



Report Interno n. 3
agosto 2009

Procedura PR SPQ 8.3/1
GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'
Procedura PR SPQ 8.5/2
**GESTIONE DELLE AZIONI CORETTIVE E
PREVENTIVE**

Autori

Elena CATANI

(Collaboratore Esperto Tecnico)

Cristina DOLFI

(Università degli studi di Firenze)

Massimo POGGI

(Università degli studi di Firenze)

INDICE

1. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	3
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. MODALITA' OPERATIVE	3
2.1. <i>Generalità</i>	3
2.2. <i>Identificazione e controllo</i>	3
2.3. <i>Correzione</i>	4
2.4. <i>Controllo delle correzioni</i>	4
2.5. <i>Analisi delle non conformità</i>	4
2.6. <i>Reclami</i>	5
2.7. <i>Provvedimenti post erogazione del servizio e assistenza all'Utenza</i>	5
3. RESPONSABILITA'	5
4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	5
5. TERMINI, DEFINIZIONI ED ACRONIMI	5
6. ALLEGATI	6
6.1. <i>Registro delle Non Conformità (MD SFRE 8.3/1)</i>	6
6.2. <i>Rapporto Non Conformità (MD SFRE 8.3/2)</i>	6
6.3. <i>Tipologia problemi e loro frequenza (MD SFRE 8.3/3)</i>	6
7. LISTA DI DISTRIBUZIONE (IN FORMA ELETTRONICA: E-MAIL CON RICEVUTA DI RITORNO)	6
8. MODIFICHE	6
2. GESTIONE DELLE AZIONI CORETTIVE E PREVENTIVE	7
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	7
2. MODALITA' OPERATIVE	7
2.3. <i>Azioni correttive</i>	7
2.4. <i>Azioni preventive</i>	8
3. RESPONSABILITA'	9
4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	9
5. TERMINI, DEFINIZIONI ED ACRONIMI	9
6. ALLEGATI	9
6.1. <i>Rapporto di AC (MD SFRE 8.5/2)</i>	9
6.2. <i>Piano di Miglioramento (MD DIR 5.6/1-2)</i>	9
7. LISTA DI DISTRIBUZIONE	9
8. MODIFICHE	10
ALLEGATO 1-6.1 REGISTRO DELLE NON CONFORMITÀ (MD SFRE 8.3/1)	11
ALLEGATO 1-6.2 RAPPORTO NON CONFORMITÀ (MD SFRE 8.3/2)	13
ALLEGATO 1-6.3 TIPOLOGIA PROBLEMI E LORO FREQUENZA (MD SFRE 8.3/3)	15
ALLEGATO 2-6.1 RAPPORTO DI AC (MD SFRE 8.5/2)	17
ALLEGATO 2-6.2 PIANO DI MIGLIORAMENTO (MD SFRE 8.5/2)	19



1. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Procedura PR SPQ 8.3/1

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Al fine di conseguire gli obiettivi prefissati, rispettare i criteri stabiliti dalla Politica per la Qualità e soddisfare le aspettative delle parti interessate, la presente procedura stabilisce le modalità di controllo e trattamento delle Non Conformità inerenti le attività svolte dal Servizio Finanziamenti Ricerca Europea del Polo Biomedico e Tecnologico.

La presente procedura, oltre le attività da svolgere, stabilisce le responsabilità e la modulistica da impiegare nella gestione delle non conformità.

La procedura si applica alle attività di individuazione, identificazione e correzione di qualunque aspetto delle attività svolte dal Servizio Finanziamenti Ricerca Europea, oppure dei risultati di tali attività, che risultino essere non conformi alle procedure, o alle politiche, o agli obiettivi, o alle norme, o ai requisiti applicabili.

2. MODALITA' OPERATIVE

2.1. Generalità

Qualunque servizio (parte o aspetto di servizio) erogato dal Servizio Finanziamenti Ricerca Europea, oppure qualunque risultato di tale servizio, che risulti essere non conforme alle leggi, ai regolamenti, alle procedure, alle politiche, alle norme, ai requisiti applicabili è identificato come Non Conformità.

Il servizio non conforme deve essere corretto per riportarlo in condizione di conformità e registrato sulla modulistica prevista.

Le NC vengono rilevate da tutto il Personale responsabile identificato nella documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità nello svolgimento delle attività lavorative.

