'indipendenza rispetto all'attività sottoposta a verifica.

9.3 Riesame di Direzione

La Direzione dell'Amministrazione del CeSMA ha la responsabilità di verificare periodicamente l'adeguatezza del Sistema Qualità ai requisiti della norma ISO 9001:2015, alla politica ed agli obiettivi della qualità definiti.

Il riesame del Sistema Qualità è eseguito almeno una volta l'anno.



Input al riesame di direzione

- Risultati degli audit interni ed esterni
- Informazioni di ritorno dai clienti o dalle parti interessate
- Prestazioni dei processi e conformità dei servizi
- Stato delle non conformità e delle azioni correttive
- Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di Direzione
- Cambiamenti nei fattori interni ed esterni che sono rilevanti per il SGQ
- Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- Opportunità di miglioramento.

Output del riesame di direzione

- Azioni di miglioramento sia dei processi che dei servizi;
- Miglioramento in relazione alle esigenze del Cliente;
- Necessità di risorse e miglior utilizzazione di quelle disponibili.

Le decisioni e le conclusioni del riesame vengono registrate sul MOD.Riesame di direzione e conservate secondo quanto descritto nella PGE. Gestione dei documenti e delle Informazioni documentate.

10. MIGLIORAMENTO

La Direzione dell'Amministrazione del CeSMA, al fine di migliorare con continuità l'efficienza del Sistema di Gestione, utilizza i dati e le informazioni relative:

- alla Politica e agli Obiettivi per la Qualità;
- ai risultati degli Audit;
- alle Azioni Correttive;
- ai Riesami da parte della Direzione;
- all'analisi dei dati provenienti dalla valutazione della Soddisfazione del Cliente e dall'analisi del Rischio.

Obiettivi, responsabilità e tempi di monitoraggio sono trattati nel Riesame di Direzione, in cui vengono individuati gli obiettivi di miglioramento.



10.1 Non conformità e Azioni correttive

Le non conformità intese come il non soddisfacimento dei requisiti specificati, possono verificarsi in qualsiasi fase del processo ed in particolare possono riguardare:

- la gestione dei prodotti approvvigionati;
- la gestione dell'erogazione del servizio;
- la gestione dei documenti;
- la gestione delle procedure.

Tutte le funzioni hanno l'autorità per identificare le non conformità in cui è descritto il rilievo riscontrato, il requisito non soddisfatto e la proposta di trattamento.

Individuata una non conformità, viene effettuata l'analisi delle cause al fine di individuare eventuali problemi di fondo ed emettere appropriate azioni correttive per rimuoverle.

I trattamenti delle Non Conformità sono proposti a diversi livelli che dipendono dalla tipologia e dalle caratteristiche del rilievo. Le figure coinvolte per il trattamento sono quelle del Responsabile dei Processi Contabili, del RQ e degli amministrativi.

Al verificarsi di una Non Conformità su apparecchiature, prodotti e materiali in genere, viene apposto sull'oggetto non conforme un cartellino con la dicitura "NON CONFORME" che ne evidenzia lo stato e ne impedisce l'utilizzo.

A titolo di esempio e per pura esemplificazione non esaustiva si riportano di seguito esempi di non conformità.

Le possibili Non Conformità sui documenti di rendicontazione possono comportare la revisione e ri-emissione e/o il ritiro del documento in questione.

Le possibili Non Conformità per gli approvvigionamenti possono comportare l'accettazione in deroga, il rifiuto, l'accettazione previa eliminazione delle Non Conformità da parte del fornitore.

Le possibili non conformità riguardanti le procedure, possono prevedere, ad esempio il riesame e la revisione delle stesse.

L'azione correttiva si attua ogni volta che emergono non conformità di prodotto/servizio o del processo o scostamenti dalle politiche e procedure del sistema qualità tali che il semplice trattamento della non conformità non sia tale da evitare il ripetersi della situazione non conforme. Le azioni correttive sono finalizzate:

- Alla risoluzione della situazione non conforme;
- Alla ricerca delle cause;
- All'impedimento del verificarsi di altre situazioni analoghe.

Le proposte di risoluzione attraverso le azioni correttive vengono valutate dal RQ, dal Responsabile dei Processi Contabili e dal personale coinvolto. L'attuazione di



CeSMA

CESMA – APPENDICE MANUALE QUALITA'

Data: 12.04.2021

Revisione: 05

una AC, che, con maggiori probabilità possa risolvere definitivamente il problema, viene comunicata dal RQ o dal Responsabile dei Processi Contabili a tutto il personale coinvolto nell'azione stessa.