

P01 – Procedura Gestione Attività di Sistema



Revisione	Data	Descrizione	Copia n.
0	28-02-2018	Nuova emissione	Aziendale

EMISSIONE/VERIFICA – RGQ	APPROVAZIONE – DIR

INDICE:

1. GESTIONE DEI DOCUMENTI E DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE	3
1 SCOPO	3
2 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3 RESPONSABILITA'	3
4 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE	3
2. LEADERSHIP	9
5 SCOPO	9
6 CAMPO DI APPLICAZIONE	9
7 RESPONSABILITA'	9
LEADERSHIP	9
PIANIFICAZIONE	10
VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	11
3. AUDIT INTERNI	15
1 SCOPO	15
8 CAMPO DI APPLICAZIONE	15
9 RESPONSABILITA'	15
10 MODALITA' OPERATIVE	15
4. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' E DEI RECLAMI	18
1 SCOPO	18
11 CAMPO DI APPLICAZIONE	18
12 RESPONSABILITA'	18
13 CONTROLLO DELLE NON CONFORMITA'	18
5. GESTIONE AZIONI CORRETTIVE E DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	22
1 SCOPO	22
14 CAMPO DI APPLICAZIONE	22
15 RESPONSABILITA'	22
16 MODALITA' OPERATIVE	22

1. GESTIONE DEI DOCUMENTI E DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

1 SCOPO

Lo scopo della presente sezione della procedura è il seguente:

- Stabilire criteri efficaci per controllare la documentazione sia di provenienza esterna che interna
- Assicurare che i documenti siano disponibili dove richiesto e all'ultimo stato di revisione.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alle seguenti attività:

- Ricevimento, registrazione e distribuzione di documenti di origine esterna
- Elaborazione, approvazione e distribuzione dei documenti originati all'interno di **ITALMONDO**.
- Archiviazione dei documenti
- Gestione del Sistema informatico presente presso **ITALMONDO**

3 RESPONSABILITA'

RGQ è responsabile della gestione della documentazione della Qualità, della sua emissione e della sua verifica ed è inoltre responsabile della sua distribuzione e della sua archiviazione.

Le responsabilità di emissione e approvazione di ciascun documento sono indicate per ciascuno di essi, nonché della sua archiviazione.

Ciascuna funzione è responsabile della compilazione della modulistica relativa alle procedure di propria competenza .

4 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

4.1 Documentazione del sistema di gestione per la qualità

La documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità è composta da:

- Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità
- Procedure
- Istruzioni
- Allegati
- Informazioni documentate

4.1.1 Identificazione

Ciascun documento viene identificato da:

- Sigla ed eventuale numero progressivo
- Titolo
- Revisione

Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità = *MdQ Rev. 0*

Procedure = P (*P01 - Processi operativi Rev. 0*)

Istruzioni = IST (*IST02 – Gestione Giacenze Rev. 0*)

Documenti di registrazione = Acronimo con le iniziali del titolo (*MRQ5.5 = Verbale di Riesame del Sistema*)

4.1.2 Emissione, verifica ed approvazione

La tabella riportata sotto identifica le responsabilità di emissione, verifica ed approvazione dei vari documenti relativi al Sistema per la Gestione per la Qualità.

DOCUMENTO	EMISSIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità	RGQ	RGQ	DIR
Procedure	RGQ	RGQ	DIR
Istruzioni	RGQ	RGQ	DIR
Allegati	RGQ	RGQ	DIR
Informazioni documentate	RGQ	RGQ	---

4.1.3 Distribuzione

I documenti all'interno di **ITALMONDO** sono distribuiti per via informatica con la limitazione alla sola lettura (formato PDF).

RGQ mette a disposizione di tutta l'Azienda anche una copia cartacea aziendale.

In relazione al formato cartaceo un documento può essere distribuito in modo controllato o in modo non controllato:

- controllato: copie nominative e revisionate;
- non controllato: copie informative e non necessariamente all'ultimo livello di revisione.
- Esiste un' unica copia cartacea aziendale a disposizione di tutti presso l'ufficio qualità.
- Tutti i documenti di competenza sono stati illustrati attraverso una riunione di settore.

I documenti non controllati sono contraddistinte dalla dicitura "COPIA NON CONTROLLATA", non riportano numerazione progressiva di distribuzione e sono vistate da RGQ.

Copie non controllate possono essere distribuite a fini commerciali e promozionali nella forma integrale o anche parziale.

RGQ conserva una copia del documento revisionato e superato.

4.1.4 Revisione ed aggiornamento dei documenti

I documenti vengono periodicamente revisionati ed eventualmente aggiornati in funzione delle esigenze che si presentano: ristrutturazioni organizzative, variazioni delle modalità operative e gestionali.

L'emissione, la verifica e l'approvazione degli aggiornamenti seguono lo stesso iter dei documenti originali come specificato al § 4.1.2.

La copia a disposizione di tutto il personale competente è disponibile presso l'ufficio qualità ed è coincidente con la copia della Direzione.