Inoltre le NC vengono rilevate dal Servizio Tecnologie - Qualità Tecnologica dei Processi come risultato degli audit interni, dagli Utenti (Reclami) e dagli Enti/Organismi di Controllo esterni durante le verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità oppure delle attività di controllo del Servizio Finanziamenti Ricerca Europea stesso.

2.2. Identificazione e controllo

Nel caso in cui durante lo svolgimento delle attività previste dalle procedure, emergano situazioni non conformi, tutto il personale è tenuto a rilevare la NC e a compilare il modulo MD SFRE 8.3/1 Registro delle non conformità, a disposizione presso l'ufficio.

2.2.1. NC rilevate in fase di rendicontazione di progetto

Al momento della rendicontazione periodica, per ciascun progetto, il Responsabile del processo predispone il file di rendicontazione del progetto contenente tutte le informazioni utili alla successiva fase di rendicontazione, collocandolo nella cartella in condivisione con il Personale dell'ufficio. Sulla base del file di rendicontazione, il personale esegue i controlli



previsti a fronte di una check-list predisposta allo scopo, eseguendo la spunta delle operazioni correttamente svolte.

Nel caso venga rilevata una NC si procede a darne evidenza sul modulo MD SFRE 8.3/2 Rapporto di NC. A fronte del trattamento della stessa, la chiusura della NC è ugualmente registrata sul modulo MD SFRE 8.3/2, opportunamente archiviato nella cartella del progetto.

2.2.2. NC rilevate durante gli audit interni

Le anomalie rilevate durante la conduzione degli audit interni sono trattate come osservazioni e identificate e registrate tramite specifica modulistica (rapporto di audit interno) assegnata al Servizio Tecnologie - Qualità Tecnologica dei Processi.

2.3. Correzione

Il Responsabile del processo, in accordo col Personale coinvolto, definisce la correzione. La correzione viene attuata dal Responsabile del processo oppure dal Personale coinvolto. Lo stesso annota nel modulo MD SFRE 8.3/1 Registro delle non conformità le azioni attuate e allega l'eventuale documentazione di riferimento.

Il Responsabile del Processo, di concerto col Personale Coinvolto, stabilisce, se appropriato, le cause della NC ed apre una Azione Correttiva (vedi PR SPQ 8.5/2). Non necessariamente ogni NC determina una Azione correttiva ma solo nei casi in cui questa risulti il segnale di una anomalia del sistema.

2.4. Controllo delle correzioni

Il Responsabile del Processo effettua un controllo periodico dello stato di avanzamento delle correzioni delle NC emesse e/o ricevute fino al loro completamento e chiusura.

A Non Conformità risolta il Responsabile del processo verifica la correzione attuata e la approva formalizzandone i risultati nel modulo MD SFRE 8.3/1 Registro delle non conformità

2.5. Analisi delle non conformità

Quadrimestralmente, il Responsabile Gestione Qualità provvede a ritirare i registri predisposti, compilando l'apposito riepilogo delle NC, MD SFRE 8.3/3 Tipologia problemi e loro frequenza.

Nel riepilogo sono riportate tutte le NC /segnalazioni delle parti interessate rilevate nel periodo preso a riferimento, indicato nell'intestazione del modulo, suddivise per tipologia di evento, per fase di erogazione del servizio, per fornitore, ecc.

Tali riepiloghi sono analizzati dal Responsabile del Settore con lo scopo di effettuare un'analisi di tendenza delle non conformità stesse al fine di individuare le correlazioni esistenti fra quelle ripetitive.

L'analisi delle NC riepilogate viene condotta seguendo la cosiddetta "**Regola dei 5 perché**": attraverso progressive risposte ai "perché" relativi alla valutazione delle cause che fanno insorgere i problemi si può risalire alla soluzione degli stessi.

Se il "perché" viene ripetuto iterativamente, i fattori determinanti del problema possono essere scoperti e si possono individuare anche le modalità per la loro soluzione.

Alla luce di queste analisi, il Responsabile del Settore definisce le azioni correttive più idonee ad eliminare le cause delle stesse per prevenirne il ripetersi.

Le modalità da adottare per la gestione delle Azioni Correttive sono dettagliatamente descritte nella procedura di gestione delle AC/AP.

