

ANIDRA

INDIRIZZO LOCALITÀ CASALI DI STIBIVERI SNC - 16041 BORZONASCA GE

TEL. 0185 1835737 FAX 010 8935731

E.MAIL INFO@CENTROANIDRA.IT

MANUALE QUALITÀ

UNI EN ISO 9001:2015

REVISIONE **01**

DEL **07 DICEMBRE 2017**

MANUALE DELLA QUALITÀ

UNI EN ISO 9001:2015

Revisione 01 del 07/12/2017

UPI ANIDRA APS

STATO DEL MANUALE LISTA DELLE REVISIONI

REVISIONE	PARAGRAFO E PAGINA	DESCRIZIONE MODIFICHE
01	--	Prima emissione

Revisione Manuale	Redazione RdD	Autorizzazione all'emissione per la D.G.
Rev. : 01 Data : 7 dicembre 2017		

COPIA

CONTROLLATA

DESTINATARIO

CONTROLLATA N°_1_____

DESTINATARIO _____

MANUALE DELLA QUALITÀ

UNI EN ISO 9001:2015

Revisione 01 del 07/12/2017

UPI ANIDRA APS

INTRODUZIONE

Il presente Manuale della Qualità viene redatto ed emesso allo scopo di definire, descrivere e regolamentare tutte le attività necessarie per implementare un efficace Sistema di gestione per la qualità e accreditamento in accordo alla norma UNI EN ISO 9001:2015 all'interno della società.

Il Sistema di gestione per la qualità e accreditamento rappresenta per la Direzione una regola ed una convinzione per condurre e gestire la propria società, mirando al miglioramento progressivo a lungo termine delle prestazioni, concentrando l'attenzione ai Clienti ma tenendo conto delle esigenze di tutte le parti interessate.

Il Manuale della Qualità viene redatto dal RdD ed approvato dalla Direzione.

L'approvazione da parte della Direzione rappresenta l'impegno da parte della stessa di attuare e migliorare il sistema di gestione per la qualità e accreditamento all'interno della società.

La verifica e l'approvazione viene effettuata attraverso la firma del RdD e della DG.

CAPITOLO 1 PRESENTAZIONE

1.1 ANIDRA

Nasce nel 2010 come società di servizi per supportare le aziende ed i singoli associati dell'associazione **UPI Anidra APS** nella creazione gestione e miglioramento delle proprie attività nell'ottica del rispetto della legislazione vigente e cogente nazionale e comunitaria.

La Sede della società è in:

Indirizzo Località Casali di Stibiveri snc – Borzonasca GE

Codice fiscale

CF 01583350515

I riferimenti per i contatti sono:

Telefono: 0185 1835737

E mail:

Web:

Gli uffici della società sono aperti:

da lunedì a venerdì

dalle ore 9.00 alle ore 13.00;

1.1.1 Il settore di attività

Progettazione ed erogazione di servizi formativi alle persone ed alle aziende

Promozione Sociale

1.2 Scopo e campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento

1.2.1 Il presente Manuale descrive il Sistema di gestione per la qualità e accreditamento (SGQA) con cui attivare e tenere sotto controllo i vari processi di realizzazione dei servizi.

Il Manuale persegue inoltre i seguenti obiettivi:

Fornire all'Organismo di certificazione ed ai Clienti elementi sufficienti per effettuare una prima valutazione "formale" del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento predisposto dalla società in conformità alle norme UNI EN ISO 9001:2015.

Fornire ai propri collaboratori uno strumento utile per comprendere il Sistema di Gestione predisposto dalla società.

Integrare i requisiti destinati all'organizzazione con quelli vigenti e cogenti.

1.2.2 Campo di applicazione del SGQA:

Progettazione ed erogazione di corsi di formazione professionale

Il Sistema di gestione per la qualità e accreditamento descritto nel presente Manuale è lo strumento base della Direzione per realizzare la "POLITICA PER LA QUALITÀ" della società, finalizzata alla completa soddisfazione del cliente (v. Cap. 5, § 5.2 e 5.3), al rispetto della sicurezza ed alla dimostrabile capacità di fornire servizi conformi alle prescrizioni legali.

1.2.3 Applicazione di manuale e procedure:

Il presente documento completo di Procedure Gestionali, Istruzioni di Lavoro, modulistica ed allegati, si applica alla società nel suo insieme nei riferimenti di cui al punto 1.1, alle sue filiali periferiche e distaccamenti territoriali, alle società ed ai professionisti che operano per conto e per nome della società, con servizi e metodologie validate dalla società, su docenze e servizi affini aventi per oggetto know-how valutato dalla società, per quanto applicabile.

1.2.4 Processi in outsourcing:

N/A

CAPITOLO 2 RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1 Per il sistema qualità e per le attività di erogazione dei servizi:

Quelli indicati e regolarmente tenuti sotto controllo nel loro aggiornamento e distribuzione nell'allegato "mod 01.01 Lista di distribuzione documenti" alla "PG 01 Tenuta sotto controllo dei documenti"

**CAPITOLO 3
TERMINI E DEFINIZIONI**

Per quanto riguarda il presente Manuale, vale la terminologia della norma UNI EN ISO 9001:2005 citata al Cap. 2, § 2.1. e le seguenti.

Istruzioni di Lavoro	Documenti a livello informativo/descrittivo. Esse definiscono nei dettagli come si svolgono i processi descritti nel Manuale. Le Istruzioni di Lavoro sono documenti interni alla società e sono di supporto al Manuale.
Specifiche	Documenti che stabiliscono i requisiti di un prodotto/processo/servizio.
Leggi/Decreti	Sono documenti prescrittivi delle autorità competenti cui l'azienda si deve attenere nello svolgimento delle attività.
Normative e Regolamenti	Le Normative e i Regolamenti sono i documenti tecnici prescrittivi cui l'azienda si deve attenere nello svolgimento delle loro attività, sono raccolte in dossier e aggiornati a cura di RGQ su informazioni recepite da produttori, consulenti e professionisti, articoli della stampa specializzata.
Documenti tecnico-amministrativi	Documentazione inerente alle attività d'apertura delle commesse di lavoro, di riesame del contratto, d'approvvigionamento di servizi.
Doc. di registrazione	Documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.
Responsabile	Persona alla qual è affidata la conduzione di una Funzione o di un processo aziendale.
Organigramma	Struttura organizzativa della società. Esso definisce le interfacce reciproche e le dipendenze operative tra le varie Funzioni interne e la Direzione.
Addestramento	Acquisizione, mantenimento e miglioramento nel tempo di un'adeguata preparazione in termini di competenza/ conoscenza nell'ambito delle singole attività professionali ed in funzione dell'evoluzione tecnologica dei prodotti, dei servizi e dei mercati.
Formazione	Acquisizione, mantenimento e miglioramento nel tempo di un'adeguata preparazione ai fini di indurre nuove e/o migliori capacità gestionali e comportamentali all'interno della società
Pianificazione	Programmazione dell'attività specifica per ottenere in coerenza con gli obiettivi della politica per la qualità e ambiente, l'erogazione del servizio con il soddisfacimento dei requisiti del cliente e quelli cogenti.
Richiesta di fruizione dello scopo sociale	Analisi di fattibilità tecnica ed economica relativa alla realizzazione dell'attività richiesta, effettuata allo scopo di prevenire i costi delle lavorazioni richieste.
Valutazione	Esame sistematico per determinare in quale misura il fornitore è capace di soddisfare i requisiti richiesti
Monitoraggio	Controllo continuo delle condizioni: - operative e di servizio erogati dalla società al cliente - tempistica e qualità delle forniture - adeguatezza ed attuazione del SGQ.
Azione correttiva	Un intervento da effettuare quando i risultati del controllo evidenziano un superamento dei valori di attenzione o di intervento al fine di riprendere il controllo del processo
Diagramma di flusso	Rappresentazione grafica delle fasi del processo
Verifica	Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, del soddisfacimento di requisiti specifici.
Validazione	Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti relativi ad una specifica utilizzazione o applicazione prevista sono stati soddisfatti.
Evidenza oggettiva	Dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.
Miglioramento continuo	Processo ricorrente di accrescimento del sistema di gestione ambientale per ottenere miglioramenti della prestazione ambientale complessiva coerentemente con la politica ambientale dell'organizzazione

3.1 Sigle e abbreviazioni

SGQA	Sistema gestione per la qualità e accreditamento
MQ	Manuale Qualità
PG	Procedure Gestionali
IL	Istruzioni di Lavoro
NC	Non conformità
AC	Richiesta di Azione correttiva
AP	Richiesta di Azione preventiva
AUD	Audit Interne
REC	Reclamo

DIR	Direzione Generale / Didattica
RdD	Rappresentante della Direzione (Presidente)
RdA	Responsabile Accreditamento
RGQ	Responsabile Gestione Qualità
RGQ	Responsabile Gestione Qualità
AMM	Responsabile Amministrazione
RS	Responsabile Segreteria
RAF	Responsabile Analisi dei fabbisogni
RCO	Responsabile Corsi
ACQ	Responsabile Acquisti
COM	Responsabile Commerciale

RTD	Responsabile del trattamento dei dati
ITD	Incaricati al trattamento dei dati

RSPP	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
ASPP	Addetto Servizio Prevenzione e Protezione
AI	Addetto Antincendio
PS	Addetto primo soccorso
SAI	Squadra Anti Incendio
SPS	Squadra Primo Soccorso
DS	Medico Competente

CAPITOLO 4

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ e ACCREDITAMENTO

4.1 Requisiti generali

4.1.1 Il Sistema di gestione per la qualità e accreditamento descritto nel presente Manuale assicura la corretta gestione dei processi, in ottica di efficace ed efficiente gestione aziendale, nel rispetto dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il Sistema di gestione per la qualità e accreditamento, messo in atto dall'organizzazione, permette di individuare i processi che impattano sulla funzionalità della società, di identificarli e stabilire il corretto flusso (sequenza) degli stessi e delle interazione tra i singoli processi.

Sono, inoltre, definiti i controlli o gli indicatori per tenere sotto controllo i processi stessi assicurando un idoneo flusso di informazioni.

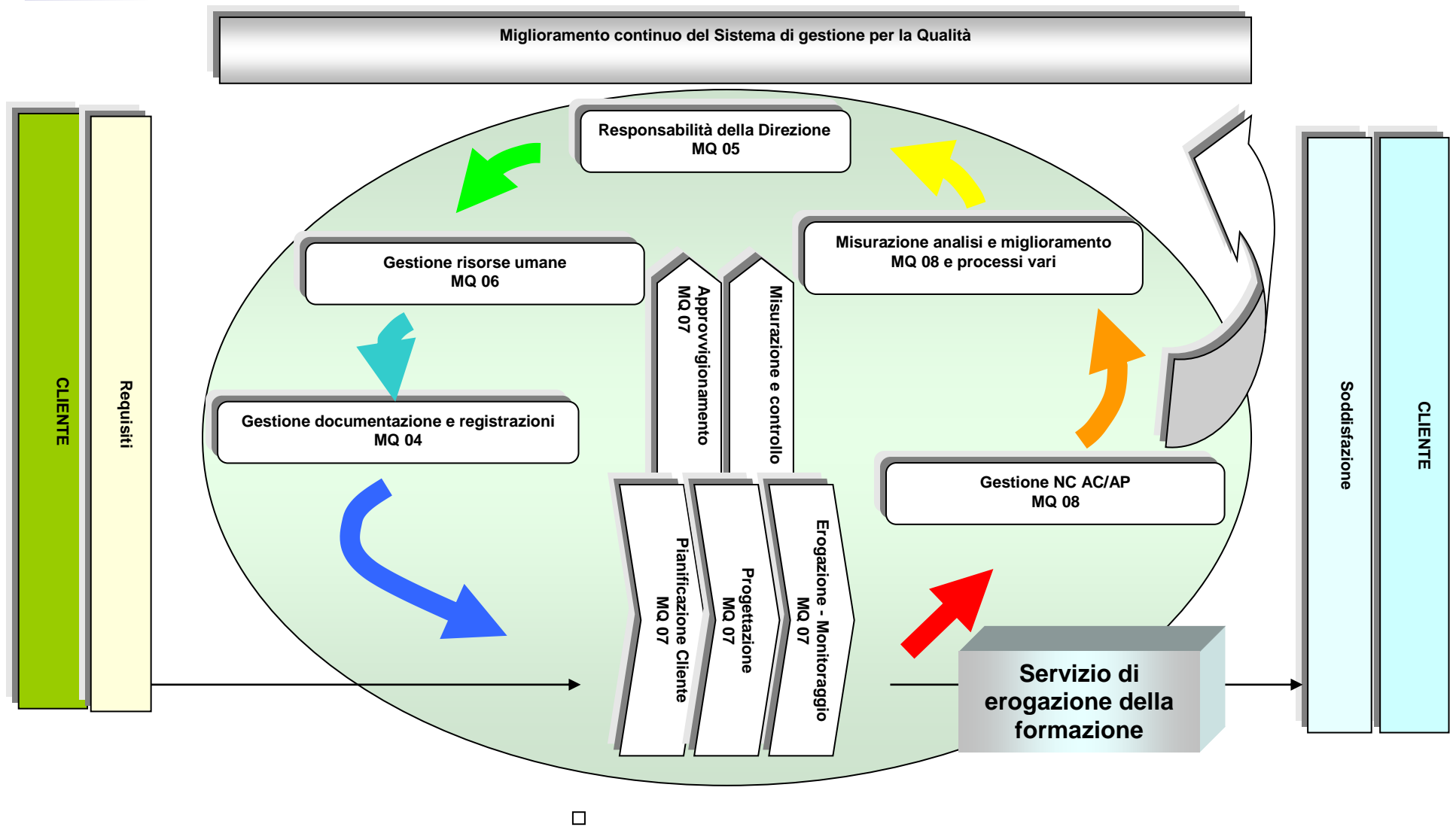
I risultati del monitoraggio sono analizzati per permettere di attuare le azioni necessarie per conseguire i risultati previsti ed il miglioramento continuativo.

