



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SUPERIORE
"Arturo Malignani"
Sistema di Gestione per la Qualità
Laboratorio Prove Materiali

LABORATORIO AUTORIZZATO DAL MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI

ISIS "A. Malignani"
viale L. da Vinci, 10
33100 Udine
tel. 0432 – 46361+5
fax 0432 – 545420
e-mail:
laboratorio@malignani.ud.it

Manuale della Qualità

Redatto in conformità a UNI EN ISO 9001:2015;

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| Titolo | MQ – Manuale della Qualità | |
| Revisione n. | 3.1 | Le revisioni 3.x sono conformi a ISO 9001/2015 |
| In vigore da: | 31 agosto 2016 | |
| Verificato da: | Giuseppe Carignani | (Responsabile Gestione Qualità) |
| Approvato da: | Andrea Carletti | (Dirigente Scolastico dell'Istituto) |
| | Michele Cantarutti | (Direttore del Laboratorio) |
| | Maurizia Zappamiglio | (DSGA) |

Questo documento, se in forma cartacea, è una copia non controllata stampata il 12 settembre 2016. Chi lo utilizza ha la responsabilità di assicurarsi di utilizzare la versione aggiornata

Modifiche importanti apportate con questa revisione (3.1)

Questa è la prima versione conforme alla norma ISO 9001/2015.

Le principali modifiche sono le seguenti:

1. adozione della Struttura di Alto Livello (HLS, High Level Structure), comune a tutti i Sistemi di Gestione normati ISO. La HLS è definita da 10 punti (clauses) corrispondenti ai 10 capitoli del manuale;
2. maggiore attenzione alle parti interessate diverse dal cliente: in particolare gli Allievi e i Docenti dell'Istituto (ricaduta didattica), ma anche il Consiglio di Istituto;
3. Gestione esplicita dei rischi e delle opportunità

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE | 6 |
| 1.1 Questo manuale | 6 |
| 2 RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 6 |
| 3 TERMINI E DEFINIZIONI | 7 |
| 3.1 Riferimenti | 7 |
| 3.2 Abbreviazioni..... | 7 |
| 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE | 7 |
| 4.1 Il Laboratorio Prove Materiali e il suo contesto | 7 |
| 4.1.1 Presentazione del Laboratorio | 7 |
| 4.1.2 Descrizione del Laboratorio | 8 |
| 4.1.3 Il contesto | 8 |
| 4.2 Esigenze e le aspettative della parti interessate..... | 9 |
| 4.3 Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità..... | 9 |
| 4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi | 9 |
| 4.4.1 Adozione e attuazione del Sistema di gestione per la Qualità | 9 |
| 4.4.2 Gestione delle informazioni documentate (documenti e registrazioni) | 10 |
| 5 LEADERSHIP | 10 |
| 5.1 Leadership e impegno | 10 |
| 5.1.1 Generalità: impegni del Dirigente e dei Direttori | 10 |
| 5.1.2 Focalizzazione sul cliente | 11 |
| 5.2 Politica | 12 |
| 5.2.1 Politica per la qualità | 12 |
| 5.2.2 Comunicare la politica per la qualità | 12 |
| 5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione | 12 |
| 6 PIANIFICAZIONE..... | 13 |
| 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità | 13 |
| 6.1.1 Obiettivi delle azioni e coinvolgimento delle persone | 13 |
| 6.1.2 Formalizzazione delle azioni | 13 |
| 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento | 13 |
| 6.2.1 Obiettivi per la qualità | 13 |
| 6.2.2 Pianificazione delle attività necessarie per conseguire gli obiettivi..... | 13 |
| 6.3 Pianificazione delle modifiche | 14 |
| 7 SUPPORTO | 14 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7.1 | Risorse | 14 |
| 7.1.1 | Generalità | 14 |
| 7.1.2 | Persone | 14 |
| 7.1.3 | Infrastruttura | 15 |
| 7.1.4 | Ambiente per il funzionamento dei processi | 15 |
| 7.1.5 | Risorse per il monitoraggio e la misurazione | 15 |
| 7.1.6 | Conoscenza organizzativa | 16 |
| 7.2 | Competenza..... | 16 |
| 7.3 | Consapevolezza..... | 17 |
| 7.4 | Comunicazione..... | 17 |
| 7.5 | Informazioni documentate..... | 17 |
| 7.5.1 | Generalità | 17 |
| 7.5.2 | Creazione e aggiornamento | 19 |
| 7.5.3 | Controllo delle informazioni documentate | 19 |
| 8 | ATTIVITA' OPERATIVE..... | 20 |
| 8.1 | Pianificazione e controllo operativi..... | 20 |
| 8.2 | Requisiti per i prodotti e i servizi | 20 |
| 8.2.1 | Comunicazione con il cliente..... | 20 |
| 8.2.2 | Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi | 20 |
| 8.2.3 | Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi..... | 20 |
| 8.2.4 | Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi..... | 21 |
| 8.3 | Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi | 21 |
| 8.3.1 | Generalità | 21 |
| 8.3.2 | Pianificazione della progettazione e sviluppo..... | 21 |
| 8.3.3 | Input alla progettazione e sviluppo | 21 |
| 8.3.4 | Controlli della progettazione e sviluppo | 22 |
| 8.3.5 | Output della progettazione e sviluppo | 22 |
| 8.3.6 | Modifiche della progettazione e sviluppo..... | 22 |
| 8.4 | Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno | 22 |
| 8.4.1 | Generalità | 22 |
| 8.4.2 | Tipo ed estensione del controllo | 22 |
| 8.4.3 | Informazioni ai fornitori esterni..... | 23 |
| 8.5 | Produzione ed erogazione dei servizi | 23 |
| 8.5.1 | Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi | 23 |
| 8.5.2 | Identificazione e rintracciabilità | 23 |
| 8.5.3 | Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni | 23 |
| 8.5.4 | Preservazione..... | 23 |
| 8.5.5 | Attività post-consegna | 23 |
| 8.5.6 | Controllo delle modifiche | 24 |
| 8.6 | Rilascio di prodotti e servizi | 24 |
| 8.7 | Controllo degli output non conformi | 24 |
| 8.7.1 | Identificazione e controllo degli output non conformi..... | 24 |
| 8.7.2 | Gestione delle informazioni documentate sugli output non conformi | 24 |
| 9 | VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI | 24 |
| 9.1 | Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione..... | 24 |
| 9.1.1 | Generalità | 24 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 9.1.2 | Soddisfazione del cliente | 25 |
| 9.1.3 | Analisi e valutazione | 25 |
| 9.2 | Audit interno..... | 26 |
| 9.2.2 | Audit interno: gestione | 26 |
| 9.3 | Riesame di direzione (Management review) | 26 |
| 9.3.1 | Generalità | 26 |
| 9.3.2 | Input al riesame di direzione..... | 26 |
| 9.3.3 | Output del riesame di direzione | 26 |
| 10 | MIGLIORAMENTO | 27 |
| 10.1 | Generalità (Miglioramento Continuo)..... | 27 |
| 10.2 | Non conformità e azioni correttive..... | 27 |
| 10.2.1 | Gestione delle non conformità | 27 |
| 10.2.2 | Informazioni documentate sulle non conformità | 27 |
| 10.3 | Miglioramento continuo..... | 27 |

1. Scopo e campo di applicazione

1.1 Questo manuale

Questo è il Manuale della Qualità del Laboratorio Prove Materiali (LPM) dell'Istituto Statale di Istruzione Superiore "Arturo Malignani" di Udine. Il Manuale è il documento di riferimento per il Sistema di Gestione per la Qualità del Laboratorio, e fornisce informazioni su:

- il Laboratorio, le sue risorse e la sua struttura organizzativa;
- le prove e gli altri servizi che il Laboratorio Prove Materiali è in grado di fornire;
- il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ);
- il contesto economico, culturale e sociale nel quale il Laboratorio opera
- le esigenze ed aspettative delle Parti Interessate, ed in particolare di allievi, docenti e personale dell'Istituto Malignani.