2.6.Reclami

Tutti i reclami ricevuti dagli Utenti, anche quelli infondati, sono trattati come NC e riportati sull'apposito Modulo MD SFRE 8.3/1 Registro delle non conformità

Il reclamo è gestito e controllato dal Responsabile del Processo, che valutata la fondatezza del reclamo, se appropriato, avvia il trattamento. In caso di reclamo infondato il Responsabile del Processo registra le ragioni dell'infondatezza.

Tutte le segnalazioni di reclamo vengono ricevute e valutate dal Responsabile del Processo che provvede a risolverlo tramite comunicazioni verbali e/o scritte secondo l'applicabilità, oppure, se necessario, con una visita presso la struttura dell'Utente, che viene programmata nel più breve tempo possibile.

I reclami degli Utenti possono essere verbali oppure scritti. In ogni caso la funzione competente per tutte le comunicazioni e per il trattamento del reclamo è il Responsabile del Processo.

2.7. Provvedimenti post erogazione del servizio e assistenza all'Utenza

Nel caso che una pratica non conforme venga rilevata dopo che il servizio è stato erogato, il Servizio Finanziamenti Ricerca Europea adotta tutti i provvedimenti necessari e appropriati al fine di eliminare tutti gli effetti conosciuti, anche potenziali, derivanti da tali non conformità.

3. RESPONSABILITA'

La responsabilità principale del trattamento delle NC è assegnata al Responsabile del Processo coadiuvato dal Personale coinvolto.

4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- ◆ UNI EN ISO 9000:2005 "Sistema gestione qualità – Termini e vocabolario"
- ◆ UNI EN ISO 9001:2008 "Sistema gestione qualità – Requisiti" -
 - - 8.3 Tenuta sotto controllo dei "prodotti"/servizi non conformi
- ◆ UNI EN ISO 9004 :2000 "Sistema gestione qualità – Linea guida per il miglioramento della prestazioni"

5. TERMINI, DEFINIZIONI ED ACRONIMI

La terminologia utilizzata nella presente Procedura fa riferimento alle definizioni contenute nella UNI EN ISO 9000:2005.

Per favorire la lettura e le comprensione di questa procedura qui di seguito vi è un ulteriore chiarimento del significato di alcuni termini/acronimi ricorrenti:

- ◆ NON CONFORMITA' (NC): Mancato soddisfacimento di un requisito.
- ◆ REQUISITO: Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
- ◆ CORREZIONE: Azione per eliminare una non conformità rilevata.
- ◆ AZIONE CORRETTIVA (AC): Azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata, o di altre situazioni indesiderabili rilevate.



6. ALLEGATI

- 6.1. Registro delle Non Conformità (MD SFRE 8.3/1)
- 6.2. Rapporto Non Conformità (MD SFRE 8.3/2)
- 6.3. Tipologia problemi e loro frequenza (MD SFRE 8.3/3)

7. LISTA DI DISTRIBUZIONE (in forma elettronica: e-mail con ricevuta di ritorno)

<u>N.</u>	<u>FUNZIONE</u>	<u>NOMINATIVO</u>	<u>DATA di invio da parte del responsabile della documentazione</u>	<u>Data del messaggio avvenuta ricezione</u>
1)	Responsabile settore Servizi alla Ricerca e Relazioni Internazionali	Sig.ra Cristina Dolfi cristina.dolfi@unifi.it		
2)	Referenti del Settore Rendicontazione Internazionale	ricerca.internazionale@polobiotec.unifi.it		
3)				
4)				

8. MODIFICHE

<u>INDICE</u>	<u>DATA</u>	<u>DESCRIZIONE DELLE MODIFICHE</u>	<u>IDENTIFICAZIONE DELLE MODIFICHE</u>
R0.0		Emissione sperimentale	
R0.1	16.07.09	Modifiche per adeguamento norma UNI EN ISO 9001:2008	



2. GESTIONE DELLE AZIONI CORETTIVE E PREVENTIVE

Procedura PR SPQ 8.5/2

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è definire le modalità di gestione, stabilendo responsabilità e modulistica da impiegare, delle azioni correttive e preventive necessarie al soddisfacimento dei requisiti del SGQ.

La procedura si applica a tutti i processi dell'organizzazione del Servizio Finanziamenti Ricerca Europea.

2. MODALITA' OPERATIVE

Una volta chiarito il tipo di NC da superare (reclami delle parti interessate inclusi), e le loro cause determinanti (MD SFRE 8.3/1 Registro delle NC – Lamentele), l'organizzazione provvederà alla loro risoluzione immediata che sarà affidata alla persona interessata.