Nella pagina seguente viene esplicitato il flusso del miglioramento continuo

MANUALE DELLA QUALITÀ

UNI EN ISO 9001:2015

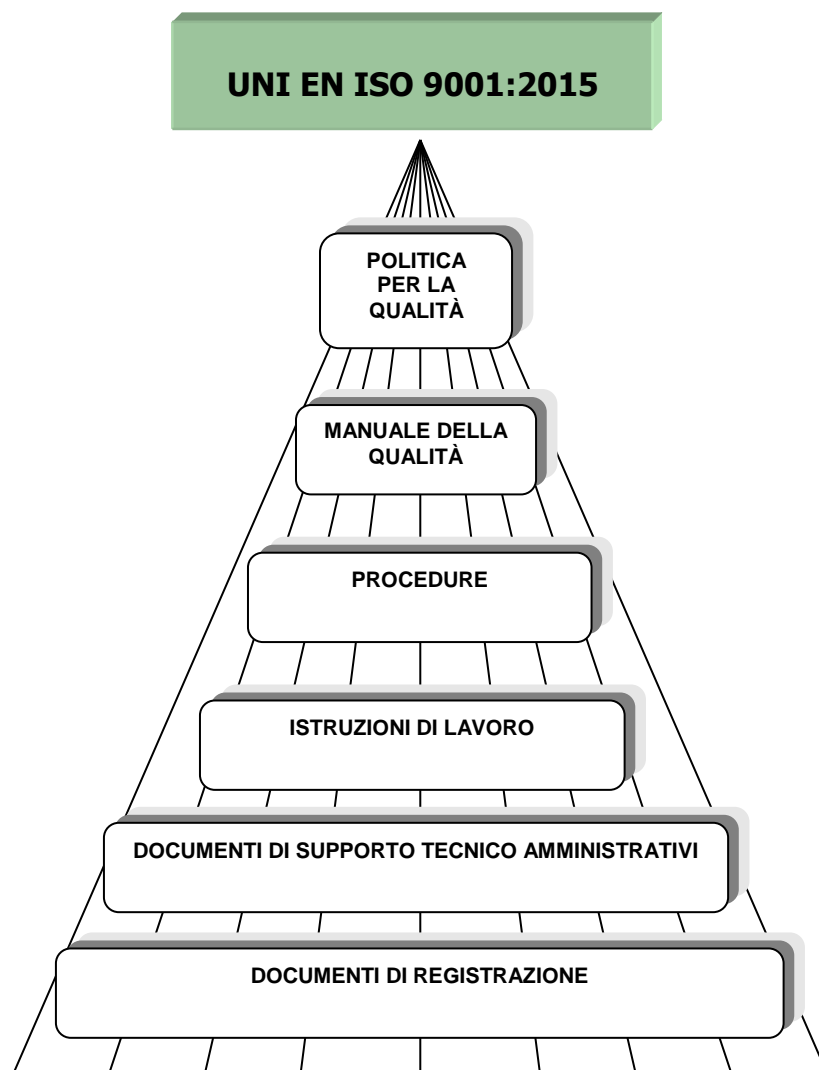
Revisione 01 del 07/12/2017



4.2 Requisiti generali relativi alla documentazione

4.2.1 La struttura della documentazione necessaria per gestire i processi del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento (SGQA) è articolata nei livelli seguenti:

- 1° livello: Politica per la Qualità
- 2° livello: Manuale della Qualità
- 3° livello: Procedure
- 4° livello: Istruzioni di Lavoro
- 5° livello: Documenti di supporto tecnici e amministrativi
- 6° livello: Documenti di registrazione



A tale documentazione si aggiunge la **politica per la qualità (All. 01)**, e gli **obiettivi, traguardi e programmi** (strategici e di miglioramento) dell'azienda, formalizzati ed attuati attraverso i Piani di miglioramento (vedi § 4.1).

Tale documentazione, correttamente implementata nelle prassi della società, costituisce l'evidenza oggettiva della operatività del SGQ.

Il Manuale Qualità (MQ), le Procedure, le Istruzioni di Lavoro sono a disposizione del personale in appositi dossier secondo le esigenze ed attività aziendali.

Tali documenti di sistema sono mantenuti aggiornati a cura di RGQ.

La modulistica è distribuita in Azienda da RGQ in relazione alle esigenze d'utilizzo.

Chi riceve i documenti ha la responsabilità di distruggere tutte le copie superate al ricevimento dell'ultima revisione valida. RGQ conserva solo gli originali, identificandoli con la scritta «SUPERATI» (o ANNULLATI) e conservandoli nel proprio archivio per mantenere la traccia delle modifiche.

Tutto il personale della società può proporre cambiamenti ai documenti del SGQ contattando RGQ.

Limitatamente al MQ e alle Procedure, la natura dell'ultima modifica è descritta nella prima pagina del documento (la seconda per il MQ) ed il periodo del testo modificato è evidenziato con una linea nera verticale a destra della pagina. A seguito dell'approvazione della modifica da parte del DIR, i documenti vengono riemessi seguendo l'iter della prima emissione modificando gli indici di revisione.

La modifica di una pagina comporta la modifica dell'intero documento, che è distribuito in sostituzione del precedente con le stesse modalità adottate per il documento superato. I documenti superati sono distrutti a cura dei destinatari. Nel caso sia necessario fotocopiare parti di norme o di documenti esterni, al fine di divulgarli nelle aree operative, tali documenti saranno identificati da RGQ con la dicitura "COPIA USO INTERNO" (per evitare le sanzioni sul copyright).



Tutta la documentazione è redatta garantendo la conformità ai criteri delle norme ISO 9001:2015.

Le modalità descritte per il controllo dei documenti interni si applicano anche a quelli d'origine esterna. Tali documenti sono raccolti da RGQ e dal COM in appositi dossier e sono resi disponibili negli archivi della società per l'espletamento delle proprie attività.

I documenti vengono aggiornati sostituendo alle vecchie, le nuove revisioni.

4.2.2 Manuale della Qualità (MQ)

È il documento che enuncia la politica per la qualità, descrive la struttura organizzativa e riassume le procedure di effettuazione dei singoli processi aziendali con le relative interazioni, responsabilità e modalità di controllo/registrazione. È un documento a livello prescrittivo/ riassuntivo ed è rivolto sia all'interno dell'Azienda che all'esterno (Clienti e/o Enti di controllo/certificazione). Il Manuale è preparato dalla Funzione Responsabile Gestione Qualità (RGQ), verificato e approvato dalla DG nell'apposito spazio a pag. 2. Il Manuale può essere distribuito come :

-  Copia controllata: deve essere tenuta aggiornata dal destinatario su segnalazione e trasmissione di documenti da parte RGQ; l'elenco aggiornato degli Enti interni ed esterni ai quali sono state distribuite copie controllate del Manuale è conservato dall'RGQ;
-  Copia non controllata: distribuita a solo scopo informativo per cui non è richiesto l'aggiornamento e il controllo sulla distribuzione.

Le copie controllate del Manuale sono identificate, a pag.2 del presente manuale, dal numero di copia e dal nome del destinatario.

Il Manuale viene revisionato completamente nel caso di cambiamenti organizzativi e/o di procedure e/o di normativa applicabile. Tali revisioni sono emesse da RGQ e approvate come per la prima emissione. Tutte le revisioni hanno in pag. 2 l'indicazione sintetica delle motivazioni della revisione. Copia dei documenti superati sono identificati come tali e conservati a cura di RGQ. La modifica di una sola pagina del Manuale determina la revisione dell'intero Manuale.

Le procedure di supporto al Manuale della qualità sono qui di seguito elencate.

Elenco delle procedure gestionali				
SIGLA	Descrizione	Rif UNI EN ISO 9001:2015	Redazione e verifica	Approvazione
PG-01	Tenuta sotto controllo dei documenti e dei dati	7.5	RGQ	DG
PG-02	Audit Interni	9.2	RGQ	DG
PG-03	Tenuta sotto controllo dei servizi non conformi	10.2	RGQ	DG
PG-04	Azioni Correttive e Azioni Preventive	10.2	RGQ	DG
PG-05	Tenuta sotto controllo delle registrazioni della qualità	7.5	RGQ	DG

Elenco Allegati al presente MQ				
SIGLA	Descrizione	Rif UNI EN ISO 9001:2015	Redazione e verifica	Approvazione
All 01	Politica per la qualità	5.3	RGQ	DG
All 02	Organigramma	7.1.2	RGQ	DG
All 03	Elenco Procedure e Processi	6.1	RGQ	DG
All 04	Mansionario	7.1	RGQ	DG
All 05	Matrice delle responsabilità	7.1.2.	RGQ	DG
All 06	Tabella delle Polivalenze	7.1.2.	RGQ	DG

4.2.3 Gestione dei documenti

Il processo di gestione dei documenti del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento (SGQA) è governato dalla procedura: PG-01 "Tenuta sotto controllo dei documenti"

Le **Procedure Gestionali** sono documenti che prescrivono le modalità di effettuazione e di controllo dei processi assegnando le responsabilità delle singole attività/interazioni con le evidenze oggettive da documentare e conservare. Sono documenti a livello prescrittivo/gestionale, di supporto al MQ e preparati per uso interno all'Azienda.

Le **Istruzioni di lavoro** descrivono in dettaglio le modalità di esecuzione di attività circoscritte. Sono documenti a livello prescrittivo/descrittivo, di supporto alle procedure e preparati per uso interno all'Azienda.

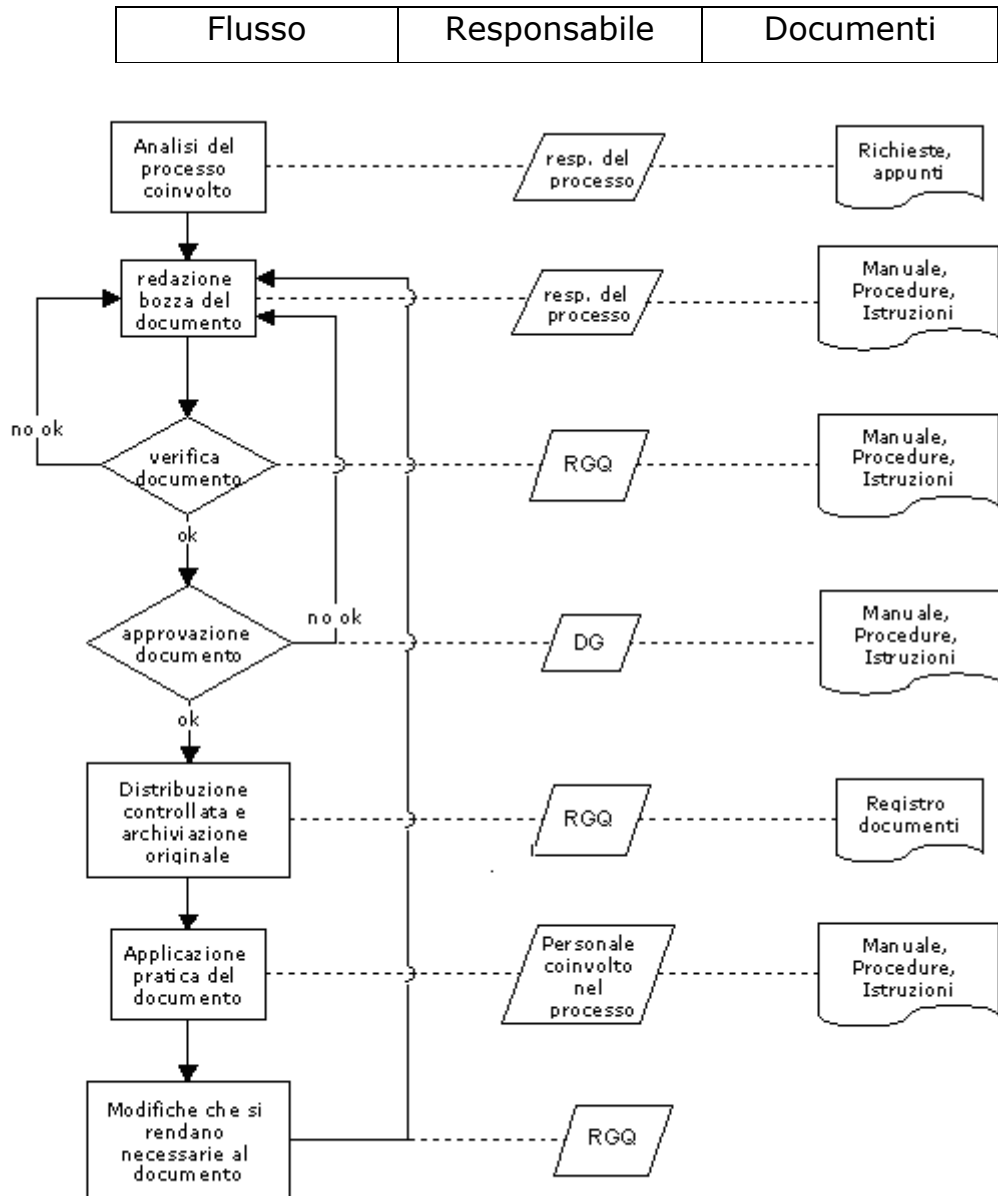
I **Modelli** servono per assicurare la chiarezza/completezza dell'informazione da trasmettere/registrare/conservare. Sono documenti compilati da chi svolge le attività operative per fornire l'evidenza oggettiva di attività eseguite o di risultati ottenuti, di supporto alle procedure e alle istruzioni e preparati per uso interno all'Azienda o esterno se prescritto nelle procedure/istruzioni.

4.2.4 Identificazione, emissione, verifica, approvazione archiviazione, conservazione e modifica dei documenti

L'emissione di un documento è preceduta dalle fasi redazione e verifica/approvazione. Il controllo dello stato di revisione, quando necessario (v. punto 4.2.3.3), assicura che il documento in vigore sia l'unico disponibile in quanto i documenti non validi e/o superati sono tempestivamente rimossi e distrutti dal destinatario. I documenti obsoleti e conservati dalla società emittente per motivi legali e/o storici/di conservazione delle conoscenze devono essere identificati con scritta SUPERATO. L'archiviazione dei documenti è fatta in luoghi e con modalità idonee ad assicurare la loro conservazione/leggibilità e la loro rintracciabilità per una pronta consultazione in caso di necessità. I documenti sono distribuiti in forma controllata secondo le liste di distribuzione indicate sugli stessi e sono disponibili presso ANIDRA per presa visione da parte del cliente. Le modifiche ai documenti devono essere gestite assicurando che vengano identificate le modifiche e lo stato corrente di revisione dei documenti sia disponibile sui luoghi di utilizzo.