2 Riferimenti normativi

Questo Manuale della Qualità è conforme alle seguenti norme:

- Norme Tecniche per le Costruzioni (NTC 2008, D.M. 14 gennaio 2008)
- Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n.ro 7617/STC dell'8 settembre 2010
- per il Sistema di gestione per la Qualità SGQ: UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di Gestione per la Qualità: Requisiti
- per quanto attiene all'organizzazione generale e la gestione della struttura: UNI CEI EN ISO/IEC 17025/2005
- per quanto riguarda i principi di gestione di rischi e opportunità: ISO 31000 : 2009 Risk Management – Principles and Guidelines
- per la terminologia: UNI EN ISO 9000:2015 – Sistemi di Gestione per la Qualità: Fondamenti e Terminologia

L'assetto istituzionale è regolato dal Decreto Interministeriale 1 febbraio 2001, n. 44 (Regolamento concernente le "Istruzioni generali sulla gestione amministrativo-contabile delle istituzioni scolastiche")

3 Termini e Definizioni

3.1 Riferimenti

Termini e definizioni fanno riferimento alla norma ISO 9000:2015. In questa revisione del manuale e nelle altre informazioni documentate (Documenti e Registrazioni) facenti parte del Sistema di Gestione per la Qualità viene accettata anche parte della terminologia precedentemente adottata come da tabelle di transcodifica seguenti. La seconda tabella associa alcuni termini specifici di uso frequente nel Laboratorio alle definizioni generali utilizzati nelle norme di riferimento.

| Termine Preferenziale | Sinonimo accettato |
|---|---------------------------|
| Prodotti e Servizi | Prodotti |
| Informazioni Documentate | Documenti e Registrazioni |
| Ambiente per l'esecuzione dei processi | Ambiente di lavoro |
| Prodotti e servizi forniti dall'esterno | Prodotto approvvigionato |
| Fornitore esterno | Fornitore |

| Termine Specifico LPM | Termine generale di norma |
|------------------------------|----------------------------------|
| Il Laboratorio, LPM | L'Organizzazione |
| Prove (eseguite per terzi) | Prodotti e Servizi |

3.2 Abbreviazioni

Nel presente Manuale e nella documentazione di riferimento del SGQ sono usate anche descrizioni e codifiche definite nelle Schede delle Responsabilità.

4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 Il Laboratorio Prove Materiali e il suo contesto

4.1.1 Presentazione del Laboratorio

Il Laboratorio Prove Materiali dell'I.S.I.S. Arturo Malignani di Udine ha cominciato ad operare nel 1970; dal 1976 è stato autorizzato dal Ministero dei Lavori Pubblici ad effettuare prove sui materiali da costruzione ai sensi della Legge 1086/71; si è inoltre progressivamente attrezzato di apparecchiature per effettuare nuove prove e ha acquisito competenze sulle prove delle leghe di ferro, alluminio e rame, le prove di trazione su acciai normali e armonizzati, la determinazione dell'indice di aderenza delle barre ad aderenza migliorata, le analisi chimiche e metallografiche, l'analisi dei difetti e delle cause di rottura, le prove non distruttive, le prove meccaniche su componenti.

In questi ultimi 40 anni il Laboratorio Prove Materiali (LPM) del Malignani è stato un riferimento per le imprese e le aziende della provincia di Udine: è sempre esistito uno stretto legame tra il Laboratorio LPM del Malignani, la realtà industriale e la comunità tecnica del territorio; la presenza del Laboratorio ha inoltre permesso di sviluppare all'interno dell'Istituto la cultura tecnologica, sia tra gli allievi che tra i docenti e il personale tecnico.

Il Laboratorio è organizzato in un Ufficio e in due settori per le prove: meccanico, edile; nei due laboratori, anche fisicamente separati, vengono eseguite le prove di competenza; l'Ufficio mantiene in generale i rapporti con i clienti e provvede a tutte le operazioni legate all'emissione dei certificati delle prove e delle fatture, nonché alla predisposizione dei preventivi.

Responsabile del servizio e delle prove è il *Direttore del Laboratorio*; ciò sia nei confronti dell'Istituto Malignani che del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti; la struttura organizzativa del Laboratorio, che definisce i Responsabili di ciascuna delle Funzioni importanti, è descritta in sintesi nell' Organigramma.

Il Laboratorio ha sempre perseguito un approccio sistemico per processi della gestione dell'organizzazione al fine di accrescere la soddisfazione del cliente. Nell'esecuzione di tali processi vengono sempre rispettati i requisiti cogenti della normativa ed i requisiti del cliente stesso in un'ottica di miglioramento continuo. Tali processi sono stati formalizzati nel Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Laboratorio ha iniziato ad operare nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) a partire da 1997; il Sistema, successivamente è stato aggiornato alla norma UNI EN ISO 9001/2000, verificato e approvato dal Ministero delle Infrastrutture nel 2002 ed è attualmente aggiornato alla norma UNI EN ISO 9001/2008.

4.1.2 Descrizione del Laboratorio

Il Laboratorio è strutturato fisicamente come segue:

- L'Ufficio Prove Materiali, dove si svolgono le attività di accettazione prove, redazione rapporti, consegna dei certificati e tutte le attività connesse; l'Ufficio è situato presso l'ingresso dell'Istituto nella hall centrale a fianco della portineria ed è quindi agevolmente accessibile al pubblico;
- I Singoli Laboratori (Laboratorio Edile, Laboratorio Meccanico e Laboratorio Cicli) localizzati in diverse aree dell'Istituto;
- Altre aree di pertinenza del Laboratorio, come ad esempio Aree di deposito provini, Aree di preparazione provini etc. localizzate in diverse zone dell'Istituto in modo da consentire la massima funzionalità e accessibilità dei clienti quando necessario.

Le planimetrie dei locali utilizzati dal laboratorio, con l'indicazione delle apparecchiature fisse importanti sono parte della Documentazione di Sistema (vedi Elenco Documenti).

La superficie totale utilizzata dal laboratorio è di circa 450 m².

Il Laboratorio tiene sotto controllo l'accesso ai locali e le condizioni ambientali secondo la procedura DIR020.

4.1.3 Il contesto

Il Laboratorio opera in un contesto industriale e di mercato che si sta evolvendo molto più velocemente che nel passato. In particolare negli anni successivi al 2010 il tradizionale mercato delle prove obbligatorie ai sensi della Legge 1086 e relativi Decreti Attuativi, esemplificato dalla frase 'sei cubetti e nove ferri' (le prove obbligatorie minime prescritte dalla normativa), si sta contraendo a causa del rallentamento dell'industria delle costruzioni. Il 'mercato istituzionale' cui il Laboratorio intende comunque continuare a offrire un servizio qualificato, è caratterizzato da scarse costruzioni nuove, generalmente di modeste dimensioni, e da lavori di ristrutturazione poco remunerativi dal punto di vista delle prove. Questo mercato in contrazione quantitativa e qualitativa è inoltre conteso da

un nuovo competitor, che dal 2012 ha espanso la propria offerta dalle prove geotecniche alle prove su materiali.