Sia nel caso del ripetersi dello stesso tipo di NC (di prodotto, di servizio, di sistema, da reclamo), sia nel caso di inefficacia del trattamento posto in essere per risolvere il problema, è necessario pensare alla rimozione delle cause scatenanti la difformità, attraverso l'apertura di adeguate AC (MD SFRE 8.5/2 Rapporto di AC).

L'organizzazione delle AC è affidata al Responsabile del Settore con la collaborazione di tutte le persone/funzioni responsabili della loro attuazione. Dopo aver posto in essere ciascuna AC è necessario procedere alla verifica dell'efficacia dell'azione intrapresa.

Nel caso di scostamenti, o di inefficacia, dall'azione originaria, si procederà all'organizzazione di una nuova AC.

Queste verifiche di efficacia, ed il relativo esito, sono registrate nei rapporti delle AC e archiviate nell'Archivio Qualità, ad opera del Responsabile del SGQ.

L'AC decisa sarà commisurata all'entità del problema riscontrato e sarà attuata entro la data definita al momento della compilazione del MD SFRE 8.5/2 Rapporto di AC.

Per Azione Preventiva si intende un'azione intrapresa al fine di mantenere e, se possibile, migliorare il funzionamento dell'organizzazione prevenendo così potenziali cause che metterebbero in difficoltà il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Le AP vengono proposte e analizzate prevalentemente in occasione del Riesame della Direzione e, in caso favorevole, registrate nel MD DIR 5.6/1-2 Piano di miglioramento.

Le azioni correttive intraprese sono appropriate agli effetti delle non conformità riscontrate e le azioni preventive sono appropriate ai potenziali effetti dei problemi ipotizzati.

2.3. Azioni correttive

Oltre a quanto già indicato nel Manuale della qualità § 8.5.2, le AC individuate sono gestite in maniera controllata utilizzando il MD SFRE 8.5/2 Rapporto di AC dove, oltre ai dati identificativi rilevabili dai vari tipi di NC, sono indicati:

- il dettaglio della problematica rilevata;
- la ricerca delle cause che hanno generato il problema;
- l'AC proposta, i tempi di applicazione e l'individuazione del responsabile;
- l'AC attuata con data e firma del responsabile;
- la verifica dell'efficacia dell'AC attuata.



RAPPORTO NON CONFORMITÀ

La ricerca delle cause delle NC verificatesi è condotta seguendo la cosiddetta “**Regola dei 5 perchè**” : attraverso progressive risposte ai “perché” relativi alla valutazione delle cause che fanno insorgere i problemi si può risalire alla soluzione degli stessi.

Se il “perché” viene ripetuto iterativamente, i fattori determinanti del problema possono essere scoperti e si possono individuare anche le modalità per la loro soluzione.

Per la ricerca delle cause dei problemi relativi al materiale in uso all’interno dell’organizzazione, la regola di cui sopra si concentrerà sulle seguenti variabili:

- materiali e/o prodotti non idonei;
- attrezzature di lavoro inadeguate;
- strumenti di monitoraggio e misurazione inadeguati.

Per la ricerca delle cause dei problemi relativi ai processi di erogazione del servizio, si analizzeranno le attività per accertarsi che le cause del problema siano riconducibili a:

- assenza di adeguate istruzioni di lavoro o istruzioni poco chiare;
- necessità di addestramento/formazione al personale.
- altre cause

Per la ricerca delle cause dei problemi da NC di sistema, oltre a quanto indicato nel Manuale della Qualità, si analizzeranno:

- i risultati emersi dagli Audit interni;
- quanto contenuto nel rapporto che fa seguito al Riesame da parte della Direzione;
- i dati raccolti e suddivisi in varie tipologie ai fini statistici.

Tutti i Rapporti di Azione Correttiva saranno sottoposti all’attenzione del Settore Tecnologie – Qualità Tecnologica dei Processi che provvederà, con cadenza annuale, a presentare una relazione alla Direzione sullo stato della qualità dell’organizzazione, dato che confluirà quale elemento in ingresso nel Riesame da parte della Direzione.

2.4. Azioni preventive

Oltre a quanto già indicato nel Manuale della qualità § 8.5.3, l’organizzazione dovrà predisporre, formalizzare ed attuare un programma di AP su base annuale o pluriennale, utilizzando il MD DIR 5.6/1-2 Piano di miglioramento dove saranno indicati:

- l’AP proposta
- il responsabile di funzione deputato all’attività
- la data entro la quale sarà attuata
- l’indicatore finalizzato a misurare l’efficacia dell’AP
- i vari step di controllo
- l’obiettivo previsto e il beneficio atteso.