Flusso delle attività di controllo dei documenti del SGQ.

Diagramma di Flusso 1



4.2.5 Documenti di origine esterna

Si tratta dei documenti degli Clienti o dei Fornitori / Collaboratori e di quelli cogenti per la società (leggi, regolamenti) o applicati dalla stessa (norme). In particolare essi sono archiviati negli Uffici Amministrativi e/o RGQ.

Le norme in copia devono essere identificati "PER SOLO USO INTERNO".

I documenti sono archiviati e conservati come descritto nella procedura PG-01. Copia dei documenti la cui disponibilità è necessaria presso i centri di utilizzazione deve essere distribuita con lista di distribuzione per assicurare l'aggiornamento.

4.2.6 Gestione dei documenti di registrazione

Il processo di gestione di questi documenti è governato dalle procedure PG-01. I documenti tecnico-amministrativi, i documenti tecnici e i documenti di registrazione sono tutti quei documenti citati nel presente MQ, nelle Istruzioni di Lavoro ed eventuali altri documenti necessari a dimostrare la conformità dei prodotti erogati dalla società ai requisiti di qualità richiesti.

I principali documenti di registrazione relativi al servizio sono:

Tipo documento	Chi Archivia	Durata Archiviazione
<i>ANALISI DI PROCESSO</i>	RGQ	10 ANNI
<i>ANALISI DI CUSTOMER SATISFACTION</i>	RGQ	3 ANNI
<i>ESAME E TRATTAMENTO DEL SERVIZIO NON CONFORME</i> Reclami – Non conformità di servizio	RGQ	3 anni

I principali documenti di registrazione relativi al SGQ sono:

- 🚦 indicatori (inclusa soddisfazione del cliente) (aggiornati periodicamente)

Tipo documento	Chi Archivia	Durata MINIMA di Archiviazione
RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE Verbale di riesame direzione e relativi allegati	RGQ	3 anni
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEI FORNITORI Schede Fornitori	COM	Aggiornato ogni due anni
ESAME E GESTIONE NON CONFORMITÀ DI SISTEMA E DI PROCESSO Scheda non conformità	RGQ	3 anni
AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE Richiesta di azione	RGQ	3 anni
AUDIT INTERNA Rapporto di audit interna	RGQ	3 anni
ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE Registrazione addestramento	RGQ	2 anni dopo il cessato rapporto
RECLAMI Registrazione del reclamo	RGQ	3 anni
REGISTRAZIONI DI ISPEZIONI, MANUTENZIONI E TARATURE; Scheda taratura strumenti, Scheda Manutenzione, Rapporti di ispezioni	RGQ	3 anni
REGISTRAZIONI DELLE PROVE DI PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE Registrazione delle emergenze (Documentazione 81/2015)	RGQ	3 anni
SCHEDE PROGETTO Registrazione di tutte le fasi relative alla progettazione	RGQ	3 anni
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO Registrazione delle cartelle sanitarie e di rischio dell'utenza che usufruisce del servizio di medicina del lavoro	DS	2 anni
REGISTRAZIONI DELLE PRESCRIZIONI LEGALI APPLICABILI Scheda distribuzione documenti di origine esterna	RGQ	3 anni

I documenti di registrazione sono controllati con gli stessi criteri, per quanto applicabili, descritti al precedente punto 4.2.3 per gli altri documenti. In particolare:

- 🚦 Le registrazioni sono identificate e rintracciabili
- 🚦 La loro destinazione è stabilita dalle pertinenti procedure/istruzioni
- 🚦 La loro archiviazione è responsabilità della società emittente.

Ogni funzione deve predisporre un'area destinata all'archiviazione e conservazione dei documenti di sua pertinenza tale da preservarne l'integrità, la leggibilità e la pronta rintracciabilità.

Ogni Funzione aziendale è responsabile della distribuzione e archiviazione dei documenti di sua competenza, collaborando con le altre funzioni aziendali per quanto necessario o ritenuto utile.

I periodi di archiviazione indicati per ogni documento sono da intendersi minimi e si riferiscono ad un archivio prontamente rintracciabile. Al termine del periodo, o successivamente quando ritenuto utile, I documenti vengono distrutti a cura della Funzione responsabile dell'archiviazione.

CAPITOLO 5 RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

5.1 Impegno della Direzione

L'evidenza oggettiva dell'impegno della Direzione nel promuovere/coordinare lo sviluppo ed il miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditamento (SGQA) aziendale è fornita da:

- ✚ il presente **Manuale** della Qualità;
- ✚ il documento di **Politica per la Qualità** e la sua diffusione anche ai fini della comunicazione dell'importanza cruciale dell'orientamento dell'Azienda alla soddisfazione degli Clienti;
- ✚ il documento **Codice Etico**
- ✚ i verbali delle riunioni di Direzione con particolare riferimento a quelli di **riesame** del SGQ;
- ✚ la disponibilità delle **risorse** individuate e necessarie per realizzare la strategia del miglioramento continuativo

5.2 Attenzione focalizzata al cliente

L'attenzione alle esigenze ed aspettative del cliente è un requisito base della politica per la qualità di ANIDRA (v. § 5.3) che ha l'obiettivo fondamentale di ottenere la completa soddisfazione del cliente e la conseguente sua fidelizzazione.

I processi/strumenti per perseguire questo obiettivo sono descritti al Cap. 7, § 7.2.

5.3 Politica per la qualità

5.3.1 La Direzione ha riconosciuto la necessità di stabilire e mantenere operativo un Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditamento applicabile ai processi dell'Azienda e conforme ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015.

Le norme della Serie UNI EN ISO 9000 sono focalizzate sulla "organizzazione dell'azienda" allo scopo di farla funzionare come un "sistema di qualità", con tutti i processi aziendali operanti fra loro in armonia e orientati al raggiungimento di tre obiettivi chiave:

- ✚ efficacia: la soddisfazione del cliente,
- ✚ efficienza: l'ottimizzazione delle risorse interne,
- ✚ flessibilità: l'organizzazione dinamica, cioè stabile e nello stesso tempo capace di riassetarsi in relazione a cambiamenti interni o sollecitazioni provenienti dall'esterno (Clienti e concorrenza di settore).

Tale Sistema come già anticipato al Cap. 4, § 4.1, deve assicurare il consolidamento e lo sviluppo della posizione dell'Azienda nel settore di mercato in cui opera. Il raggiungimento di tale obiettivo richiede l'attivazione di strategie atte ad assicurare:

- ✚ la massima attenzione alle esigenze ed aspettative del cliente
- ✚ il miglioramento continuativo e misurabile delle prestazioni di tutta la struttura aziendale
- ✚ la consapevolezza e la motivazione delle risorse umane
- ✚ la certificazione di terza parte accreditata del Sistema e il suo mantenimento

5.3.2 Le attività per raggiungere gli Obiettivi Qualità devono essere pianificate e l'esito deve essere verificato in un contesto in cui tutti i processi aziendali interagiscono efficacemente mirando ad un continuo miglioramento dei prodotti aziendali.

Migliorare i prodotti significa, in ottica del cliente, migliorare qualità, servizio e prezzo dei prodotti stessi.

MIGLIORARE LA QUALITÀ significa monitoraggio assiduo dell'andamento aziendale, attraverso **Audit** di gestione, organizzativi e di qualità e **sensibilizzazione dei dipendenti** sull'andamento della loro Azienda attraverso momenti istituzionali di comunicazione dei principali indici di miglioramento considerati.

MIGLIORARE IL SERVIZIO significa **aggiornamento tecnologico** e continua revisione e razionalizzazione delle attività aziendali secondo i principi ispiratori delle norme ISO 9000 ed il conseguimento e mantenimento a livelli elevati della **Certificazione di Qualità**;

5.3.3 Il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Funzioni aziendali richiede l'impegno, a tutti i livelli dell'organizzazione, per l'attivazione e il mantenimento dei seguenti strumenti gestiti nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditamento:

- ✚ il Riesame della direzione: documento interno emesso annualmente dalla Direzione, in coerenza con gli indirizzi generali e le strategie della politica della qualità aziendale che viene concordato con le Funzioni coinvolte in cui si riscontrano possibilità di miglioramento;
- ✚ la messa a punto, ove applicabile, di "Indicatori" per la misura delle attività pianificate di miglioramento;
- ✚ la Formazione del personale per la qualità
- ✚ attribuzione da parte della Direzione delle risorse (personale e mezzi) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Funzioni aziendali con particolare riferimento all'attuazione delle audit e dei progetti di miglioramento.

5.3.4 La diffusione della politica per la qualità a tutti i livelli dell'Azienda e la sua attuazione sono assicurate mediante:

- + esposizione del documento di politica firmato dalla Direzione negli uffici e nei reparti e sua illustrazione a cura dei Responsabili di Funzione;
- + verifica formale della sua comprensione e attuazione nelle attività di audit interna (v. Cap. 8, punto 8.2.2);
- + verifica informale nell'occasione dei frequenti contatti fra la Direzione e il personale dell'Azienda;
- + attività di formazione per la qualità (v. Cap. 6, punto 6.2.2)
- + verifica formale nelle riunioni di riesame del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento da parte della Direzione che è anche la sede più appropriata per riesaminare la politica per conservarne l'adeguatezza (v. § 5.6).

5.4 Pianificazione

5.4.1 Obiettivi per la qualità

Gli obiettivi generali per la qualità sono espressi nella politica per la qualità (v. § 5.3) da questi derivano:

- + obiettivi di miglioramento per processo, espressi con indicatori misurabili ed assegnati dalla Direzione nel corso del riesame periodico del SGQ, da attuarsi con piani di miglioramento dedicati (vedi § 4.2.3.7);
- + obiettivi qualitativi di prodotto/servizio (vedi § 7 § 7.1).

5.4.2 Pianificazione per la qualità

L'Azienda pianifica la qualità dei suoi prodotti/servizi definendo le risorse necessarie per attuarli e le caratteristiche qualitative e prestazionali di tali prodotti.

Lo scopo è quello di soddisfare i requisiti espressi dal cliente e quelli ritenuti necessari dall'Azienda per qualificare la propria immagine sul mercato e per garantire eventuali requisiti legali o in ambiti regolamentati relativi ai prodotti stessi.

Il SGQ copre con le sue procedure prescrittive tutti i processi aventi influenza sulla qualità finale dei prodotti. La pianificazione per la qualità ha identificato nella fase di progettazione del Sistema sia i processi della sequenza attuativa dei prodotti/servizi sia quelli trasversali predisposti per gestire in modo organizzato e documentato tale sequenza sia quelli, ancora trasversali, per valutare i risultati e miglioramenti in ottica soddisfazione del cliente.

L'Azienda ha individuato i seguenti processi, da gestire nel SGQ, mostrati nella Tabella 1 (processi della sequenza di attuazione), nella Tabella 2 (processi trasversali di predisposizione) e nella Tabella 3 (processi trasversali di valutazione per il miglioramento). In queste tabelle sono indicati per ciascun processo il responsabile del processo e il relativo documento prescrittivo (v. anche allegato 5/2 del Cap. 5).

TABELLA 1

SEQUENZA DEI PROCESSI PRIMARI DI ATTUAZIONE	RESP. DEL PROCESSO	DOCUMENTO PRESCRITTIVO
Riesame documentazione contrattuale	COM	IL 03
Approvvigionamento di servizi	AMM/COM	IL 01
Controllo del processo di erogazione del servizio	RC	IL 03
Prove, controlli e collaudi (per i controlli intermedi e finali)	RC	IL 03
Informazioni di ritorno del cliente	COM/RGQ	Manuale MQ

TABELLA 2

SEQUENZA DEI PROCESSI DI PREDISPOSIZIONE	RESP. DEL PROCESSO	DOCUMENTO PRESCRITTIVO
Definizione e diffusione della politica per la qualità	DG	Manuale MQ
Pianificazione per la qualità	DG/RGQ	Manuale MQ
Condizione organizzativa e gestione delle risorse	DG/RGQ	Manuale MQ
Gestione delle procedure, delle istruzioni e dei moduli del SGQ	RGQ	Manuale MQ PG-01
Gestione dei documenti, dei dati e delle registrazioni della qualità	RGQ	Manuale MQ PG-01
Valutazione e selezione dei fornitori	COM/RGQ	IL 01
Gestione delle non conformità di prodotto/servizio	RGQ/COM	PG-03
Formazione e Addestramento del personale e incarichi	RGQ/DG	IL 02

TABELLA 3

SEQUENZA DEI PROCESSI DI VALUTAZIONE	RESP. DEL PROCESSO	DOCUMENTO PRESCRITTIVO
Gestione delle azioni correttive e preventive	RGQ	PG-04
Audit della qualità	RGQ	PG-02
Indicatori per l'ottenimento della qualità	RGQ/DIR	IL 07
Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditamento	DG/RGQ	IL 07
Monitoraggio del grado di soddisfazione degli Clienti	COM/RGQ	IL 06

La pianificazione prende in particolare considerazione i cambiamenti organizzativi aventi impatto sulla società al fine del mantenimento/adequamento del SGQ e che il sistema stesso sia mantenuto durante tali cambiamenti.

5.5 Responsabilità, autorità e comunicazione

5.5.1 Responsabilità e autorità

La conduzione del SGQ è responsabilità della Direzione che ha delegato, per gli aspetti di gestione operativa, il Responsabile RGQ ed il Rappresentante della Direzione. La struttura che stabilisce i livelli di responsabilità e autorità nell'ambito della società è mostrata nell'Allegato 2 "Organigramma". Vengono descritti nel seguito compiti e responsabilità delle Funzioni aziendali e loro interrelazioni. I responsabili di Funzione sono i responsabili dei processi gestiti nella loro Funzione (v. punto 5.4.2.2).