A fronte di queste minacce appaiono nuove opportunità che il Laboratorio sta perseguendo:

- La progettazione ed esecuzione di prove non obbligatorie, quali le prove non standard su prodotti e materiali;
- Le prove su Cicli.

Nello sviluppo di queste nuove attività il Laboratorio fa tesoro le sue risorse caratterizzanti, ed in particolare di essere parte di un Istituto Tecnico storico e di grande prestigio, che molti dei suoi clienti riconoscono come la propria *alma mater*.

A sua volta, il Laboratorio contribuisce allo sviluppo tecnico e culturale dell'Istituto, offrendo con diverse modalità opportunità agli Allievi, ai Docenti, alla Comunità Tecnica ed al Territorio.

4.2 Esigenze e le aspettative della parti interessate

Le parti interessate sono:

- I clienti del Laboratorio, che a loro volta si possono dividere in
 - Clienti che richiedono prove obbligatorie ai sensi della Legge 1086 e relativi Decreti Attuativi;
 - Clienti che richiedono prove non-standard, tipicamente prove di tipo e/o di produzione su componenti e prodotti industriali di proprio progetto o prove di conformità su materiali da essi acquistati;
 - Clienti che richiedono prove su cicli.
- Il Ministero delle Infrastrutture (pubblica utilità etc.)
- L'Istituto Malignani
 - Parti interessate alla ricaduta didattica: allievi e docenti
 - Parti interessate alla ricaduta economica: Consiglio di Istituto, Dirigenza e Personale dell'Istituto.

4.3 Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

Il Sistema di Gestione per la Qualità descritto in questo manuale è applicato

- a tutte le attività previste dalla circolare n. 7617/STC del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti dell'8 settembre 2010: esecuzione e certificazione di prove sui materiali da costruzione di cui all'art 59 del D.P.R n.380/2001,
- alle prove non-standard,
- alle prove su cicli.

4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi

4.4.1 Adozione e attuazione del Sistema di gestione per la Qualità

Il Laboratorio ha stabilito ed attuato un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma di riferimento ISO 9001/2015 e opera con continuità per mantenerlo efficiente e migliorarne l'efficacia.

A tale scopo il Laboratorio:

- ha identificato i processi e le relative interazioni (vedi Mappa dei Processi)
- ha definito come ciascuno di questi processi debba essere gestito, facendo corrispondere a ciascun processo una o più procedure gestionali cui sono collegate le istruzioni operative e gli altri documenti opportuni (vedi Elenco Documenti);
- assicura la necessaria disponibilità di risorse (vedi sezione Gestione delle Risorse di questo manuale);
- tiene sotto controllo documenti e i processi, monitorandoli, misurandone le prestazioni ove possibile e analizzandoli in modo sistematico e registrando i dati rilevati (vedi sezione Misurazioni, analisi e miglioramento di questo Manuale);
- Adotta una politica di miglioramento continuo attuando le conseguenti azioni necessarie (vedi sezione Miglioramento)
- Il Laboratorio gestisce i rischi e le opportunità associati alla propria attività (vedi sezione Rischi e Opportunità, 6.1 di questo manuale)

4.4.2 Gestione delle informazioni documentate (documenti e registrazioni)

Il Laboratorio ha definito quali siano le informazioni documentate necessarie a supportare il funzionamento dei processi del laboratorio e dare fiducia nel fatto che essi siano condotti come pianificato. Le informazioni sono strutturate come segue:

- La Politica della Qualità
- Il Manuale della Qualità
- Le Procedure Gestionali
- Le Istruzioni operative
- Altri Documenti tra i quali in particolare:
 - l' Elenco dei Documenti
 - il Listino Integrato, contenente i Listini e gli elenchi delle prove effettuate dal Laboratorio
 - le Schede delle Responsabilità
 - la Mappa dei processi

Questi documenti vengono gestiti come descritto al paragrafo 7.5

5 LEADERSHIP

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Generalità: impegni del Dirigente e dei Direttori

5.1.1.1 Dichiarazione del Dirigente dell'Istituto

Il Dirigente dell'Istituto Arturo Malignani dichiara il proprio impegno nei riguardi del Sistema di Gestione del Laboratorio, ed in particolare:

- Esercita la propria leadership e responsabilità legale nei confronti di terzi e delle altre Parti Interessate;
- assicura la disponibilità delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi per la qualità (per quanto di propria competenza);

- delega al Direttore del Laboratorio l'autorità necessaria alla propria funzione di direzione del Laboratorio (in conformità a quanto previsto dalla Circolare Ministeriale di riferimento) ed in particolare ad attuare il Sistema di Gestione per la Qualità, come definito da questo Manuale e dai Documenti di livello inferiore ad esso collegati;

5.1.1.2 Dichiarazione del Direttore dei Servizi Generali Amministrativi dell'Istituto

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi dell'Istituto (DSGA) dichiara il proprio impegno nel collaborare con il Direttore del Laboratorio nell'efficace attuazione del Sistema Qualità e nel suo miglioramento continuo.

Il DSGA pertanto approva quanto definito in questo Manuale e negli altri documenti prescrittivi del Sistema Qualità per quanto attinente le proprie competenze.

In particolare il DSGA

- assicura la disponibilità delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi per la qualità;
- si impegna a fornire i Servizi generali e Amministrativi necessari al Laboratorio nei tempi e modi necessari, ovvero come definito da questo Manuale e associati documenti.

5.1.1.3 Dichiarazione del Direttore del Laboratorio Prove Materiali

Il Direttore del Laboratorio dichiara il proprio impegno nell'attuazione del SGQ e nel miglioramento continuo della sua efficacia. Allo scopo di evidenziare tale impegno il Direttore:

- comunica all'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti del cliente e quelli cogenti delle normative;
- stabilisce la Politica per la Qualità del Laboratorio in accordo con il Dirigente dell'Istituto;
- definisce gli Obiettivi per la Qualità in accordo con il Dirigente dell'Istituto, ne verifica periodicamente il raggiungimento e li aggiorna quando opportuno;
- garantisce l'efficienza del processo e ne conduce il riesame periodico (Riesame della Direzione);
- promuove la comprensione dei Processi e il risk-based-thinking nell'ambito del Laboratorio;
- comunica l'importanza del Sistema di Gestione e più in generale dell'attività del Laboratorio presso le Parti Interessate, in particolare l'Istituto.

5.1.2 Focalizzazione sul cliente

Il Direttore del Laboratorio assicura che i requisiti dei clienti siano definiti e soddisfatti, allo scopo di accrescere la soddisfazione dell'utente finale, del personale del laboratorio, del personale e degli allievi dell'istituto.

La soddisfazione dei clienti viene periodicamente monitorata come definito dalla procedura SIS 010 "Monitoraggio, misurazione ed analisi della soddisfazione del cliente".

5.2 Politica

5.2.1 Politica per la qualità

Vision

Il Laboratorio Prove Materiali vuole continuare a essere il partner tecnico di riferimento per i professionisti, per il settore delle costruzioni e per l'industria, contribuendo alla crescita dell'Istituto di cui è parte.

Mission

Il Laboratorio

- fornisce servizi di prova con precisione, affidabilità, e rispetto degli impegni;
- contribuisce a ideare e progettare le prove necessarie a qualificare il prodotto dei propri clienti;
- mette le proprie competenze a disposizione degli allievi, dei docenti e del personale dell'Istituto contribuendo alla sua crescita tecnica e culturale.

Impegno primario del Laboratorio è la soddisfazione dei propri clienti e delle altre parti interessate, nell'ambito del proprio ruolo istituzionale di "servizio di pubblica utilità", contribuendo a garantire il fondamentale diritto alla sicurezza all'intera comunità.