Per la definizione delle AP si prenderanno in considerazione:

- le attività che influenzano la qualità del servizio come ad esempio l’addestramento;
- i risultati degli Audit Interni;
- le strategie individuate in fase di Riesame da parte della Direzione;
- ecc.

Entro la data prevista, annotata sul MD DIR 5.6/1-2 Piano di miglioramento, il Responsabile del Settore, coadiuvato metodologicamente dal Responsabile del SGQ, eseguirà la verifica dell’attuazione dell’AP richiesta attraverso l’effettuazione dei controlli predefiniti nel Piano.



3. RESPONSABILITA'

La responsabilità principale del trattamento delle AC/AP è assegnata al Responsabile del Settore, coadiuvato dal Responsabile del SGQ e dal personale coinvolto.

4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- ◆ UNI EN ISO 9000:2005 "Sistema gestione qualità – Termini e vocabolario"
- ◆ UNI EN ISO 9001:2008 "Sistema gestione qualità – Requisiti" -
 - 8.5.2 Azioni correttive
 - 8.5.3 Azioni preventive
- ◆ UNI EN ISO 9004 :2000 "Sistema gestione qualità – Linea guida per il miglioramento della prestazioni"

5. TERMINI, DEFINIZIONI ED ACRONIMI

La terminologia utilizzata nella presente Procedura fa riferimento alle definizioni contenute nella UNI EN ISO 9000:2005.

Per favorire la lettura e le comprensione di questa procedura qui di seguito vi è un ulteriore chiarimento del significato di alcuni termini/acronimi ricorrenti:

- ◆ NON CONFORMITA' (NC): Mancato soddisfacimento di un requisito.
- ◆ REQUISITO: Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
- ◆ CORREZIONE: Azione per eliminare una non conformità rilevata.
- ◆ AZIONE CORRETTIVA (AC): Azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata, o di altre situazioni indesiderabili rilevate.
- ◆ AZIONE PREVENTIVA (AP): Azione tesa ad eliminare la causa di una non conformità potenziale o di un'altra situazione potenzialmente indesiderabile

6. ALLEGATI

6.1. Rapporto di AC (MD SFRE 8.5/2)

6.2. Piano di Miglioramento (MD DIR 5.6/1-2)

7. LISTA DI DISTRIBUZIONE

(in forma elettronica: e-mail con ricevuta di ritorno)

<u>N.</u>	<u>FUNZIONE</u>	<u>NOMINATIVO</u>	<u>DATA di invio da parte del responsabile della documentazione</u>	<u>Data del messaggio avvenuta ricezione</u>
5)	Responsabile settore Servizi alla Ricerca e Relazioni Internazionali	cristina.dolfi@unifi.it		
6)	Referenti del Settore Rendicontazione Internazionale	ricerca.internazionale@polobiotec.unifi.it		
7)				
8)				



RAPPORTO NON CONFORMITA'

8. MODIFICHE

<u>INDICE</u>	<u>DATA</u>	<u>DESCRIZIONE DELLE MODIFICHE</u>	<u>IDENTIFICAZIONE DELLE MODIFICHE</u>
R0.0		Emissione sperimentale	
R0.1	16.07.09	Modifiche per adeguamento norma UNI EN ISO 9001:2008	

ALLEGATO 1-6.1 *Registro delle Non Conformità (MD SFRE 8.3/1)*

Modulo MD SFRE 8.3/1

Registro delle Non Conformità



RAPPORTO NON CONFORMITÀ

N.	Origine		Data	Rilevatore NC/ Utente	Descrizione NC / segnalazione parte interessata	Trattamento NC/ segnalazione Utente	Deciso da	Data soluzione NC/ segnalazione	efficace	
	Interna	Esterna							si	no



RAPPORTO NON CONFORMITA'