Le interrelazioni che comportano responsabilità primarie e contributorie nell'ambito dei processi sono definite nelle singole procedure e riferite ai requisiti dei capitoli 5-6-7-8 della norma UNI EN ISO 9001:2015 ed ai relativi documenti prescrittivi.

5.5.2 Rappresentante della Direzione

La DG ha designato quale suo rappresentante il Sig. **_Vincenzo Paolo Bendinelli** che ha accettato l'incarico. Lo stesso ha specificata autorità per:

- ✚ Assicurare la conformità dei processi del SGQ ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015;
- ✚ Rispondere, in sede di riesame da parte della Direzione, dell'efficienza ed efficacia del SGQ e del suo miglioramento;
- ✚ Promuovere la consapevolezza in Azienda della politica per la qualità e dei requisiti del cliente;
- ✚ Gestire l'interfaccia con il cliente e con gli enti esterni per quanto attiene al SGQ

per accettazione dell'incarico
Il Rappresentante della Direzione

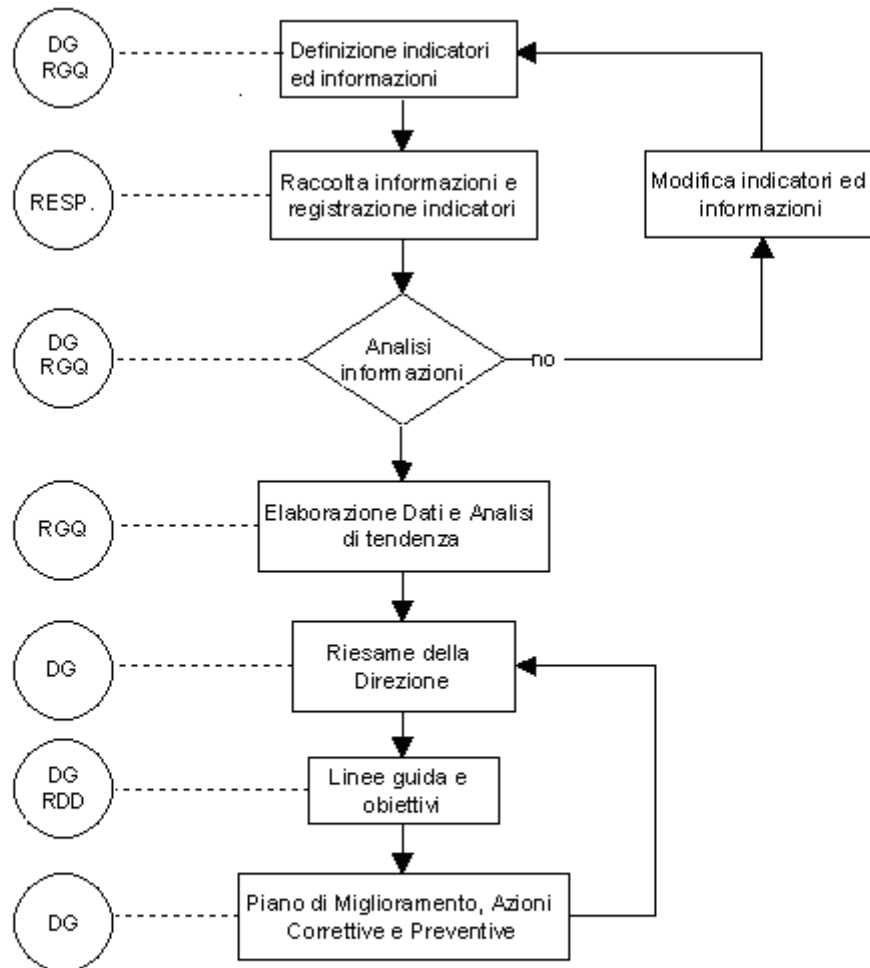
Vincenzo Paolo Bendinelli

5.5.3 Comunicazioni interne

Le comunicazioni interne tra i diversi livelli e funzioni aziendali sono assicurate dai frequenti contatti informali e, a livello formalizzato, dalle riunioni periodiche tenute dal DG con i Responsabili di Funzione (Riesame del SGQ). Le comunicazioni importanti sono divulgate mediante comunicati in bacheca.

In particolare il processo di pianificazione dell'informazione alla Direzione per la valutazione dell'efficacia del SGQ e del suo miglioramento è descritto nel diagramma di flusso riportato nella pagina seguente.

Diagramma di Flusso 2



5.6 Riesame da parte della Direzione

5.6.1 L'adeguatezza e l'efficacia nel tempo del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento sono responsabilità della DG che deve fornire l'evidenza oggettiva della azione di controllo da essa esercitata per assicurare tali attributi del Sistema.

È compito del RGQ tenere informata la DG su tutti gli aspetti significativi della propria gestione operativa del SGQ sia a livello informale, mediante frequenti contatti col vertice aziendale, sia a livello formale, nell'occasione delle riunioni pianificate di riesame del SGQ.

Il Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento viene sottoposto a riesame da parte di DG, con frequenza normalmente annuale (oppure quando opportuno in caso di necessità), per assicurarne l'adeguatezza e l'efficacia nel tempo.

Elementi di ingresso del riesame:

- ✚ Considerazioni generali sullo stato di tutto il Sistema Qualità;
- ✚ Andamento dei processi e della conformità dei prodotti/servizi:
 - Stato attività di erogazione dei servizi
 - Analisi di penetrazione del mercato (commerciale)
 - Analisi della sicurezza;
 - Stato non conformità di prodotto/servizio (interne e dei fornitori)
- ✚ Stato azioni correttive e preventive;
- ✚ Dati di ritorno dai Clienti:
 - Stato reclami;
 - Risultati delle indagini sulla soddisfazione del cliente.
 - Analisi delle statistiche di erogazione dei servizi
- ✚ Risultati delle audit interne;
- ✚ Risultati delle audit esterne;
- ✚ Stato attività di addestramento e qualificazione del personale;
- ✚ Le azioni a seguire dei precedenti riesami ad esempio i piani di miglioramento predisposti nell'anno precedente
- ✚ I cambiamenti che potrebbero influenzare il sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento.

Elementi in uscita dal riesame:

La Direzione nelle riunioni dedicate al Riesame della Direzione definisce nel dettaglio gli obiettivi prestazionali e di Qualità da perseguire, eventualmente revisionando la politica della Qualità, che comprendano:

- ✚ Miglioramento del sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento e dei suoi processi;
- ✚ Miglioramento dei prodotti connessi ai requisiti del cliente;
- ✚ Strategie commerciali ed azioni nei confronti dei clienti.
- ✚ Individuazione ed assegnazione delle risorse per la conduzione dei processi da migliorare.
- ✚ Direttive e linee guida specifiche per la conduzione aziendale per la qualità e per il perseguimento del miglioramento continuo.

Registrazioni di tali riesami sono conservate da RGQ.

CAPITOLO 6 GESTIONE DELLE RISORSE

6.1 Generalità

L'azienda è consapevole che un'adeguata motivazione e formazione del personale a tutti i livelli dell'organizzazione è condizione indispensabile per l'attuazione della politica qualità / ambiente, il conseguimento degli obiettivi ed il miglioramento continuo nelle proprie prestazioni.

A tale scopo vengono identificate, ad ogni livello aziendale, le necessità di formazione ed addestramento e si predispongono piani formativi adeguati ai ruoli ed alle responsabilità delle diverse figure professionali all'interno dell'azienda, con particolare riferimento ai ruoli che possono avere influenza sugli aspetti qualitativi e ambientali significativi identificati.

I programmi di formazione ed addestramento, all'interno dell'azienda, tengono in considerazione gli aspetti ambientali diretti ed indiretti.

L'azienda provvede ad assicurare, attraverso un'adeguata sensibilizzazione ed informazione, che le attività eventualmente affidate a personale o società esterne vengano condotte secondo criteri compatibili con il sistema di gestione qualità/ambiente dell'azienda.

6.2 Messa a disposizione delle risorse

L'individuazione delle risorse necessarie per l'efficace gestione dei processi aziendali e per il loro miglioramento è compito del DIR e dei Responsabili di Funzione.

L'esame delle necessità contingenti è svolto nell'occasione delle periodiche riunioni tenute dalla Direzione con i Responsabili di Funzione per monitorare l'avanzamento delle attività e il soddisfacimento dei requisiti/aspettative degli Clienti. Le necessità di impegno di risorse sono pianificate e formalizzate nell'ambito del riesame da parte della Direzione del SGQ, sulla base delle attività in essere o previste e delle richieste delle varie Funzioni.

La pianificazione delle risorse necessarie per il miglioramento continuativo del Sistema di Gestione per la Qualità e Accreditemento (SGQA) ha come sede dedicata la riunione annuale di riesame del SGQ trattato al Cap. 5, § 5.6.

La messa a disposizione delle risorse è di responsabilità della Direzione che approva tutti i documenti che comportano l'acquisizione di risorse.

6.3 Risorse umane

6.3.1 Incarichi al personale

L'Azienda presta particolare attenzione nell'attribuire incarichi rilevanti per il SGQ quali i responsabili, il personale addetto ad attività a forte impatto sul SGQ, chi conduce le audit.

Il criterio di attribuzione deve essere il livello di competenza determinato dal grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza.

6.3.2 Competenza, consapevolezza e addestramento,

Per il personale viene preparata ed aggiornata periodicamente da RGQ una tabella Figure Professionali, Competenze e Qualifiche ove sono indicate le competenze richieste per le varie mansioni. Tale prospetto contiene anche i requisiti minimi stabiliti dalla Azienda per abilitare il personale. Il prospetto delle polyvalenze Allegato 07 ha lo scopo di evidenziare le carenze o la criticità sulla copertura di alcune mansioni, consentendo di pianificare l'eventuale addestramento o formazione, con particolare riferimento al personale di nuova assunzione o nuove responsabilità.

Le necessità di addestramento e/o di formazione sono programmate dalla Direzione; la necessità di formare del Personale può derivare da richieste del personale stesso o da opportunità derivanti da corsi/ seminari/ aggiornamenti provenienti da enti esterni, oppure dall'evoluzione delle tecnologie, delle leggi e dei regolamenti.

In funzione dei requisiti richiesti (vedi tabella pagina seguente), la Matrice Competenze viene aggiornata da RGQ con la situazione dello stato di abilitazione alle mansioni da parte del Personale.

Tale Tabella è a disposizione della Direzione per la pianificazione, programmazione e assegnazione delle attività.

RSQ provvede a registrare l'addestramento effettuato sulle "Schede del personale" e ad aggiornare la Matrice delle Competenze con le nuove competenze acquisite.

L'attività di addestramento, oltretutto accrescere la competenza, ha anche lo scopo di assicurare che il personale dell'Azienda sia consapevole del proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi e per il suo miglioramento. La verifica di tale consapevolezza è anche uno dei requisiti delle audit interne insieme con quello di individuare eventuali necessità di addestramento (v. Cap. 8, punto 8.2.2).

6.4 Infrastrutture

ANIDRA è insediato in 1 sede dedicata alle attività di ufficio e segreteria.

Le infrastrutture di cui dispone ANIDRA comprendono tutto ciò che è presente nella sua sede, ovvero: uffici, strumenti specifici (attrezzature mediche, hardware, software) e attrezzature varie (Telefoni, Fax, Fotocopiatrici).

E' necessario tenere sotto controllo e mantenere efficienti tutte le infrastrutture, perché queste fanno parte integrante del processo di fornitura del servizio: in particolare deve essere tenuto presente che il loro scorretto funzionamento o la loro inadeguata gestione può compromettere la Qualità del servizio fornito.

Per questa ragione, per ridurre i rischi di mal funzionamenti e guasti, RGQ, registra gli interventi effettuati su tali attrezzature.

E' dovere di ogni collaboratore segnalare eventuali inefficienze, difettosità o guasti delle macchine in quanto la valutazione periodica dei guasti, degli interventi di riparazione e dei costi conseguenti permettono di individuare eventuali carenze nella Qualità delle attrezzature o del Servizio di manutenzione/riparazione stesso.

Il Responsabile RGQ almeno annualmente analizza i dati raccolti all'interno delle varie cartelle al fine di valutare:

- ✚ L'affidabilità delle attrezzature o particolari criticità;
- ✚ La necessità di eventuali manutenzioni preventive;
- ✚ La qualità del servizio di tecnici riparatori/contratti di manutenzione;
- ✚ I relativi costi degli interventi effettuati.

Nel caso in cui si riscontri una certa ripetitività/criticità del guasto, può essere aperta una "**Richiesta di azione correttiva**".

6.4.1 Back up del Sistema Informatico

Tutti i computer del personale operante nella società sono collegati tra di loro in rete. Giornalmente viene eseguito il back up sul disco fisso del computer fisso situato nell'ufficio Amministrazione.

6.5 Ambiente di lavoro

Il fattore "ambiente di lavoro" ha influenza sulla motivazione, sviluppo, prestazioni e soddisfazione del "Cliente interno" e, in ultima analisi, determina la qualità dei servizi forniti dalla società.

Come tale, l'ambiente di lavoro è recepito come responsabilità primaria del vertice aziendale e non solo ai fini della conformità ai requisiti di legge (principalmente il D.Lgs. 81/2015) in materia di salubrità e sicurezza sul lavoro.

Il personale è invitato a far giungere a DG, nel corso del Riesame del SGQ, le segnalazioni di anomalie e/o carenze del posto di lavoro e proposte di miglioramenti.

Le audit interne devono anche verificare le condizioni dell'ambiente di lavoro e le riunioni di Riesame del SGQ da parte della Direzione devono considerare anche le possibilità di miglioramento al riguardo.

Per tutti i locali della sede dell'azienda, ed indipendentemente dalla funzione assegnata a ciascuno di essi, i comportamenti sono adeguati per assicurare condizioni soddisfacenti e coerenti con quanto necessario in relazione alle condizioni igieniche.