Per gestire l'organizzazione e promuoverne il miglioramento continuo la Direzione del Laboratorio ha deciso di implementare il Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001.

5.2.2 Comunicare la politica per la qualità

La Politica della Qualità è un documento pubblicato nell'Ufficio e nei locali di pertinenza del Laboratorio ed è accessibile via web all'indirizzo www.malignani.ud.it/LPM

La Direzione si impegna a comunicare la Politica, a promuoverne la comprensione e l'applicazione tramite incontri con il Personale e le altre Parti Interessate, attività di formazione, ed altri strumenti comunicativi adeguati.

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

L'attività del laboratorio è svolta da persone che hanno competenze e conoscenze tecnico-gestionali adeguate al raggiungimento dello standard qualitativo richiesto per le prove e per il servizio connesso.

Il Direttore del Laboratorio definisce responsabilità e autorità assegnate ai profili professionali necessari per l'attuazione dei processi mediante le Schede delle Responsabilità, che sono comunicate al momento dell'accettazione dell'incarico.

In particolare, il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità (RSGQ) ha la responsabilità di dare evidenza alla conformità e l'integrità del Sistema informando la Direzione di rischi e opportunità nel caso di modifiche.

Il Direttore del Laboratorio identifica il profilo richiesto nella valutazione di eventuali risorse da inserire nell'organico e gestisce un piano annuale di formazione allo scopo di sostenere il continuo aggiornamento del personale rispetto alle necessità presenti e potenziali.

Annualmente, in funzione degli obiettivi fissati per l'anno successivo, il Direttore del Laboratorio predispone un piano di formazione per coprire eventuali gap formativi e/o per sostenere il miglioramento e la crescita professionale delle persone.

6 PIANIFICAZIONE

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

6.1.1 Obiettivi delle azioni e coinvolgimento delle persone

Il Laboratorio considera i fattori di contesto e le esigenze delle parti interessate.

Fra i fattori di contesto vengono presi in considerazione sia fattori esterni (i clienti, il mercato) che fattori interni (l'Istituto nelle sue diverse articolazioni).

Le parti interessate sono non solo i clienti, ma anche docenti, allievi e personale dell'Istituto Malignani, di cui il Laboratorio è parte caratterizzante, e l'intera comunità, in quanto parte dell'attività del Laboratorio è di pubblica utilità perché contribuisce ad assicurare il diritto alla sicurezza di tutti.

In particolare, il coinvolgimento, la consapevolezza e la motivazione di tutte le persone dell'Istituto è elemento fondante per ottenere ed accrescere i risultati desiderati, migliorare il sistema e prevenire effetti indesiderati.

6.1.2 Formalizzazione delle azioni

Il Laboratorio pianifica le azioni per affrontare rischi e trarre vantaggio dalle opportunità, definendo le modalità di attuazione e valutazione di efficacia di tali azioni. In particolare il Laboratorio adotta ed attua un processo basato sulle seguenti fasi:

1. Definizione del contesto
2. Valutazione (assessment) dei Rischi e delle Opportunità
 - a. Identificazione
 - b. Analisi
 - c. Ponderazione (evaluation)
3. Gestione (treatment)

Questo processo viene adattato ai diversi livelli del Sistema di Gestione per la Qualità, dal livello strategico (per esempio Revisione di Direzione) a quello operativo (per esempio Audit dei Laboratori)

6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

6.2.1 Obiettivi per la qualità

Il Direttore del Laboratorio, in accordo con il Dirigente dell'Istituto, stabilisce gli obiettivi per la qualità e si impegna:

- a verificarli periodicamente e comunque in sede di riesame del Sistema Qualità, secondo specifica metodologia documentata;
- a renderli noti e condivisi da parte del personale del laboratorio mediante informazione e discussione in sedi formali e informali.

6.2.2 Pianificazione delle attività necessarie per conseguire gli obiettivi

La pianificazione stabilita dalla Direzione si concentra sulla definizione dei processi necessari per conseguire in modo efficace ed efficiente la conformità del servizio ai requisiti e del sistema alla norma di riferimento, la soddisfazione del cliente e delle altre parti interessate, il raggiungimento degli obiettivi per la qualità dell'organizzazione.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Vengono pianificate modifiche al Sistema di Gestione con diverse modalità ad esempio in sede di Riesame della Direzione, a seguito di audit, gestione di non conformità, cambiamenti di contesto (p.es. normativa). In tutti i casi il Laboratorio

- valuta le potenziali conseguenze delle modifiche
- mantiene l'integrità del sistema.

Il Dirigente Scolastico assicura la disponibilità di risorse e la delega della necessaria autorità per le modifiche di responsabilità necessarie.

7 SUPPORTO

7.1 Risorse

7.1.1 Generalità

Le Persone che attuano i Processi di Laboratorio si avvalgono di:

- Ambienti di lavoro: i Laboratori e in generale tutte le aree utilizzate per le attività del Laboratorio;
- Apparecchiature: gli strumenti utilizzati per le prove, la preparazione delle prove e in generale per le attività di Laboratorio, inclusi i *materiali di riferimento*;
- Servizi di supporto e software utilizzato per le attività di laboratorio, e in particolare per la Gestione della Qualità.

7.1.2 Persone

La Direzione del Laboratorio ha approvato ed attua la procedura DIR010 il cui scopo è assicurare che le persone che operano nel Laboratorio con incarichi che influenzano la conformità ai requisiti del servizio possiedano la competenza, la formazione, l'abilità e l'esperienza necessaria e che ciascuno sia consapevole di come le proprie attività contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di qualità.

A tale scopo il Direttore del Laboratorio redige le Schede delle Responsabilità che definiscono per ciascuna funzione quali siano le competenze richieste e le relative responsabilità. Egli mantiene (nel fascicolo personale) le registrazioni dell'istruzione, della formazione, addestramento, delle abilità e dell'esperienza, dei corsi di aggiornamento e delle esperienze sviluppate.

L'Organigramma, redatto coerentemente con le Schede delle Responsabilità, definisce la struttura organizzativa e del Laboratorio e, di conseguenza, l'autorità attribuita alle singole persone.

Registrazioni relative al curriculum ed alla formazione di ciascuno sono raccolti da ciascuno nel proprio Fascicolo Personale custodito dal Direttore; corsi e riunioni programmate nel Piano di Formazione e Addestramento redatto dal Direttore o autonomamente proposte dal personale vengono registrate e l'efficacia di tali attività

formative, ed anche dell'autoformazione effettuata dalle singole persone, viene successivamente valutata. Tale valutazione viene registrata.

7.1.3 Infrastruttura

Il Dirigente dell'Istituto, con la collaborazione del DSGA, assicura le disponibilità degli spazi di lavoro nell'Istituto. Assicura inoltre le risorse necessaria a rendere disponibili le apparecchiature necessarie al corretto svolgimento delle attività di prova e dei servizi di supporto (trasporto campioni, sistemi informativi e di comunicazione).

Il Direttore del Laboratorio assicura che tutte le apparecchiature siano idonee, adeguate all'uso e soggette a periodica manutenzione, controllate e tarate come definito dalla procedura LAB020.

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

I Singoli Laboratori, l'Ufficio ed in generale tutte le aree utilizzate per le attività del Laboratorio sono tenute sotto controllo in modo da garantire che:

- Le condizioni ambientali dei singoli laboratori siano conformi ai requisiti normativi con riferimento alle prove che in tali laboratori vengono di regola eseguite;
- Le condizioni ambientali siano conformi alle normative relative alla salute e alla sicurezza dell'ambiente di lavoro e facilitino l'esecuzione corretta delle prove e delle altre attività connesse;
- L'accesso ai locali sia controllato
- Gli ambienti vengano mantenuti in adeguate condizioni.