ALLEGATO 1-6.2 *Rapporto Non Conformità (MD SFRE 8.3/2)*

Modulo MD SFRE 8.3/2

Rapporto Non Conformità



RAPPORTO NON CONFORMITÀ

ALLEGATO 1-6.3 *Tipologia problemi e loro frequenza (MD SFRE 8.3/3)*

Modulo MD SFRE 8.3/3

Tipologia problemi e loro frequenza



PERIODO DI RIFERIMENTO: dal _____ al _____

MACRO-TIPOLOGIE NC	RILEVAMENTO												TOT	AC? si/no	
N° tot. problemi															

(annerire le caselle per ogni NC collocabile all'interno della macro-tipologia corrispondente indicata in colonna)



TIPOLOGIA PROBLEMI E LORO FREQUENZA

ALLEGATO 2-6.1 *Rapporto di AC (MD SFRE 8.5/2)*

Modulo MD SFRE 8.5/2

Rapporto di Azione Correttiva



RAPPORTO DI AZIONE CORRETTIVA

RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ	NON CONFORMITÀ N.:	Rif. Rapporto di Verifica Ispettiva
Ufficio/Settore:		
ATTIVITÀ/AREA/FUNZIONE:..... Doc. di riferimento: Rev.:		
Norma: UNI EN ISO 9001 Ed.: 2008 Punto: Altro/Punto:.....		
VISITA N..... DEL..... (TIPO) <input type="checkbox"/> Analisi iniziale <input type="checkbox"/> Verifica Ispettiva <input type="checkbox"/> Verifica Supplementare		
Responsabile Verifica Ispettiva: Responsabile interessato:		
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ <input type="checkbox"/> oppure della POTENZIALE NON CONFORMITÀ' <input type="checkbox"/> (a cura del Valutatore Interno) :		
.....		
.....		
Correzione(Trattamento) e/o Azione Correttiva/Preventiva: Data di notifica della proposta: Data di chiusura :		
MODALITÀ DI VERIFICA: Evidenze documentali <input type="checkbox"/> Verifica ispettiva successiva <input type="checkbox"/> Verifica Supplementare <input type="checkbox"/>		
Firma del RVI:..... Firma Responsabile interessato:		
CORREZIONE (TRATTAMENTO) DELLA NON CONFORMITÀ <input type="checkbox"/> oppure della POTENZIALE NON CONFORMITÀ' <input type="checkbox"/> (proposta a cura del responsabile dell'Area Valutata):		
.....		
.....		
CAUSA DELLA NON CONFORMITÀ <input type="checkbox"/> oppure della POTENZIALE NON CONFORMITÀ <input type="checkbox"/> (proposta a cura del responsabile dell'Area Valutata):		
.....		
.....		
AZIONE CORRETTIVA <input type="checkbox"/> PREVENTIVA <input type="checkbox"/> (proposta a cura del responsabile dell'Area Valutata):		
.....		
.....		
Firma : Responsabile Interessato..... Data:		
APPROVAZIONE DELLA CORREZIONE (TRATTAMENTO) AC/AP PROPOSTA: (a cura del Responsabile Verifica Ispettiva):		
.....		
.....		
Firma del RVI: Data:		
ESITO DELLA VERIFICA DI ATTUAZIONE ED EFFICACIA DELLA CORREZIONE (TRATTAMENTO) E/O AC/AP: (a cura di Responsabile Verifica Ispettiva):		
<input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Insoddisfacente (Apertura nuovo Rapporto di Non Conformità)		
Note:		
.....		
.....		
Firma del RVI: Data:		



RAPPORTO DI AZIONE CORRETTIVA

ALLEGATO 2-6.2 *Piano di Miglioramento (MD SFRE 8.5/2)*

Modulo MD SFRE 5.6/1-2

Piano di Miglioramento



Rev. 0.1 31.01.08		PIANO DI MIGLIORAMENTO anno 2009				Cod. MD SFRE 5.4/1	
Strategia per l'obiettivo	Persona deputata all'attività	Entro quando	Indicatore	Obiettivi raggiunti			Obiettivo finale con beneficio atteso
				Step 1	Step 2	Step 3	

PROCESSI DI PROGETTAZIONE EROGAZIONE GESTIONE RISORSE N° 1 / 2009 - Riprogettazione del servizio (modifica), al fine di estenderlo dalla gestione dei soli bandi di finanziamento europeo alla gestione delle seguenti fonti di finanziamento: - programmi di cooperazione e di didattica; - tender; - finanziamenti provenienti da altri paesi; - finanziamenti dal Ministero degli Affari Esteri	Cristina Dolfi Liana Massagni Gustava Tesi	30/11/10	Fatto / Non fatto	<u>Previsto entro dicembre 2009</u> Conclusione della progettazione del nuovo servizio	<u>Previsto entro marzo 2010</u> Formazione del personale (corso euro-progettazione)	<u>Previsto entro giugno 2010</u> Verifica implementazione nuovo servizio	Estendere il Sistema di Gestione per la Qualità dell'ufficio all'attività delle relazioni internazionali
				<u>Previsto entro novembre 2010</u> Completamento estensione del SGQ ai nuovi servizi	/	/	