In aggiunta a fattori di carattere fisico non sono da tralasciare quelli che la norma UNI EN ISO 9004:2000 definisce come "umani", proponendo poi un elenco di possibili aspetti dei quali è utile riportare il dettaglio:

- ✚ regole e guide per la sicurezza, incluse quelle sull'utilizzazione di dispositivi di protezione;
- ✚ aspetti ergonomici;
- ✚ localizzazione del luogo di lavoro;
- ✚ interazioni sociali;
- ✚ attrezzature per il personale nell'organizzazione;
- ✚ calore, umidità, luminosità, flussi d'aria;
- ✚ igiene, pulizia, rumori, vibrazioni ed inquinamento.

ANIDRA ritiene che quanto attuato di quest'elenco in relazione agli aspetti legati alla sicurezza sia tale da soddisfare adeguatamente tutte le indicazioni.

6.6 Elaborazione del Piano Annuale di Formazione ed Addestramento

DIR sulla base delle informazioni assunte dai responsabili di funzione provvede alla definizione del Piano Annuale di Formazione e Addestramento.

Un primo livello di informazione viene considerato necessario per tutto il personale dell'azienda. L'informazione riguarda i temi generali legati all'introduzione in azienda di un sistema di gestione qualità/ambientale ed in particolare:

- ✚ il concetto di sistema di gestione qualità/ambiente ed i benefici potenziali della sua adozione;
- ✚ il contenuto della norma UNI EN ISO 9001:2015;
- ✚ la politica per la qualità;
- ✚ il miglioramento continuo;
- ✚ il programma di gestione qualità;
- ✚ le responsabilità individuali nel raggiungimento o meno degli obiettivi.

La formazione e l'addestramento specifici dovranno assicurare la sensibilizzazione del personale verso:

- ✚ l'esigenza di conformità con la politica qualità/ambiente ed ai requisiti del sistema di gestione;
- ✚ la responsabilità individuale per il miglioramento degli impatti ambientali connessi alla conduzione delle proprie attività;
- ✚ la consapevolezza delle conseguenze di azioni non conformi alle procedure del sistema di gestione;
- ✚ la preparazione in caso di situazioni di emergenza.

Tale documento, elaborato annualmente, illustra sia la pianificazione della informazione di primo livello per tutto il personale, sia gli specifici piani di addestramento previsti per il personale preposto ad attività che possono provocare impatti significativi sulla qualità e sull'ambiente.

Il documento specifica i tempi, individua gli argomenti ed indica i destinatari dei singoli momenti formativi. Il Piano Annuale di Formazione ed Addestramento viene sottoposto alla DG che lo esamina e lo approva. Questo documento viene conservato dal RGQ presso il proprio archivio.

CAPITOLO 7 EROGAZIONE DEL SERVIZIO

7.1. Generalità e pianificazione della realizzazione del prodotto

ANIDRA ha pianificato e sviluppato i processi richiesti per la realizzazione del prodotto/servizio.

La pianificazione della realizzazione del prodotto/servizio è coerente con i requisiti degli altri processi del sistema di gestione per la qualità e accreditamento, tale azione è visibile nell'allegato 01 "interazione dei processi".

La pianificazione per la realizzazione del prodotto è definita nella figura 06

ANIDRA ha definito gli obiettivi per la qualità ed i requisiti relativi al prodotto/servizio che ogni processo controlla.

Ogni processo è governato proceduralmente (talvolta espresso con documenti descrittivi e figurati), ANIDRA inoltre stabilisce e fornisce le risorse specifiche per il prodotto/servizio

Ogni prodotto in uscita dai processi (che sia un documento, una prestazione od un oggetto) è sottoposto ad attività di verifica, se necessario a validazione, a monitoraggio, a ispezione e se necessario a prove specifiche, in modo che le risultanze siano secondo i relativi criteri di accettazione posti da ANIDRA,

Ove possibile sono state predisposte le registrazioni necessarie a fornire evidenza dell'esecuzione delle azioni stabilite dai processi realizzativi e dai prodotti risultanti in modo che soddisfino i requisiti.

Gli elementi in uscita dalla pianificazione sono presentati in forma adeguata al modo di operare di ANIDRA.

Nella presente sezione vengono esplicitati, i processi operativi che ANIDRA attua; vengono fornite, oltre alle indicazioni in merito alle modalità di realizzazione, anche le indicazioni relative ai monitoraggi e alle misurazioni tese a verificare la corrispondenza degli output ai requisiti.

Per ciascun processo individuato vengono riportati:

- ✚ il diagramma a blocchi o di flusso i quali illustrano schematicamente le fasi che lo costituiscono;
- ✚ il piano della qualità documentale, evidenziato dalla "tabella degli allegati" per attuare la formalizzazione della realizzazione e della verifica delle attività per lo specifico processo;
- ✚ una breve e sintetica descrizione delle attività stabilite/attuate è resa nei capitoli di questa sezione

Si chiarisce fin d'ora che, per semplicità grafica, nei diagrammi viene omessa l'indicazione relativa alle "non conformità" quale possibile percorso; viene infatti assunto che sia un'opzione "aperta" in tutte le situazioni di esecuzione, controllo, monitoraggio, misurazione o verifica.

Per quanto concerne la pianificazione degli obiettivi, da un lato, e le risorse, dall'altro, si rimanda alle parti del presente manuale in cui sono trattati il processo di miglioramento continuo e le risorse.

Si specifica altresì preliminarmente che i processi operativi (produttivi: primari, secondari e di supporto) individuati in ANIDRA sono:

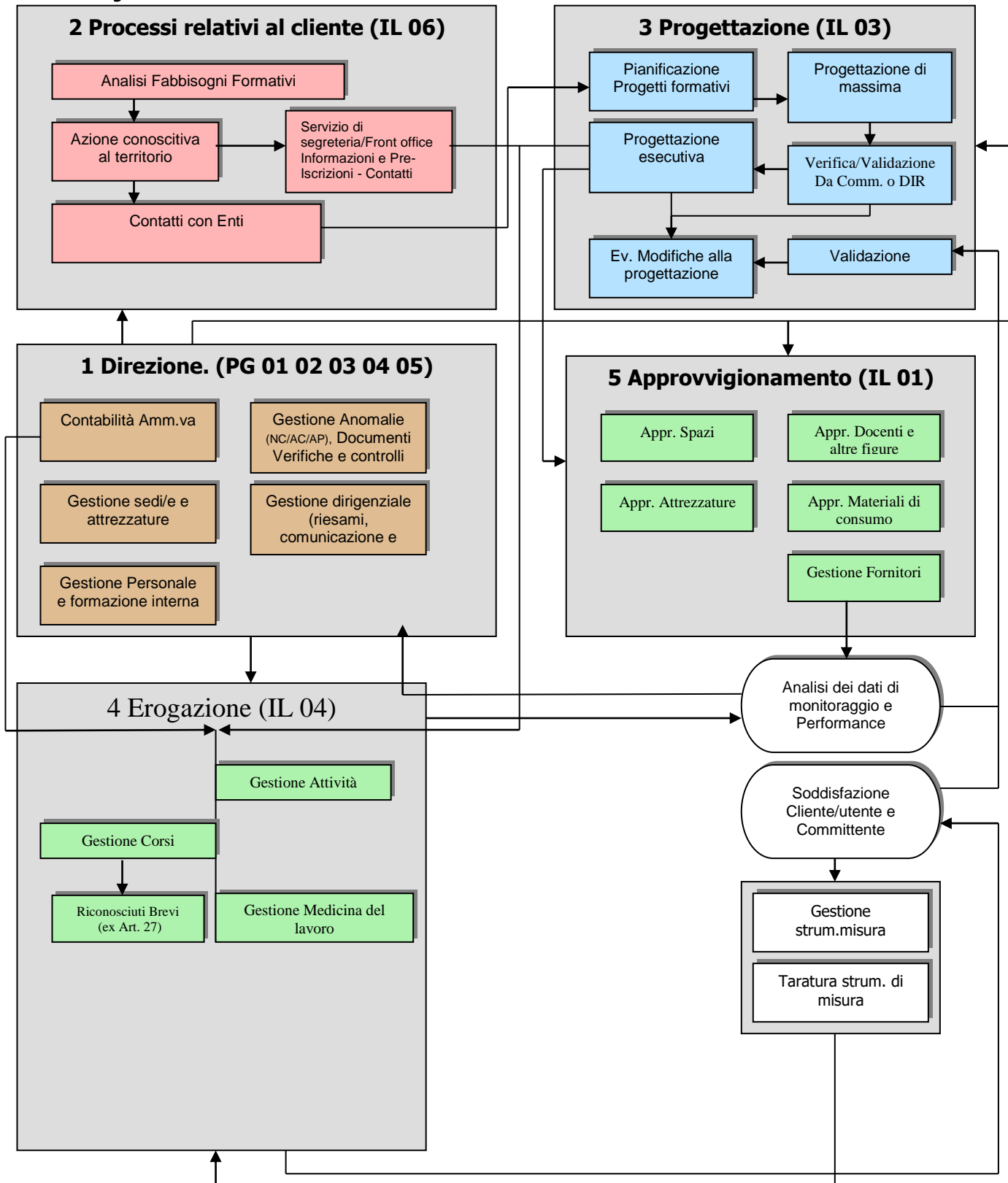
- ✚ 1 Direzione;
- ✚ 2 Processi relativi al cliente;
- ✚ 3 Progettazione;
- ✚ 4 Erogazione;
 - Erogazione dei servizi formativi
 - Erogazione dei servizi di assistenza alle imprese in ordine agli adempimenti legislativi e normativi
 - Servizio di medicina del lavoro
- ✚ 5 Approvvigionamento;

7.1.2 Tenuta sotto controllo dei dispositivi di misurazione e monitoraggio.

Nei diagrammi, proposti ai paragrafi successivi, dedicati ai singoli processi viene tra l'altro resa l'eventuale interazione con altri processi, a mezzo dell'inserimento del "blocco" del processo intersecato, opportunamente colorato.

Si specifica altresì preliminarmente che la sequenza/interazione dei processi operativi è quella schematicamente descritta nel diagramma di flusso 3.

Diagramma di Flusso 3



Breve descrizione

Determinazione dei requisiti relativi al servizio/prodotto

L'eventuale esigenza di realizzare un nuovo servizio formativo o di modificarne uno esistente comporta la necessità di definire:

- ✚ gli obiettivi per la qualità/accreditamento ed i requisiti relativi;
- ✚ i processi e documenti e di fornire risorse specifiche, se diversi dallo standard;
- ✚ le attività di verifica, validazione, monitoraggio, ispezione e prove specifiche e i relativi criteri di accettazione, se diversi dallo standard;
- ✚ le registrazioni necessarie a fornire evidenza che i processi realizzativi dei servizi formativi risultanti soddisfino i requisiti, se diversi dallo standard.

Il diagramma precedente visualizza le attività coinvolte e le procedure/flussi di riferimento applicate per pianificare ed erogare le attività richieste dell'utente/cliente/committente e altro.

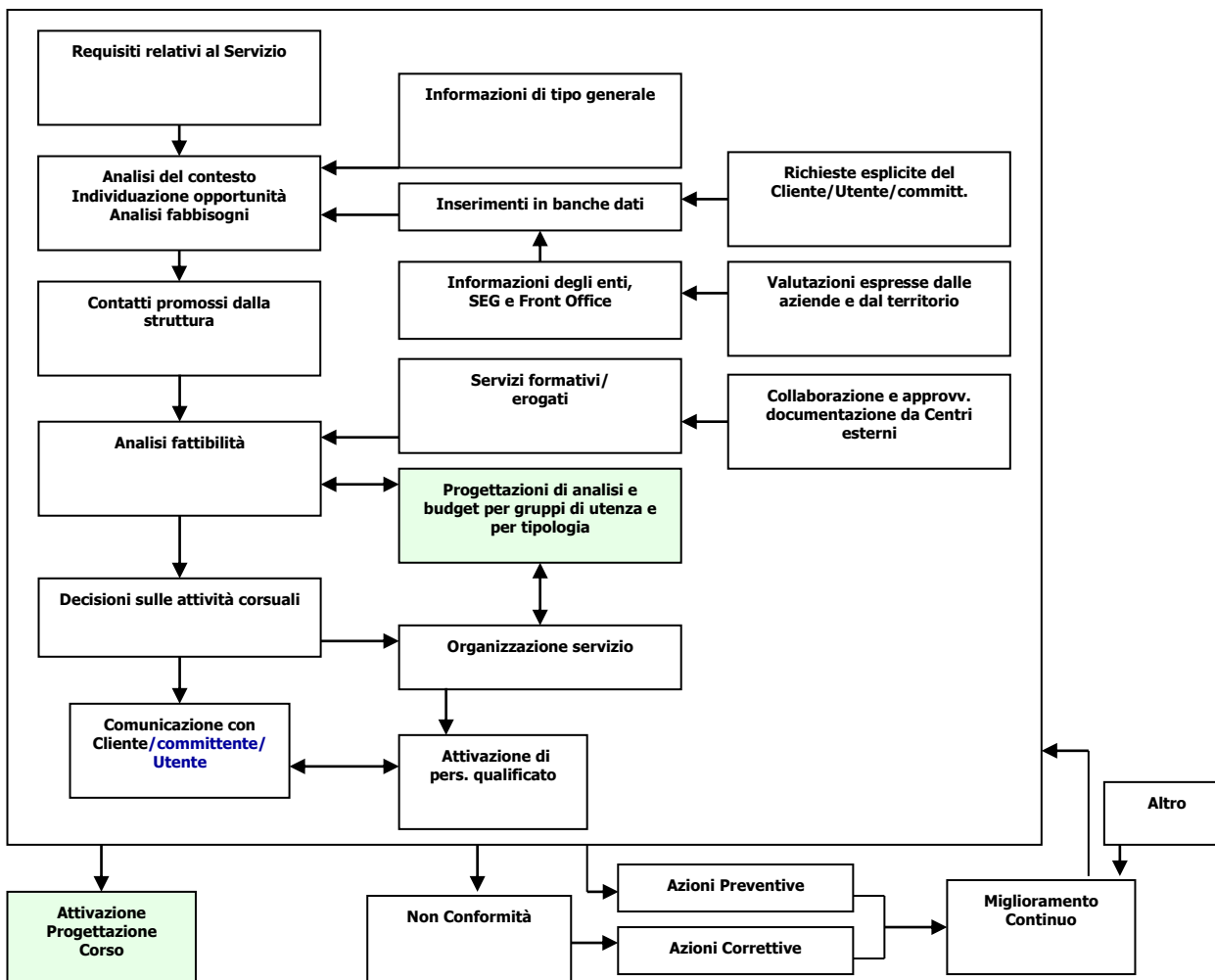
7.2 Processi relativi al cliente

7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al prodotto

L'organizzazione a fronte di quanto richiesto dal cliente in base all'offerta dei prodotti/servizi fornibili si appresta ogni volta a determinare:

- ✚ i requisiti specificati dal cliente, compresi quelli relativi alle attività di assistenza,
- ✚ i requisiti non precisati dal cliente, ma necessari per l'uso specificato o per quello atteso, dove conosciuto,
- ✚ i requisiti cogenti relativi dei prodotti/servizi,
- ✚ ogni altro requisito aggiuntivo stabilito dall'organizzazione stessa.