Per facilitare l'identificazione ed il controllo degli ambienti i laboratori e le aree utilizzate per le attività di laboratorio sono chiaramente contrassegnate da appositi cartelli.

Le modalità gestionali mediante le quali il Laboratorio garantisce queste condizioni sono descritte in dettaglio nella procedura gestionale DIR 020.

7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

7.1.5.1 Generalità

Le apparecchiature rilevanti sono per la maggior parte strumenti di misura soggetti a taratura, utilizzate per le prove. Tali apparecchiature sono tenute sotto controllo in modo da:

- garantire la sicurezza degli operatori (tutte le apparecchiature utilizzate sono state controllate e messe in sicurezza e registrate nel documento schede macchina);
- garantire che le apparecchiature impiegate nelle prove siano efficienti e tarate;
- evitare che apparecchiature non conformi possano essere erroneamente utilizzate quali conformi.

All'interno del laboratorio esistono due livelli di apparecchiature di misura (strumenti) indicate come:

- strumenti primari di taratura,
- strumenti di prova.

Gli strumenti primari di taratura sono strumenti non impiegati nell'esecuzione di prova e utilizzati per la verifica interna degli strumenti di prova. Per garantire lo standard

qualitativo, la Direzione del laboratorio ha dato indicazioni, quanto più possibile, di far ricorso a tarature esterne, possibilmente di Università o di costruttori delle apparecchiature stesse.

7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni

Gli strumenti di prova sono gestiti secondo la procedura LAB 020 che guida la gestione delle apparecchiature utilizzate mediante la gestione dei seguenti documenti:

- le schede macchina;
- il programma di manutenzione;
- il programma di taratura;
- il registro di manutenzione;
- le registrazioni delle tarature.

Al fine di assicurare non solo l'adeguatezza delle apparecchiature di prova, ma anche il rispetto dei requisiti di sicurezza, il Sistema gestisce anche attrezzature minori e ausiliarie alle attività di prova, indicando nella scheda macchina i criteri di classificazione e i responsabili della loro gestione per la eventuale taratura e per la manutenzione.

Ogni apparecchiatura di misura soggetta a taratura è contrassegnata con apposite chiare indicazioni che ne assicurano l'identificazione e la documentazione dello stato di taratura, minimizzando il rischio di utilizzazione di apparecchiature in stato di non conformità.

7.1.6 Conoscenza organizzativa

Il Laboratorio genera e mantiene conoscenza organizzativa, patrimonio immateriale ma fondamentale per la corretta, efficace ed efficiente gestione dei propri processi. La conoscenza organizzativa del Laboratorio è connessa ma distinta da quella delle Persone che in esso operano. In particolare, la conoscenza organizzativa del laboratorio può essere divisa in due classi:

- La conoscenza organizzativa *esplicita*, che fa riferimento ad informazioni documentate sia di origine interna (per esempio documenti e registrazioni di sistema qualità) che di origine esterna (per esempio norme tecniche);
- La conoscenza organizzativa *tacita*, generalmente patrimonio delle Persone, non formalizzata in informazioni documentate ma necessaria o utile alla gestione dei processi.

Il Laboratorio ha determinato i requisiti di conoscenza necessari ai propri processi, con diverse modalità formali (per esempio le schede delle Responsabilità che definiscono il livello di qualificazione delle persone) ed informali (per esempio l'affiancamento nel periodo iniziale di inserimento di una persona. Il Laboratorio attua azioni utili a rendere esplicita per quanto possibile anche la conoscenza tacita senza appesantirne la gestione formale, per esempio creando procedure e istruzioni descritte da videoregistrazioni.

7.2 Competenza

La procedura DIR 010 definisce i requisiti di qualificazione (per esempio titolo di studio o di abilitazione professionale) delle Persone che operano nel Laboratorio.

La competenza delle persone, intesa nel Laboratorio come autonomia e responsabilizzazione di ciascuno nel svolgere le proprie attività, viene supportata dalla Direzione del laboratorio sia in modo formale che informale, nel corso di tutte le attività di gestione (per esempio come azione correttiva qualora una non conformità dipendente da un deficit di competenza emerga a un audit).

7.3 Consapevolezza

La consapevolezza delle Persone che operano nel laboratorio viene supportata dalla Direzione del laboratorio con diverse modalità, sia informalmente durante le attività quotidiane di laboratorio (per esempio discutendo con le Persone gli effetti negativi di un errore in una singola attività) che in modo formale (per esempio riunioni del personale del Laboratorio).

7.4 Comunicazione

Per la comunicazione interna sono utilizzati i seguenti strumenti:

Riunioni Ufficiali, cui partecipano i componenti del Laboratorio Prove Materiali.

Comunicazione verbale di informazione, effettuata negli incontri quotidiani con gli addetti all'officina, laboratorio Meccanico e Laboratorio edile, per comunicare le esigenze di lavoro.

Bacheca dell'ufficio, dove vengono pubblicati i documenti di informazione generale.

Diffusione su supporto cartaceo e/o digitale attuata per il Manuale, Procedure e Istruzioni; la Normativa Tecnica; le Norme UNI; Altri documenti Tecnici; i documenti pubblici di Sistema.

Email, utilizzata per la comunicazione interna documentata, anche utilizzando le funzioni comunicative dell'email istituzionale di Istituto (per esempio gruppi, calendari).

La Direzione del Laboratorio attribuisce particolare importanza alla comunicazione verso le parti interessate esterne, ed in particolare:

- verso i clienti, sia informalmente in Ufficio, sia mediante documentazione tecnica ed illustrativa ad essi fornita, sia attraverso corsi formativi ad essi proposti
- verso gli allievi e docenti dell'Istituto, supportando attività didattiche (per esempio stage di studenti) e momenti di comunicazione formale ai docenti e agli organi collegiali.

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

Il Sistema di Gestione per la Qualità è descritto e supportato da informazioni documentate strutturate nei seguenti documenti

La **Politica per la Qualità**)

- **La Politica per la Qualità** (la cui gestione è stata illustrata al precedente punto 5.2)
- Il **Manuale della Qualità** (MQ) descrive la struttura organizzativa del Laboratorio e le relazioni che intercorrono tra le varie parti di essa, delineano le modalità di

gestione e le responsabilità nella predisposizione e nella attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità, formalizza le politiche e gli obiettivi stabiliti dalla Direzione per la conduzione aziendale per la qualità. Il MQ consiste in un unico documento strutturato in 10 sezioni (clauses) in analogia con la norma UNI EN ISO 9001:

Il Manuale della Qualità è un documento pubblico scaricabile dal sito web dell'Istituto. La revisione ed emissione di una nuova versione del Manuale Qualità è effettuata dal Direttore del Laboratorio in accordo con il Responsabile del Sistema di Gestione Qualità ed approvata da Dirigente Scolastico e DSGA prima dell'entrata in vigore.

Subito dopo l'approvazione del Manuale il RSGQ invia e-mail di comunicazione ai Responsabili di Funzione e provvede a renderlo accessibile anche via web.

L'elenco completo delle procedure, delle istruzioni operative e dei documenti collegati è disponibile nell' Elenco Documenti.