Rev. 0.1 31.01.08		PIANO DI MIGLIORAMENTO anno 2009				Cod. MD SFRE 5.4/1	
Strategia per l'obiettivo	Persona deputata all'attività	Entro quando	Indicatore	Obiettivi raggiunti			Obiettivo finale con beneficio atteso
				Step 1	Step 2	Step 3	

PROCESSO DI COMUNICAZIONE N° 2 / 2009 Creare un ufficio per la gestione delle relazioni con il personale straniero (URP)	Cristina Dolfi Giulia Iannone Eleonora Agresti	30/11/10	non fatto/fatto SI/SI = 100% NO/SI = 0% una parte/SI = 50, 60, 40, 70%	<u>Previsto entro fine dicembre 2009</u> Verifica disponibilità risorse umane	<u>Previsto entro fine febbraio 2010</u> Progettazione URP	<u>Previsto entro fine giugno 2010</u> Creazione struttura organizzativa di supporto	Migliorare e favorire il processo di internazionalizzazione dell'Ateneo
				<u>Previsto entro settembre 2010</u> Apertura URP			



Rev. 0.1 31.01.08		PIANO DI MIGLIORAMENTO anno 2009				Cod. MD SFRE 5.4/1	
Strategia per l'obiettivo	Persona deputata all'attività	Entro quando	Indicatore	Obiettivi raggiunti			Obiettivo finale con beneficio atteso
				Step 1	Step 2	Step 3	

PROCESSO DI MIGLIORAMENTO N°3 / 2009 - Distribuzione di un questionario di gradimento di fine progetto, rivolto ai soli utenti del servizio. - Distribuzione da svolgere alla fine di ogni anno, per i progetti conclusi nell'anno. - Indagine rivolta a tutti i soggetti che hanno operato all'interno del progetto.	Cristina Dolfi Liana Massagni Gustava Tesi	30/11/10	Fatto / Non fatto ***** N° questionari rientrati compilati / N° questionari distribuiti	<u>Previsto entro novembre 2009</u> Realizzazione questionario ad hoc	<u>Previsto entro dicembre 2009</u> Somministrazione questionari ai docenti/ricercatori (e a tutto il personale che ha operato all'interno del progetto) aventi progetti conclusi nell'anno	<u>Previsto entro gennaio 2010</u> Verifica del successo della strategia di monitoraggio implementata	Migliorare la tecnica di monitoraggio della soddisfazione del personale docente/ricercatore (utenti del servizio)
				N° questionari rientrati compilati / N° questionari distribuiti = %			



Rev. 0.1 31.01.08		PIANO DI MIGLIORAMENTO anno 2009				Cod. MD SFRE 5.4/1	
Strategia per l'obiettivo	Persona deputata all'attività	Entro quando	Indicatore	Obiettivi raggiunti			Obiettivo finale con beneficio atteso
				Step 1	Step 2	Step 3	

PROCESSO DI MIGLIORAMENTO N° 4 / 2009 - Attività di sensibilizzazione per la presentazione di progetti in ambito sanitario; - Attivazione processo di comunicazione rivolto al personale AOUC per info su bandi e fonti di finanziamento	Cristina Dolfi Liana Massaggi Arcana Agnoletti Gustava Tesi	31/12/10	Fatto /	<u>Previsto entro febbraio 2010</u> Organizzazione di info-day sul VII PQ - Health	<u>Previsto entro giugno 2010</u> Invio periodico delle informazioni a regime	<u>Previsto entro dicembre 2010</u> Monitoraggio attività	Estendere il servizio dell'ufficio al personale AOUC (sulla base della convenzione in atto tra UNIFI e AOUC)
			Non fatto ***** N° richieste di supporto pervenute da personale AOUC > 5	N° richieste di supporto pervenute da personale AOUC =		



www.polobiotech.unifi.it www.polobiotech.unifi.it www.polobiotech.unifi.it

UNIVERSITÀ
PERUGINA