Diagramma di flusso 4



Breve descrizione

Descrizione del processo relativo al cliente

Come si nota dal diagramma di flusso 4, si pone attenzione al Cliente/committente e al Cliente/utente (IL 06). Il flusso descrive, attraverso le sue fasi ed evidenzia come ANIDRA acquisisca le varie informazioni elaborandole per tradurle in concreto.

Le analisi dei dati raccolti permettono a ANIDRA di valutare e soddisfare le esigenze di tutte le parti in causa immesse nel flusso.

L'attenzione posta al Cliente/utente, in questa fase di valutazione delle possibilità, consiste nel progettare come obiettivo finale un servizio utile e richiesto dalle esigenze espresse dagli Enti finanziatori/committenti e/o manifestato dalle necessità occupazionali del territorio.

L'analisi del contesto per l'individuazione delle opportunità si basa sull'acquisizione di informazioni di tipo generale e sull'analisi delle informazioni raccolte permettono di formalizzare i possibili interventi formativi/orientativi dell'Organizzazione in termini di quantità, tipologia e contenuto, tenuto anche conto della concorrenza/collaborazione e delle possibilità di finanziamento pubblico.

Tale analisi permette anche di valutare le necessità in termini di professionalità e di strutture.

Per Corsi a pagamento o paritari, a seguito della valutazione complessiva, vengono scelte le offerte (progetti) da presentare.

Prima dell'offerta al cliente, sia per il settore finanziato, sia per il settore a pagamento, tali proposte vengono sottoposte all'approvazione del direttore prima di effettuare il riesame del contratto.

In caso di modifiche al contratto che possono pervenire internamente o esternamente è previsto un percorso di verifica dell'accettabilità, in ogni caso se la modifica interessa gli attori coinvolti, viene richiesto il benessere previa comunicazione.

A fronte di ogni contratto/ordine/iscrizione o altro vengono definiti e riportati sulla documentazione predisposta l'accettazione delle parti in causa.

7.2.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio

L'organizzazione riesamina i requisiti relativi al servizio in qualità di controllo documentale ed operativo, tali azioni sono effettuate da DG con l'ausilio di COM e di PRO per la verifica della pianificazione dei tempi produttivi/esecutivi delle varie attività prima dell'impegno a fornire un servizio al cliente committente/allievo.

L'azione di riesame avviene: prima dell'emissione delle offerte e/o dell'accettazione di iscrizioni o dell'accettazione delle relative modifiche, quanto citato assicura che:

- ✚ i requisiti del servizio siano definiti,
- ✚ siano state risolte le eventuali divergenze tra i requisiti rispetto a quelli espressi in precedenza,
- ✚ il settore produttivo/ erogativo, di approvvigionamento e di progettazione possieda le capacità per soddisfare nei tempi definiti e veda i requisiti decisi in fase di accettazione.

La formalizzazione dell'accettazione o risultato del/i riesame/i e delle conseguenti azioni consistono nella firma per accettazione/verifica sul documento coinvolto.

Quando il cliente non fornisce indicazioni documentate, i requisiti del cliente vengono comunque confermati da RAF o RFO nei confronti del cliente e dell'organizzazione prima della loro accettazione.

Quando i requisiti di un prodotto/servizio vengono modificati, RFO assicura mediante comunicazione scritta al cliente e verbale al personale interno coinvolto delle modifiche ai requisiti.

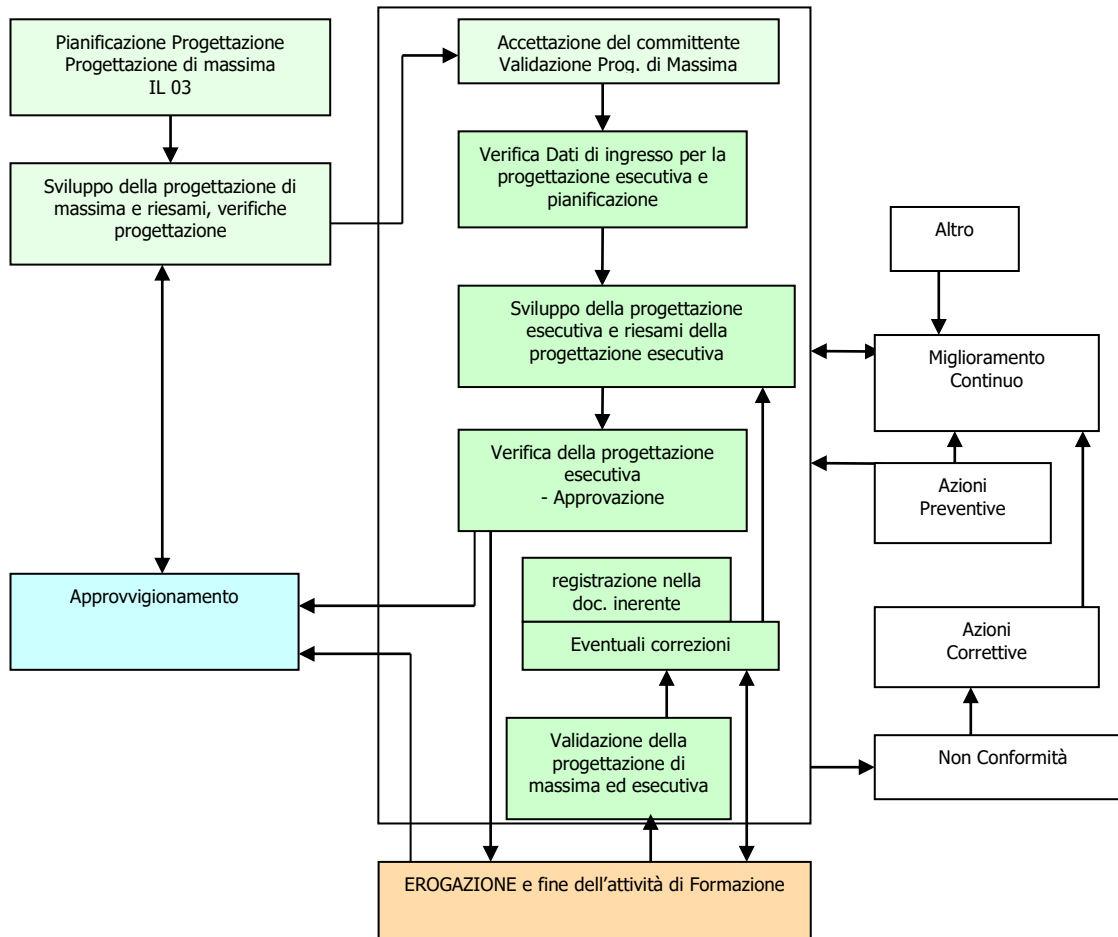
7.2.3 Comunicazione con il cliente

DG e COM stabiliscono ed attivano gli operatori dei settori per ricevere e trasmettere informazioni che interessano il cliente, e se necessario comunicano con quest'ultimo verbalmente o documentalmente (secondo necessità); le comunicazioni genericamente sono effettuate allo scopo di:

- ✚ divulgare informazioni relative al servizio/corso/azione orientativa,
- ✚ quesiti, gestione di iscrizioni o ordini e relativi emendamenti,
- ✚ ricevere informazioni di ritorno da parte del cliente committente/interno/allievo/utente, inclusi i suoi reclami.

7.3 Progettazione e sviluppo

Diagramma di flusso 5



7.3.1 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo

ANIDRA pianifica e tiene sotto controllo la progettazione e lo sviluppo del prodotto mediante opportuna documentazione.

Durante la pianificazione della progettazione e dello sviluppo il responsabile progettazione, la direzione ed i responsabili dei vari settori coinvolti stabiliscono:

- le fasi della progettazione e dello sviluppo,
- le attività di riesame, di verifica e di validazione adatte per ogni fase di progettazione e di sviluppo,
- le responsabilità e l'autorità per la progettazione e lo sviluppo, in particolare i ruoli dei responsabili coinvolti nelle fasi descritte al punto **b**).

PRO ha l'autorità per gestire le interfacce tra i diversi responsabili coinvolti nella progettazione e nello sviluppo assicurando comunicazioni efficaci in ingresso ed in uscita dal flusso.

Mediante la modulistica predisposta PRO tiene aggiornato il progetto con il progredire della progettazione e dello sviluppo per ogni singola attività.

7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo

Gli elementi in ingresso, riguardanti i requisiti dei prodotti/servizi, sono definiti dal documento di analisi dei fabbisogni, tali elementi in ingresso comprendono:

- ✚ i requisiti funzionali e prestazionali del prodotto/servizio,
- ✚ i requisiti cogenti applicabili,
- ✚ le informazioni derivanti da precedenti progettazioni similari, ove applicabili,
- ✚ altri requisiti essenziali per la progettazione e lo sviluppo.

Questi elementi in ingresso sono riesaminati nella fase di pianificazione per verificarne l'esistenza, l'adeguatezza, inoltre viene verificato che siano completi, non ambigui e non in conflitto tra di loro.

7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo

Gli elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo sono forniti in forma tale da permettere la loro verifica a fronte degli elementi in ingresso e sono approvati prima del loro rilascio, in particolare i documenti (Es. calendari – elenchi docenti ed altri) permettendo una adeguata uscita del processo per le fasi successive produttive di erogazione dei servizi.

In particolare, gli elementi in uscita dalla progettazione e sviluppo:

- ✚ soddisfano i requisiti in ingresso alla progettazione e allo sviluppo,
- ✚ forniscono adeguate informazioni per l'approvvigionamento e l'erogazione di servizi,
- ✚ contengono o richiamano i criteri di accettazione per i servizi coinvolti,
- ✚ precisano le caratteristiche dei servizi che sono essenziali per una loro sicura ed adeguata utilizzazione.

7.3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo

In fase di pianificazione sono decisi, per essere successivamente effettuati, i riesami della progettazione e dello sviluppo, in accordo con quanto pianificato, al fine di:

- ✚ valutare la capacità dei risultati della progettazione e dello sviluppo di ottemperare ai requisiti posti dall'organizzazione e concordati col cliente/committente (ove previsto),
- ✚ individuare tutti i problemi e proporre le azioni necessarie.

A tali riesami partecipano rappresentanti delle funzioni coinvolte nelle fasi di progettazione e di sviluppo oggetto del riesame.

Le registrazioni dei risultati dei riesami sono formalizzate in apposita modulistica predisposta.

7.3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo

Come per i riesami effettuati a livello documentale, le verifiche sono effettuate, in accordo con quanto pianificato, su quanto prodotto, con lo scopo di assicurare che gli elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo siano compatibili con i relativi requisiti in ingresso.

Queste azioni di verifica sono formalizzate in apposita modulistica predisposta, inoltre esse esprimono le eventuali azioni necessarie che devono essere intraprese a fronte dei risultati ottenuti dalla verifica stessa.

7.3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo

La validazione della progettazione e dello sviluppo, effettuata in accordo con quanto pianificato viene eseguita e formalizzata in apposita modulistica con lo scopo di assicurare che il prodotto/servizio risultante dalla progettazione e dallo sviluppo sia in grado di soddisfare i requisiti per l'applicazione specificata o, dove conosciuta, quella prevista.

La validazione viene completata al termine del servizio al termine dell'erogazione.

Le registrazioni dei risultati della validazione e delle eventuali azioni necessarie sono conservate a cura di PRO

7.3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo

Le modifiche della progettazione e dello sviluppo sono evidenziate ed identificate in documenti opportunamente predisposti.

Le modifiche sono riesaminate, verificate e validate ed approvate prima della loro attuazione.

Il riesame delle modifiche della progettazione e dello sviluppo comprendono la valutazione degli effetti che tali modifiche hanno sul servizio in oggetto o servizi similari.

Le registrazioni inerenti le modifiche, i risultati delle stesse e delle eventuali azioni necessarie intraprese sono conservate sotto forma documentale da PRO e RSQ.

7.4 Approvvigionamento, ordini ai fornitori, verifica delle forniture

7.4.1 Processo di approvvigionamento

ANIDRA assicura che i prodotti approvvigionati siano conformi ai requisiti specificati per l'approvvigionamento in fase di ordine o lettera d'incarico o altro documento formalizzante.

Il tipo e l'estensione del controllo eseguito sul fornitore e sul prodotto/servizio acquistato è correlato agli effetti che il prodotto/servizio acquistato potrà avere sulla successiva realizzazione del servizio erogato.

L'organizzazione attraverso il proprio personale valuta e seleziona i fornitori in base alla loro capacità di fornire prodotti o servizi conformi ai requisiti richiesti dell'organizzazione stessa.

Sono stati stabiliti i criteri di accettazione e per la selezione dei nuovi fornitori di materie prime e accessori e nel modulo; per il personale esterno/interno, la valutazione in ingresso viene eseguita secondo quanto richiesto dai moduli stessi predisposti.

Sono stati stabiliti i criteri per la valutazione e rivalutazione dei fornitori.