- Le **Procedure Gestionali e Operative** si applicano alle diverse attività del Laboratorio. Le procedure hanno inoltre lo scopo di identificare tutti i documenti utilizzati nelle diverse attività e specificarne le modalità di gestione. Le procedure sono documenti interni riservati che non possono essere trasmessi all'esterno dell'organizzazione senza autorizzazione scritta del Direttore. Tali documenti vengono redatti da RSGQ in conformità alla norma di riferimento e vengono verificati dai responsabili di funzione interessati e competenti per funzione per accertare la correttezza di quanto descritto e la conformità agli obiettivi e alle politiche definite dalla Direzione
- Le **Istruzioni Operative**, redatte per le attività a carattere tecnico. Possono essere predisposti documenti di supporto alle procedure operative con grado inferiore di formalizzazione che definiscono in modo dettagliato tutte le attività operative del Laboratorio che hanno influenza sulla qualità. Sono redatte con un diverso grado di dettaglio a seconda delle situazioni, della complessità del lavoro, delle prescrizioni tecniche previste dalle norme tecniche di prova e del livello di addestramento del personale coinvolto. Le Istruzioni Operative possono coincidere con la norma tecnica della prova quando la descrizione e i dettagli sono adeguati alla completa definizione ed esecuzione dell'attività di prova.
- Gli **Altri Documenti**, tra i quali l'Organigramma, Elenchi, Schemi, Schede, Planimetrie etc., a completamento e integrazione dei precedenti dai quali sono richiamati, redatti con l'obiettivo di completare e rendere più efficace la documentazione del Sistema.
- I **Documenti di origine esterna**, quali Norme, Circolari ministeriali, documentazione tecnica. Ciascun responsabile di funzione ha la responsabilità dell'acquisizione e della verifica dello stato di aggiornamento dei documenti di propria competenza, e in particolare delle norme applicate all'esecuzione delle prove.
- Le **Registrazioni**, informazioni documentate relative ad esempio alla formazione del personale, allo stato di taratura delle apparecchiature, agli audit interni, ed in generale quanto sia necessario a dare evidenza che i processi e i servizi offerti soddisfino i requisiti.

7.5.2 Creazione e aggiornamento

La creazione e aggiornamento della informazioni documentate (Documenti e Registrazioni) è regolamentata dalle Procedure DOC010 e INF010 e relative istruzioni operative.

La creazione e aggiornamento delle informazioni documentate prevede – rispettivamente per Documenti e Registrazioni - le seguenti attività:

Documenti

- ❖ redazione, approvazione e verifica;
- ❖ controllo delle modifiche;
- ❖ identificazione e regole di gestione dei documenti su supporto cartaceo o digitalizzati di origine esterna;

Registrazioni:

- ❖ Identificazione e formato
- ❖ Regole per la redazione e l'approvazione

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

7.5.3.1 Disponibilità e Protezione delle Informazioni Documentate

Il controllo della informazioni documentate (Documenti e Registrazioni) è regolamentato dalle Procedure DOC010 e INF010 e relative istruzioni operative.

La creazione e aggiornamento delle informazioni documentate prevede – rispettivamente per Documenti e Registrazioni - le seguenti attività:

Documenti

- ❖ gestione della distribuzione per assicurare la disponibilità del documento aggiornato nel luogo del suo utilizzo;
- ❖ protezione dei dati informatici rilevanti, backup;
- ❖ conservazione e rintracciabilità;

Registrazioni:

- ❖ accesso e protezione,
- ❖ archiviazione e reperibilità,
- ❖ conservazione,
- ❖ eliminazione.

7.5.3.2 Accesso e gestione

Le Procedure DOC010 e INF010 e relative istruzioni operative definiscono le modalità di accesso, utilizzo, conservazione e modifica delle informazioni documentate che vengono gestite ovunque possibile su supporto informatico.

8 ATTIVITA' OPERATIVE

8.1 Pianificazione e controllo operativi

Il laboratorio 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 il presente Manuale Qualità – risulta coerente con i requisiti degli altri 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, ispezione e prova 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 il laboratorio sia in condizione di soddisfare quanto richiesto dal cliente.

In allegato è disponibile la Mappa dei Processi che descrive l'insieme dei processi aziendali e le interazioni tra di essi.

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

8.2.1 Comunicazione con il cliente

Il Laboratorio attribuisce la massima importanza ad una efficace comunicazione con il cliente; allo scopo ha prodotto listini e informazioni disponibili all'ufficio accettazione, così come scaricabili dal sito internet mantenuto a cura del servizio informatico sotto il controllo del Direttore del Laboratorio.

Il Laboratorio risponde prontamente a reclami o a comunicazioni dei clienti precedenti o successive all'esecuzione delle prove. Le modalità di gestione dei reclami sono descritte nella procedura SIS030

8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

Il Laboratorio attua una politica di collaborazione con il Cliente nel definire le tipologie ed i requisiti delle prove da eseguire, quali ad esempio i tipi di prove più opportune per risolvere problemi specifici, fattibilità delle prove, norme di riferimento utilizzabili.

Il Laboratorio esegue le prove descritte nel Listino con riferimento a norme nazionali o internazionali, che valgono come definizione di requisito del servizio.

Le modalità di gestione dell'accettazione delle prove, comprese quelle relative alla accettazione dei materiali da sottoporre a prova e di consegna dei certificati sono definite dalla procedura UFF010 (processo: erogazione servizi di prova).

8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

8.2.3.1 Verifica e gestione dei requisiti

Qualora si renda necessario riesaminare i requisiti delle prove il Laboratorio effettua tale riesame secondo la procedura DIR030 in modo da garantire che i requisiti siano definiti e che il laboratorio sia in grado di eseguire le prove stesse in conformità a quanto richiesto.

8.2.3.2 Conservazione di riesame e requisiti

L'organizzazione conserva informazioni documentate del riesame e dei requisiti secondo quanto previsto dalla procedure DIR030 e dalle procedure generali relative alla gestione delle informazioni documentate.

8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi

L'organizzazione modifica le informazioni documentate del riesame e dei requisiti secondo quanto previsto dalla procedure DIR030 e dalle procedure generali relative alla gestione delle informazioni documentate. Ciascun Responsabile si occupa di aggiornare le informazioni documentate ed informare le Persone che operano sotto la sua responsabilità in caso di modifiche ai requisiti di propria competenza (per esempio norme tecniche specifiche). La Direzione si occupa di aggiornare le informazioni documentate e informare le Persone nel caso di modifiche di livello generale (per esempio circolari ministeriale o norme di carattere generale).

8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi

8.3.1 Generalità

Per progettazione si intende la realizzazione di nuove tipologie di prova da inserire a listino. È previsto che ciò avvenga:

- per prove supportate da norme nazionali o internazionali che determinano sia la modalità di prova, sia gli eventuali valori di accettabilità e/o di classificazione del prodotto, sia le apparecchiature e il loro grado di accuratezza;
- Per prove non-standard che richiedono progettazione specifica.

8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo

L'attività di progettazione viene gestita dal Direttore in fase di pre-accettazione. Il Direttore considera i singoli rilevanti fattori di contesto e interni attraverso l'utilizzo di apposita modulistica di pianificazione, individuando anche le interazioni tra le diverse funzioni coinvolte nello specifico caso, se necessario pianificando:

- riunioni tecniche;
- sopralluoghi e controlli in laboratorio ed
- ogni altra attività necessaria.

8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

Nuove prove possono essere richieste a seguito di cambiamenti legislativi, dall'emissione di nuove norme tecniche, dall'estensione del campo di attività del laboratorio verso nuovi settori di materiali. Possono esserci anche attività di variazione di prove esistenti per effetto di modifiche alle norme pubblicate con emissione di nuova norma e ritiro della precedente; in questi casi viene sviluppata un'attività di nuovo progetto e non di modifica.