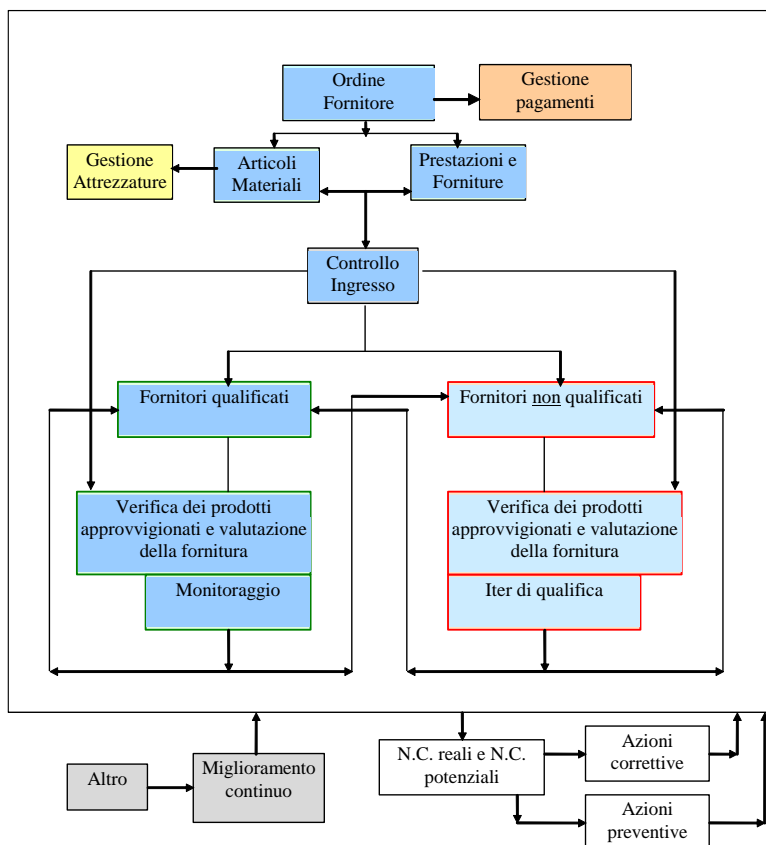
Le registrazioni dei risultati delle valutazioni (sia in ingresso, sia annuale) sono conservate.

Tutte le azioni riferite a negatività scaturite dalla valutazione o da quanto approvvigionato sono conservate e registrate, esse influiscono nelle percentuali riferite alla qualifica annuale dei fornitori.

Nella tabella successiva sono elencate le colorazioni attribuite ai fornitori nel modulo di gestione IL 01.01 in riferimento all'idoneità stabilita in fase di inserimento/qualifica annuale

Tabella riassunto colorazioni per il modulo IL 01.01	
Colore Verde = Fornitore Nuovo	Colore Giallo = omologato in prova
Colore Azzurro = non utilizz. da 2 anni	Colore Rosso = Sospeso o depennato
Bianco = Fornitore attivo	

Flussogramma Attività di gestione dei fornitori



7.4.2 Informazioni per l'approvvigionamento

Le informazioni al fornitore per l'approvvigionamento aziendale effettuato da ACQ descrivono i prodotti da acquistare, ivi inclusi:

- a) i requisiti per l'approvazione del prodotto o del servizio, delle procedure, dei processi e delle apparecchiature,
- b) i requisiti per la qualificazione del personale impiegato,
- c) i requisiti del sistema di gestione per la qualità e accreditamento.

ANIDRA assicura l'adeguatezza dei requisiti specificati per l'approvvigionamento riportando quanto indispensabile prima della loro comunicazione al fornitore in documenti predisposti.

7.4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati

L'organizzazione ha stabilito ed effettua adeguati controlli e collaudi ed altre attività necessarie per assicurare che i prodotti ed i servizi approvvigionati ottemperino ai requisiti specificati per l'approvvigionamento in fase di ordine o lettera di incarico.

Qualora sia richiesto dal cliente e/o reputato necessario dall'organizzazione devono essere espresse in fase di ordine le verifiche presso il fornitore o l'organizzazione, precisando le informazioni relative all'approvvigionamento, le modalità concernenti tali verifiche e per il rilascio del prodotto/attrezzatura.

In caso di accettazione della verifica da parte del fornitore, i tempi e le modalità saranno riportate sull'ordine di acquisto o trasmesse per scritto.

La prassi in uso prevede controlli da parte dell'organizzazione al fornitore di servizi (es. Docenti esterni), in quanto si tratta di fornitori in outsourcing.

La verifica al fornitore viene condotta da personale qualificato incaricato dalla direzione con le modalità descritte dal flusso di riferimento di cui alla pagina precedente (cfr flusso pag. 33).

7.5 Attività di erogazione del servizio

7.5.1 Gestione delle attività di erogazione del servizio

L'insieme dei documenti predisposti e delle registrazioni conseguenti ci permette di tenere sotto controllo l'intero insieme di attività eseguite nella struttura e di testimoniarne l'esecuzione, consentendoci così di conservare la conoscenza di quanto eseguito.

Il nostro Ente ha pianificato le proprie attività di erogazione del servizio predisponendo documenti che descrivono in dettaglio quanto attuato, specificati all'inizio di questo paragrafo.

Per pianificare questa attività vengono utilizzati una serie di moduli riportati dettagliatamente nella "IL" di riferimento.

7.5.2 Validazione dei processi di erogazione del servizio

Per dimostrare la capacità ad erogare servizi formativi atti a conseguire i risultati pianificati sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti:

- ✚ criteri per l'approvazione delle attività formative erogate: le azioni intraprese sono monitorate, valutate e validate alla loro prima erogazione e se conformi validano altresì la progettazione dei corsi/azioni;
- ✚ esistenza di procedure/flussi e istruzioni lavoro adeguati per assicurare processi erogati in condizioni controllate (vedi elenchi presenti in PG 01), aggiornati secondo le Leggi vigenti;
- ✚ qualificazione e gestione delle attrezzature: le apparecchiature vengono testate al momento dell'acquisto e durante il loro ciclo di vita con le modalità descritte nella IL 05;
- ✚ disponibilità di ambienti consoni allo scopo IL 01, IL 04;
- ✚ Qualificazione ed informazione al personale: il personale viene qualificato all'atto dell'assunzione e formato ed informato per le attività da svolgere (IL 02);
- ✚ uso di metodi e di documenti procedurali definiti: le modalità di erogazione sono state regolamentate da istruzioni di lavoro corredate di modulistica testata al momento del loro primo utilizzo;
- ✚ i requisiti per le registrazioni: sono definiti nella procedura PG 05 e si applicano a tutta la modulistica utilizzata per l'erogazione dei servizi secondo l'istruzione o flusso o procedura di riferimento;
- ✚ la rivalidazione: segue gli stesi criteri sopra descritti e si rende necessaria ogni qualvolta mutano le condizioni di erogazione del servizio;
- ✚ i valori degli indicatori di monitoraggio dei flussi: sono valutati secondo quanto espresso nei flussi stessi e secondo le tolleranze previste dall'organizzazione;
- ✚ gli indicatori di risultato dei vari flussi sono raccolti e verificati a seconda dei risultati da ottenere (posti annualmente dalla Direzione): Riesame della Direzione (IL 07)

- ✚ dalla soddisfazione dei clienti individuati e dai risultati dei corsi: raccolta ed analisi dei risultati dei questionari (IL06) e valori ottenuti nella scheda di fine corso;
- ✚ dai valori e dal numero di NC rilevate da verifiche di Enti Committenti o di parte terza (Certificatori): verbali e risultati numerici annuali.

7.5.3 Identificazione e rintracciabilità

ANIDRA identifica i servizi mediante un titolo ed una codifica espressa in fase progettuale, tutte le fasi per la realizzazione del servizio ed i documenti coinvolti riportano tali codifiche.

Lo stato d'avanzamento dei servizi e le relative documentazioni evidenziali dei monitoraggi e di misurazione dei requisiti sono evidenziati dai codici e titoli stabiliti.

L'identificazione descritta precedentemente consente di rintracciare tutta la documentazione relativa alla progettazione e all'erogazione di ogni corso, negli appositi classificatori e nel sistema gestionale del corso in base alla tipologia del corso, è possibile conoscere anche le dispense attinenti od i documenti relativi alle valutazioni previste.

Utilizzando i codici di identificazione è anche possibile conoscere lo stato di avanzamento di ogni corso e altri dati significativi.

7.5.4 Proprietà del cliente

La tipologia del servizio offerto non coinvolge la gestione da parte nostra della proprietà del cliente, se non intesa come dati personali, per la manipolazione dei quali facciamo riferimento al decreto legislativo 196/2003 sulla Privacy.

7.5.5 Conservazione dei prodotti

L'organizzazione ha cura delle proprietà del cliente quando esse sono sotto il suo controllo o vengono utilizzate dall'organizzazione stessa.

La proprietà dell'allievo è costituita da:

- ✚ tutti i dati personali richiesti e forniti all'organizzazione (Legge sulla privacy),
- ✚ dall'abbigliamento per le prove pratiche e materiale protettivo (Sicurezza) personale (se previsto dal progetto)
- ✚ da materiale didattico e dispense

Tutti gli effetti personali dell'allievo, se lasciati presso la sede del corso, sono oggetto di particolari attenzioni, vengono lasciati dove posizionati ma sorvegliati dal personale di segreteria o chiusi a chiave nell'aula (momenti di pausa). Nel caso di dimenticanze di oggetti o altro nell'aula (dimenticanze a fine lezioni), è cura della segreteria, verificando lo stato dell'aula a fine lezioni, occuparsi della rimozione e custodia presso la propria postazione fino al ritiro prima della lezione successiva.

L'abbigliamento di proprietà viene conservato sino al termine del corso in appositi spazi all'interno della sede sorvegliato da se stesso o dalla segreteria, in fase di stage (quando previsto) il materiale proprio dell'allievo e/o fornito dall'azienda risiede presso l'azienda.

7.6 Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio e misurazione

L'organizzazione ha individuato i monitoraggi e le misurazioni che vanno effettuati per le proprie attività di servizio riferire ai questionari di soddisfazione erogati, per fornire evidenza della conformità dei servizi ai requisiti determinati.

L'organizzazione ha predisposto un flusso IL 05 "Tenuta sotto controllo degli strumenti di misura" per assicurare che i monitoraggi e le misurazioni siano eseguiti/e in modo coerente con i requisiti di monitoraggio e di misurazione.

Nel flusso IL 05 gli strumenti di misurazione subiscono:

- ✚ una taratura verifica di idoneità prima della loro utilizzazione, a fronte di requisiti specifici definiti dall'organizzazione stessa;
- ✚ una taratura verifica di idoneità annuale o secondo necessità quando necessario;
- ✚ l'identificazione - gli strumenti/documenti campione sono identificati ed inseriti in apposito elenco che consente di conoscere il loro stato di taratura;
- ✚ la verifica dopo l'utilizzo per evitare correzioni da parte di estranei alla taratura, i documenti campione sono protetti secondo le leggi vigenti e posti in armadio con chiave contro regolazioni che potrebbero invalidare i risultati delle misurazioni;
- ✚ la segregazione in ambienti salubri (segreteria) pertanto sono protetti da danneggiamenti e deterioramenti.

L'organizzazione verifica, valuta e registra negli anni per confermare la validità di precedenti risultati di misurazioni

Le registrazioni delle tarature e delle verifiche sugli strumenti sono conservate e archiviate secondo quanto definito nel flusso IL 05

8. MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

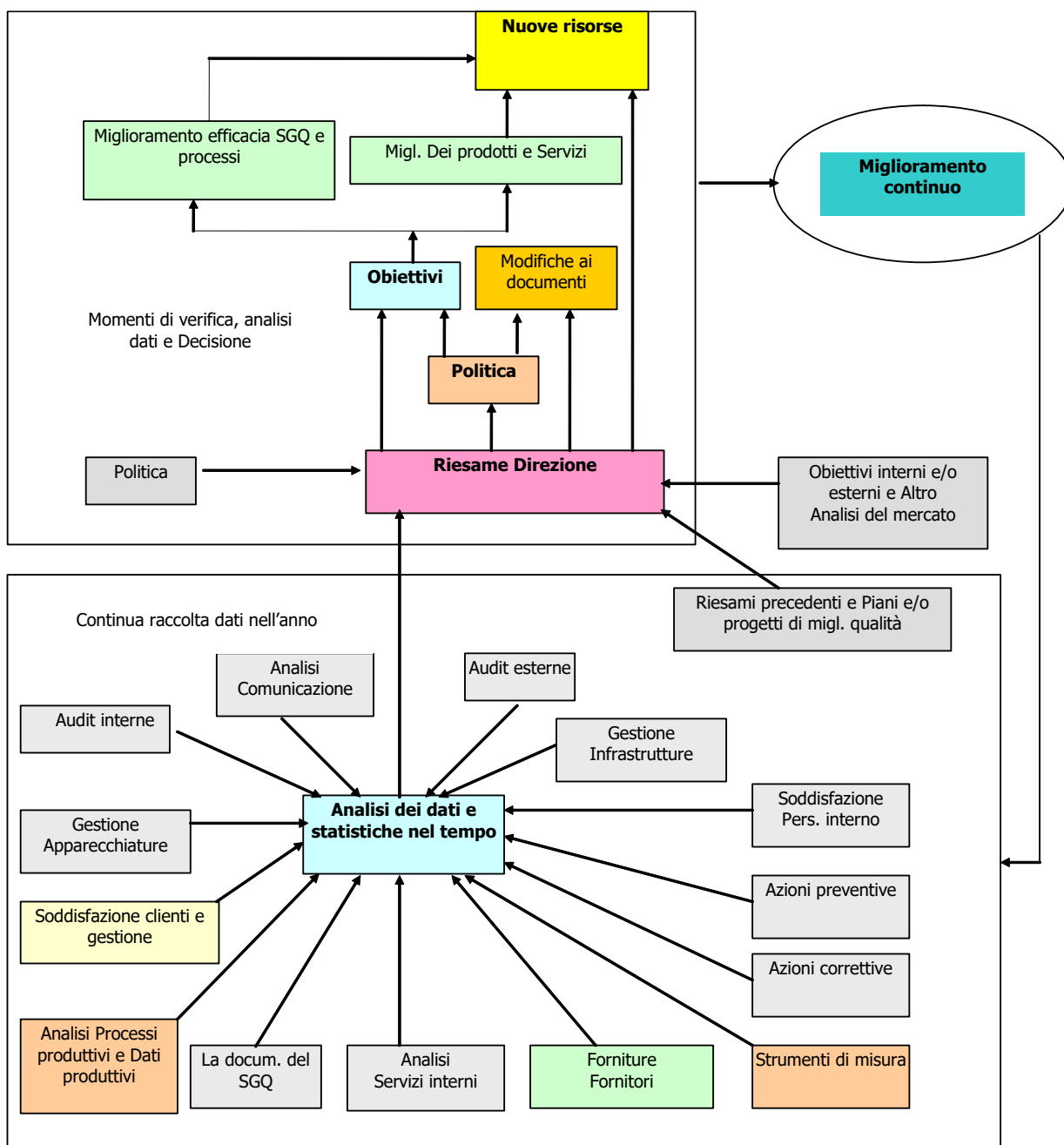
8.1 Elementi generali

ANIDRA persegue il proprio continuo miglioramento pianificando ed attuando i processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento necessari a:

- ✚ dimostrare la conformità dei prodotti,
- ✚ assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità e accreditamento,
- ✚ migliorare in modo continuo l'efficacia del sistema di gestione per la qualità e accreditamento.