8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo

Ogni progetto di nuova prova parte dalla definizione e documentazione dei requisiti, ne definisce le fasi di sviluppo (che includono riesame, verifica e validazione), le funzioni coinvolte, i tempi di realizzazione e le registrazioni. Nel caso di prove destinate a diventare standard la verifica e validazione può comprendere attività di interlaboratorio, ovvero collaborazione per validazioni incrociate con altri laboratori, eventualmente anche del Cliente.

La progettazione viene sviluppata ed eseguita sotto il diretto controllo del Direttore del Laboratorio. La registrazione comprende i dati di ingresso per la definizione dei requisiti, eventuali vincoli normativi e legislativi presenti e la parte di pianificazione con le fasi necessarie, le persone coinvolte e la registrazione delle attività sviluppate, comprese le fasi di riesame, verifica e validazione.

8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

Gli elementi in uscita dalla progettazione risultano essere l'elenco prove a listino a seguito della validazione finale e della progettazione come registrato nella scheda di progettazione

8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo

In caso di situazioni di modifiche di dettaglio, ovvero non di sostituzione delle norme esistenti con altre, ma di aggiornamenti su alcune specifiche, viene attivata azione di modifica rispettando la medesima procedura e il medesimo sistema di pianificazione e registrazione.

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

8.4.1 Generalità

Il Laboratorio utilizza i Servizi Generali e Amministrativi dell'Istituto (collaborando in particolare con DSGA e con il Responsabile dell'Ufficio Tecnico dell'Istituto) per acquisire i prodotti e servizi esterni necessari per l'esecuzione dei processi in modo da garantirne la conformità e da prevenire effetti negativi sulla qualità delle prove effettuate.

A tale scopo il Laboratorio, applicando la propria procedura APP010 e utilizzando le procedure e la modulistica di Istituto:

- Valuta e seleziona i fornitori delle apparecchiature e dei prodotti e servizi caratteristici e utilizza tali valutazioni allo scopo di ottenere forniture conformi e di prevenire problemi;
- Garantisce approvvigionamenti conformi nei tempi necessari coordinando l'esecuzione dei precedenti punti.

8.4.2 Tipo ed estensione del controllo

Il Laboratorio verifica la conformità dei prodotti e servizi approvvigionati al loro ricevimento o comunque prima del loro utilizzo, secondo quanto prescritto dalla procedura APP010. Nell'approvvigionamento di apparecchiature, le cui caratteristiche sono generalmente identificate dalle norme di prova, la verifica della conformità delle apparecchiature è effettuata contestualmente alla validazione del processo di prova. Nei materiali di consumo o comunque utilizzati all'interno dell'attività di prova la verifica di conformità avviene in accettazione.

8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

La Procedura APP010 definisce i requisiti dei prodotti e servizi caratteristici da acquistare e ne documenta l'individuazione nei documenti di acquisto, assicurando la necessaria chiarezza all'ordinativo.

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi

Il processo principale del laboratorio (erogazione servizi di prova) è costituito dai sottoprocessi di accettazione, esecuzione e certificazione, eseguiti e tenuti sotto controllo mediante l'attuazione delle procedure UFF010, LAB010, UFF020.

L'operatività dei laboratori si sviluppa attraverso modalità di prova nel pieno rispetto delle norme tecniche di riferimento, sia per l'accuratezza delle apparecchiature, sia per le procedure di esecuzione. Ogni processo di prova è verificato e validato prima del suo inserimento nel listino di prove e quindi offerto ai clienti. Identificazione, rintracciabilità e conservazione dei provini e delle prove.

8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

Le procedure UFF010, LAB010, UFF020 definiscono le modalità di identificazione e rintracciabilità dei provini e della documentazione di prova, dall'accettazione alla certificazione e successiva archiviazione.

8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni

Il laboratorio sviluppa attività di test su campioni/provini del committente gestendo quindi una proprietà del cliente. I provini vengono presi in carico e gestiti con la necessaria accuratezza, considerando la natura degli stessi.

Tutti i provini consegnati ed accettati vengono contrassegnati per identificazione e conservati nell'area di deposito protetta e chiusa all'accesso agli estranei, anche dell'Istituto ma non facenti parte del personale del Laboratorio.

Nei locali di prova il materiale è conservato a cura degli addetti dei rispettivi laboratori.

8.5.4 Preservazione

Tutto il materiale viene sempre mantenuto al riparo da agenti atmosferici e da qualsiasi situazione che possa deteriorare il materiale, dall'accettazione alla conservazione successiva all'effettuazione delle prove.

Dopo la prova i provini vengono collocati in apposita area, a disposizione del cliente per eventuali necessità di verifica per approfondimenti o contestazioni, dove vengono conservati per almeno 20 giorni dopo il termine del ciclo di prove

8.5.5 Attività post-consegna

All'atto della redazione del certificato di prova l'ufficio archivia la copia della documentazione rilasciata, con allegate le copie cartacee del rapporto di prova secondo

criteri di tracciabilità numerica delle prove, il registro di accettazione mantiene il riferimento riepilogativo tra numeri di sessione di prova e nominativo del cliente; viene conservata anche copia informatica del certificato di prova. In alternativa il certificato può essere emesso in modalità informatica (.pdf) con firma digitale e conservato garantendone l'integrità.

8.5.6 Controllo delle modifiche

Il Laboratorio assicura la continua conformità ai requisiti delle prove eseguite che sono sempre conformi alle norme di riferimento o a quelle concordate con il cliente. Eventuali diverse modalità di prova vengono discusse con il cliente in fase di progettazione o di revisione.

8.6 Rilascio di prodotti e servizi

I rapporti di prova, sottoscritti dal Responsabile del singolo Laboratorio dopo aver verificato la completezza operativa e formale delle registrazioni, vengono resi all'Ufficio che redige i certificati di prova e li mette a disposizione del cliente per il ritiro.

8.7 Controllo degli output non conformi

8.7.1 Identificazione e controllo degli output non conformi

Il Laboratorio opera in modo attivo e sistematico allo scopo di individuare, analizzare e risolvere tempestivamente le non conformità nei processi e nei documenti emessi, in modo da prevenire o comunque minimizzare gli eventuali problemi per i clienti.

A tale scopo tutto il personale viene responsabilizzato e formalmente impegnato nell'individuare situazioni di non conformità e risolverle direttamente se possibile o segnalarle alla Direzione quando non risolvibili localmente.

Le modalità di gestione delle non conformità individuate sono definite nella procedura SIS030.

8.7.2 Gestione delle informazioni documentate sugli output non conformi

La procedura SIS030 descrive le modalità di documentazione delle non conformità rilevate negli output delle prove (per esempio fogli di lavoro o certificati).

Le modalità di documentazione sono diverse, di regola su supporto informatico ma anche su supporto cartaceo quando tale modalità renda la gestione più efficace.

9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1 Generalità

Questo capitolo illustra i criteri e le modalità impiegate dal laboratorio per la pianificazione, gestione e attuazione delle attività di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento interni.

Queste attività sono state impostate con diverse finalità; tra le principali quella di verificare internamente e poter dare evidenza della conformità dei servizi e quella di misurare e analizzare gli "indici" (i dati indicatori) della conformità, dell'efficienza ed efficacia dei processi e del sistema di gestione della qualità impostato.

In seguito alle attività di misurazione e analisi è possibile, quando necessario o opportuno, intraprendere le misure di correzione necessarie o avviare le azioni di miglioramento continuo più efficaci.

RSGQ ha il compito di coordinare l'attività nel rispetto delle procedure, di conservare per tempi stabiliti le registrazioni prodotte e di sintetizzarne i risultati e l'esito per agevolare l'attività di Riesame compiuto dalla direzione sull'intero sistema qualità.

9.1.2 Soddisfazione del cliente

Il laboratorio LPM compie un monitoraggio in merito alle informazioni relative alla percezione del cliente sul grado di conformità e adeguatezza delle proprie prove e del servizio reso.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione dei clienti si basano sul riesame delle informazioni raccolte o elaborate internamente relative ai clienti. A tale scopo:

- sono state individuate le fonti di informazione, interne ed esterne, relative al cliente;
- sono stati stabiliti i processi per raccogliere, analizzare e utilizzare queste informazioni al fine di migliorare le prestazioni dell'organizzazione;
- vengono operate raccolte di informazioni coordinate sul cliente (feedback dei clienti e reclami cliente).

Le informazioni registrate fornite dai clienti in merito al loro grado di soddisfazione sull'operato del laboratorio LPM vengono prese in considerazione e valutate durante l'attività di Riesame del sistema da parte della Direzione, generando – quando opportuno – eventuali azioni correttive o preventive

Questo monitoraggio viene gestito come una delle misure delle prestazioni del sistema di gestione per la qualità ed è definito nella procedura SIS010.

9.1.3 Analisi e valutazione

Il sistema di gestione della qualità impostato prevede la raccolta, la registrazione e l'analisi di dati appropriati per verificare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità e per individuare le necessità e opportunità di interventi di miglioramento continuo del sistema.

Questi dati, formalizzati nei documenti di registrazione della qualità, derivano principalmente dalle attività di misura e monitoraggio interne e sono le unità di base sulla quale costruire il miglioramento del sistema qualità.

Con periodicità prefissata RSGQ si accinge ad un'analisi dello stato della qualità verificando e riepilogando i dati raccolti per fornire alla Direzione uno strumento di sintesi per la valutazione generale sul sistema, sulla conformità dei prodotti e dei processi, sui fornitori.

L'analisi dei dati fornisce principalmente informazioni in merito a:

- soddisfazione dei clienti;
- conformità ai requisiti del prodotto;
- caratteristiche e andamento dei processi e dei servizi, incluse le opportunità per azioni preventive;
- i fornitori limitatamente a quelli che hanno influenza sulla qualità del servizio di prova.

La Direzione con l'attività di Riesame valuta i risultati ottenuti, li confronta con quanto pianificato, con gli obiettivi e la politica della qualità e stabilisce gli interventi correttivi da

avviare; in seguito a ciò stabilisce i nuovi obiettivi e verifica l'opportunità di programmi di miglioramento del proprio sistema per adeguarlo ai propositi identificati.

9.2 Audit interno

9.2.1 Audit interno: obiettivi

Il Laboratorio effettua in modo sistematico audit interni per verificare se il Sistema Qualità:

- sia conforme alle norme di riferimento;
- sia attuato conformemente a quanto pianificato in questo manuale e nei documenti di livello inferiore del Sistema;
- sia efficace con riferimento agli obiettivi definiti.

9.2.2 Audit interno: gestione

Il Direttore del Laboratorio in collaborazione con il Responsabile Sistema Gestione Qualità redige il Piano degli Audit e definisce il programma di audit in funzione dello stato e dell'importanza dei processi e delle aree da sottoporre ad audit, la cui esecuzione viene gestita dal RSGQ che può utilizzare personale esterno qualificato. L'attività di audit può essere eseguita anche da personale interno, se qualificato, assicurando però che venga esclusa ogni attività di verifica a processi sviluppati sotto la responsabilità dell'auditor. La procedura gestionale di riferimento per gli audit interni è SIS020.

9.3 Riesame di direzione (Management review)

9.3.1 Generalità

Il Direttore del Laboratorio effettua con cadenza almeno annuale il Riesame del Sistema, per l'identificazione dei processi da monitorare, l'individuazione degli indicatori, la definizione degli obiettivi di periodo e la valutazione dei risultati raggiunti

9.3.2 Input al riesame di direzione

Come elementi di ingresso per il riesame di direzione vengono utilizzate le informazioni Riguardanti:

- a) risultati degli audit;
- b) informazioni di ritorno del cliente;
- c) prestazioni del processo e conformità del prodotto/servizio offerto;
- d) stato delle azioni preventive e correttive;
- e) azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
- f) modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione per la qualità;
- g) le raccomandazioni per il miglioramento;
- h) relazione annuale sulla qualità;
- i) valutazione e riqualificazione dei fornitori.

9.3.3 Output del riesame di direzione

Gli elementi in uscita dal riesame di direzione comprendono azioni mirate:

- a) al miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità e dei relativi processi;
- b) al miglioramento del prodotto in relazione ai requisiti del cliente;
- c) alle esigenze di risorse.

10 MIGLIORAMENTO

10.1 Generalità (Miglioramento Continuo)

Il Laboratorio intende migliorare con continuità l'efficacia del proprio sistema di gestione per la qualità nell'adempimento di quanto previsto dalla norma di riferimento, dalla propria politica della qualità e dalle prescrizioni interne.

Per perseguire questo obiettivo ha adottato diversi strumenti e tecniche tra i quali:

- l'analisi e la valutazione degli indici, delle registrazioni, dei dati e delle informazioni sulla situazione e l'andamento della qualità;
- la valutazione dei risultati degli audit;
- l'efficacia e l'analisi delle azioni correttive e preventive;
- la valutazione della soddisfazione del cliente;
- i riesami del sistema da parte della Direzione.

10.2 Non conformità e azioni correttive

10.2.1 Gestione delle non conformità

Il Laboratorio, allo scopo di migliorare con continuità il livello di qualità nel perseguimento degli obiettivi definiti nel presente manuale pianifica e attua:

- azioni correttive per la risoluzione delle non conformità individuate internamente ed esternamente;
- azioni preventive per la prevenzione delle non conformità potenziali.

La procedura di riferimento è la SIS040 e definisce le modalità di:

- riesame delle non conformità e di determinazione delle non conformità potenziali;
- individuazione delle cause;
- valutazione dell'esigenza di attivare apposite azioni per assicurare che le non conformità non si ripetano o, per le non conformità potenziali, evitare il loro verificarsi;
- determinazione e implementazione delle azioni necessarie;
- registrazione dei risultati delle azioni intraprese;
- esame dell'efficacia delle azioni effettuate.

10.2.2 Informazioni documentate sulle non conformità

La procedura SIS030 descrive le modalità di documentazione delle non conformità rilevate nella varie fasi del processo.

Le modalità di documentazione sono diverse, di regola su supporto informatico ma anche su supporto cartaceo quando tale modalità renda la gestione più efficace.

10.3 Miglioramento continuo

I risultati delle azioni di miglioramento continuo avviate vengono periodicamente riesaminati per accertarne l'efficacia e per individuare ulteriori opportunità di miglioramento, rendendo così il miglioramento un'attività continua.

Ad ogni Riesame del sistema, la Direzione ratifica la politica per la qualità stabilita, accertandone la validità nel tempo e aggiornandola alla situazione aziendale; in questa stessa occasione vengono riconfermati o aggiornati gli obiettivi di qualità stabiliti per il precedente periodo.

Gli audit interni sono ritenuti i mezzi più adeguati per individuare le opportunità e gli spazi di miglioramento e le azioni correttive e preventive gli strumenti per mettere in pratica le operazioni di perfezionamento e ottimizzazione.