Questo comprende l'individuazione dei metodi applicabili, incluse le tecniche statistiche, e l'estensione della loro utilizzazione.

Al fine di dare effettività, sistematicità e concretezza a tale orientamento, viene attuato un macro-processo finalizzato che, nelle sue linee fondamentali, è reso dal diagramma riportato nel seguente "Diagramma a blocchi del processo di miglioramento continuo".



8.2. Monitoraggi e Misurazioni

8.2.1. Soddisfazione del cliente

ANIDRA monitora le informazioni relative alla percezione del cliente su quanto l'organizzazione stessa abbia soddisfatto i requisiti del cliente medesimo, rappresentando questo monitoraggio come una delle misure delle prestazioni del sistema di gestione per la qualità e accreditamento.

I metodi per ottenere tali informazioni consistono principalmente nella somministrazione nel questionario di soddisfazione, le informazioni raccolte sono elaborate e utilizzate nel Riesame della Direzione per il miglioramento continuo.

Inoltre hanno influenza i dati rilevati riguardanti:

- ✚ reclami scritti
- ✚ insoddisfazioni verbali rilevate dal personale dell'azienda (all. PGQ 8.03.03)

Nel Flusso "Soddisfazione del cliente" IL 06 sono espresse nel dettaglio le modalità ed i riferimenti ai questionari erogati.

Le soluzioni intraprese a seguito dei reclami vengono comunicate per scritto al cliente e se reputato necessario in allegato alla risposta viene inviata la copia dell'azione aperta (documento NC o AC) corrispondente

Tutti i reclami vengono rivisti e considerati durante il Riesame della Direzione.

8.2.2. Audit interne

Il dettaglio delle attività pianificate per questa attività di monitoraggio e valutazione del Sistema è specificato nella procedura PG 02; di seguito si forniscono comunque gli elementi essenziali per la comprensione di quanto svolto.

Abbiamo previsto e manteniamo attivo, per il nostro Sistema di gestione per la qualità e accreditamento, un meccanismo di audit interne. Le audit sono realizzate rispettando un Piano definito dal Rappresentante della direzione, proposto in sede di riesame del Sistema ed approvato dalla Direzione. Il Rappresentante della direzione, per la sua specifica attività di gestore del Sistema, ha l'autorità di valutare lo stato e l'importanza dei processi e delle aree da sottoporre a verifica, e nella pianificazione tiene conto dei risultati delle precedenti audit, sia interne che esterne.

In generale, per verifica (o visita), di qualunque tipo, si intende un esame sistematico ed indipendente finalizzato a stabilire se quanto previsto a livello organizzativo generale o più in dettaglio a livello comportamentale:

- ✚ è coerente con i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015
- ✚ è coerente con quanto da noi stabilito relativamente al Sistema, al suo funzionamento ed al suo aggiornamento
- ✚ risulta efficace, cioè adeguato al conseguimento degli obiettivi pianificati

Il processo di monitoraggio del nostro Sistema prevede una sequenza fissa di attività, descritte in dettaglio nella [PG-02](#):

- ✚ pianificazione delle audit e programmazione della loro esecuzione
- ✚ esecuzione delle audit, compreso il riesame delle eventuali azioni correttive attivate a seguito dei precedenti audit
- ✚ stesura del rapporto finale
- ✚ condivisione del rapporto con le persone coinvolte
- ✚ eventuale definizione delle azioni successive agli audit
- ✚ riesame delle attività conseguenti agli audit
- ✚ valutazione, in sede di riesame del Sistema, delle informazioni emergenti dagli audit e dalle eventuali azioni conseguenti.

Ciascuna verifica realizzata specifica criteri, estensione, frequenza e modalità di esecuzione.

La pianificazione delle audit interne tiene in considerazione la necessità di assegnare l'incarico di ogni valutazione a persone qualificate (vedi § 6.2), e che non svolgano in prima persona il lavoro da sottoporre a verifica. I criteri di scelta dei valutatori e di conduzione delle audit assicurano che il processo sia obiettivo ed imparziale, con lo scopo ultimo di contribuire al più generale processo di miglioramento continuo del Sistema.

I rapporti finali di verifica segnalano le informazioni emergenti dalla verifica stessa e le eventuali non conformità riscontrate, alle quali i responsabili delle aree verificate rispondono mediante la tempestiva individuazione ed attivazione di provvedimenti adatti ad eliminare sia la non conformità che le sue cause. La formalizzazione delle azioni intraprese segue gli stessi percorsi adottati per la gestione delle non conformità (vedi § 8.3) e delle azioni correttive (vedi § 8.5.2), avvalendosi inoltre della stessa modulistica. Le azioni correttive attivate a seguito di eventuali non conformità del Sistema sono sottoposte a verifica della loro attuazione e riesaminate rispettando i tempi pianificati per ciascuna azione, nonché nel corso delle successive audit sull'area stessa.

Le registrazioni conseguenti alla audit interna sono conservate dal Rappresentante della direzione per tre anni, e le informazioni utilizzate quale elemento in ingresso per il riesame del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento (vedi § 5.6).

8.2.3. Monitoraggio dei processi e dei prodotti

I processi del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento ed i servizi erogati vengono monitorati e, quando possibile, misurati, in modo da tenerli sotto controllo e da confermare sistematicamente la loro capacità ad ottenere i risultati pianificati. Le modalità per il monitoraggio sono specificate nei documenti del Sistema (Procedure e/o Istruzioni) collegati a ciascun

processo (vedi anche il § 4.1). In generale quindi il monitoraggio viene definito sulla base del Manuale, delle Procedure e/o delle Istruzioni che descrivono le modalità di esecuzione delle singole attività e processi interni dell'azienda.

La nostra azienda, al fine di verificare la capacità dei processi di ottenere i risultati pianificati, ha implementato un sistema di monitoraggio dei processi e dei servizi mediante l'uso di appositi indicatori, i cui valori sono oggetto di analisi in occasione del Riesame del Sistema.

Nei casi per i quali, sia pure con l'applicazione delle indicazioni procedurali, i risultati pianificati non vengano raggiunti, sono adottati opportuni provvedimenti per assicurare la conformità (vedi § 8.3) ed attivare le necessarie azioni correttive (vedi § 8.5.1 e § 8.5.2).

I risultati delle attività di monitoraggio sono uno degli elementi di input del riesame del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento (vedi § 5.6).

8.3 Gestione delle non conformità

ANIDRA ha assicurato, mediante la procedura PG 03 "Tenuta sotto controllo dei servizi non conformi", che i prodotti/servizi non conformi ai relativi requisiti siano identificati e tenuti sotto controllo per evitare la loro involontaria utilizzazione o consegna.

Nella procedura documentata sono precisate le modalità e le connesse responsabilità ed autorità per occuparsi dei prodotti non conformi.

La procedura prevede la conservazione, le registrazioni sulla natura delle non conformità e sulle azioni susseguenti intraprese, incluse le concessioni ottenute/effettuate.

La procedura prevede che i prodotti non conformi corretti siano riverificati per dimostrare la loro conformità ai requisiti.

Quando un prodotto non conforme viene rilevato dopo la sua consegna o dopo l'inizio della sua utilizzazione, l'organizzazione ha adottato appropriate azioni in merito agli effetti, reali o potenziali, derivanti da tali non conformità.

8.4 Analisi dei dati e delle informazioni

La nostra società, per dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento e per individuare strategie di intervento e di miglioramento, raccoglie ed elabora dati ed informazioni in merito a:

- ✚ soddisfazione degli Clienti (vedi anche § 8.2.1)
- ✚ reclami (vedi anche § 7.2.3 e 8.5.2)
- ✚ conformità ai requisiti del servizio e ai relativi processi di progettazione e realizzazione (vedi § 8.3 e § 8.2.3)
- ✚ conformità del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento (vedi § 8.2.2)
- ✚ valutazione dei fornitori (vedi § 7.4).

Questi dati ed informazioni, insieme a qualunque altro dato od informazione che possa riguardare l'andamento generale dell'azienda ed i processi del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento, vengono prioritariamente utilizzati per l'effettuazione del riesame del Sistema stesso (vedi § 5.6). I risultati delle analisi costituiscono la base per le valutazioni di efficacia, cioè del raggiungimento degli obiettivi pianificati, e la definizione del Piano di Miglioramento, delle azioni correttive, di qualunque provvedimento che possa dare un contributo all'efficienza dell'organizzazione nel suo complesso e nelle sue singole aree di attività.

Per la raccolta e l'elaborazione dei dati vengono utilizzate semplici tecniche statistiche specificate per ciascuna tipologia di dati od informazione raccolta.

Gli indicatori utilizzati per effettuare l'analisi sono indicati nella IL-04.

8.5 Miglioramento

8.5.1 Miglioramento continuo

L'efficacia del nostro Sistema di gestione per la qualità e accreditamento viene migliorato, con sistematicità, mediante alcuni meccanismi di carattere specifico (Azioni Correttive e Preventive, vedi i successivi § 8.5.2 e § 8.5.3) ed uno di carattere generale che coincide con l'emissione del Piano di Miglioramento che segue ciascuna riunione di riesame della Direzione e la sua sistematica attuazione e verifica. Il meccanismo generale è così progettato in quanto, nel corso del riesame, vengono sempre presi in considerazione e valutati (insieme ad altri) tutti gli elementi richiesti dalla norma relativamente al miglioramento continuo, e cioè:

- ✚ politica ed obiettivi per la qualità
- ✚ risultati degli audit
- ✚ analisi dei dati
- ✚ azioni correttive
- ✚ azioni preventive
- ✚ riesami della Direzione.

Il meccanismo generale di organizzazione del processo di miglioramento può essere meglio compreso con l'aiuto della successiva rappresentazione grafica.

8.5.2 Azioni correttive

Come specificato nel precedente paragrafo, le azioni correttive -così come le preventive- fanno parte del più generale processo di miglioramento continuo, ed hanno come finalità prima l'eliminazione o la riduzione dell'incidenza delle cause di non conformità, in modo da ottenere una corrispondente riduzione nella ripetizione delle non conformità stesse.

Rimandando alla procedura Gestione del Miglioramento i dettagli di quanto pianificato e realizzato relativamente a questo tema (motivazioni dell'avvio di una azione correttiva, sequenza delle attività, responsabilità associate, modalità di riesame dei provvedimenti attuati), di seguito vengono sintetizzati i comportamenti da noi pianificati e seguiti.

Le azioni correttive possono essere riferite a:

- ✚ reclami degli Clienti
- ✚ non conformità del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento emerse nel corso degli audit interni od esterni
- ✚ decisioni prese a seguito del trattamento delle non conformità delle prestazioni/servizi o delle modalità di realizzazione del prodotto e a seguito di anomalie
- ✚ decisioni prese a seguito dell'analisi e della valutazione di tutte le informazioni che costituiscono gli elementi in ingresso per il riesame del Sistema.

Con la suddivisione appena indicata si assicura che le azioni correttive man mano attivate siano il più possibile appropriate agli effetti delle non conformità riscontrate.

Una volta decisa, l'azione correttiva viene formalizzata su uno specifico modulo "**Richiesta di azione correttiva**"

La sequenza per la gestione di ogni azione correttiva può essere rappresentata con l'aiuto del diagramma che segue.

8.5.3 Azioni preventive

Come dettagliato nella PG-04, l'individuazione e l'attivazione delle azioni preventive è legata all'effettuazione del riesame del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento, o comunque ai dati che in essa vengono sviscerati in modo sistematico.

Sulla base di quanto raccolto dal Rappresentante della direzione e formalizzato nella Relazione per il riesame del Sistema, i partecipanti alla riunione hanno la possibilità di individuare provvedimenti che consentano di eliminare o di limitare le cause di non conformità potenziali.

Resta comunque fermo il fatto che chiunque della nostra organizzazione che individui la possibilità di avviare un'AP, è invitato in qualunque momento a presentarne la richiesta a DG o RGQ.

I requisiti necessari per l'individuazione delle non conformità potenziali, delle relative cause e delle possibili azioni da attuare si riferiscono a quanto applicabile anche a quanto appena indicato nel caso delle azioni correttive. In specifico, quindi, le azioni preventive possono riferirsi a:

- ✚ potenziali reclami degli Clienti
- ✚ potenziali non conformità del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento, che possono ad esempio emergere durante audit interni od esterni
- ✚ potenziali non conformità delle prestazioni/servizi o delle modalità di realizzazione del progetto e del prodotto delle prestazioni

Per il dettaglio dei criteri adottati per attivare un'azione preventiva, in funzione dei requisiti sopra elencati e del peso che le cause delle non conformità potenziali possono rivestire, è necessario riferirsi alla PG-04.

Una volta decisa, l'azione preventiva viene formalizzata su uno specifico modulo "**Richiesta di azione preventiva**"

Tutte le azioni preventive attivate, i risultati raggiunti e le informazioni relative sono uno degli elementi in ingresso per il riesame del Sistema di gestione per la qualità e accreditamento.