Quando un documento viene modificato, esso prende il numero di revisione successivo e viene distribuito ai possessori delle copie controllate.

Per quanto riguarda Manuale, Procedure ed Istruzioni, tutte le parti revisionate devono essere evidenziate al fine di favorire un'agevole identificazione degli elementi modificati. In particolare:

La revisione viene evidenziata con una barra nera a lato del paragrafo oggetto di modifica.

L'originale del documento superato deve essere identificato ed archiviato in apposita cartella informatica e cartacea a disposizione di RGQ

4.2 Gestione dei documenti ed informazioni documentate

Le informazioni documentate sono suddivise in funzione del tipo di supporto e di contenuto/dati raccolti.

Supporto

- Cartaceo ovvero format dedicati alla raccolta strutturata di dati ed informazioni;
- Elettronico ovvero format/maschere di supporto a data entry.

Contenuto

- Informazioni documentate (da mantenere) come ad esempio tutti i documenti descrittivi del Sistema di Gestione (Manuale, procedure, istruzioni, etc.)
- Informazioni documentate (da conservare) come ad esempio tutti quei documenti attestanti controlli (Politica per la Qualità, Obiettivi, Valutazioni dei fornitori, etc.)
- All'interno del Manuale è stato inserito un elenco indicante tutti le informazioni documentate.

• **INFORMAZIONI DOCUMENTATE 9001:2015**

da ANNEX A

Maintain documented information = dove 9001:2008 usa il termine *documento, procedura documentata, manuale qualità, piano della qualità*

Retain documented information = dove 9001:2008 usa il termine *registrazione*

D/R	Requisito	D/R relativi a
D	4.3	Scopo del SGQ
D	5.2.2 a	Politica per la Qualità
D	6.2.1	Obiettivi per la Qualità
R	7.1.5.1	Evidenza dell'adeguatezza alle finalità delle risorse di monitoraggio e misurazione
R	7.1.5.2 a	Riferimento per taratura e verifica in assenza di campioni internazionali o nazionali
R	7.2 d	Evidenza della competenza
R	8.2.3.2 a	Risultati del riesame dei requisiti relativi a prodotti e servizi
R	8.2.3.2 b	Ogni nuovo requisito dei prodotti e servizi
R	8.3.3	Input a progettazione e sviluppo
R	8.3.4	Attività di controllo su progettazione e sviluppo (definizione risultati da raggiungere, riesami, attività di verifica e validazione, azioni conseguenti a riesami e ad attività di verifica e validazione)
R	8.3.6	Modifiche a progettazione e sviluppo, risultati del riesame, autorizzazione alle modifiche, azioni intraprese per prevenire impatti avversi
R	8.4.1	Valutazione fornitori esterni
R	8.5.2	Identificazione univoca degli output, quando la rintracciabilità è un requisito
R	8.5.3	Comunicazione al cliente o al fornitore esterno per eventuali danni o inadeguatezza della loro proprietà
R	8.5.6	Controllo modifiche alla produzione ed erogazione del servizio (risultati del riesame delle modifiche, persona che autorizza le modifiche, ogni azione necessaria emergente dal riesame)
R	8.6	Rilascio dei prodotti e servizi (evidenza della conformità ai criteri di accettazione; tracciabilità della/e persona/e autorizzata/e al rilascio)
R	8.7.2	NC (descrizione; azioni intraprese; concessioni ottenute; identificazione dell'autorità che decide le azioni in merito alle NC)
R	9.1.1	Evidenze dei risultati di monitoraggi, misurazioni, analisi, valutazioni
R	9.2.2 f	Audit Interni (evidenza dell'implementazione del programma di audit; risultati degli audit)
R	9.3.3	Risultati del Riesame della direzione
R	10.2.2	NC, AC intraprese, risultati di ogni AC

4.2.1 Compilazione

In ogni documento/informazione documentata della qualità è previsto lo spazio destinato a contenere la data di compilazione e la firma del compilatore; questi deve anche inserire tutti i dati e le informazioni che consentono di correlare il documento al prodotto od all'attività cui si riferisce.

Eventuali voci non compilate devono essere barrate.

Gli enti e le funzioni responsabili della compilazione dei documenti /informazione documentata della qualità sono indicati nei documenti del Sistema di gestione per la qualità che citano e descrivono i documenti stessi.

4.2.2 Archiviazione e rintracciabilità

L'archivio ufficiale dei documenti che costituiscono il sistema di gestione per la qualità è mantenuto nel sistema intranet aziendale.

Per accedere alla rete intranet è necessaria password che è regolamentata da password gestita dalla policy del Sistema.

Per i documenti su supporto informatico che sono di libero accesso in rete a tutto il personale, le modifiche vengono apportate esclusivamente da RGQ che vi accede tramite apposita password.

I documenti /Informazioni documentate della Qualità sono resi disponibili da RGQ alle funzioni interessate ed archiviati in accordo ai documenti del Sistema di gestione per la qualità che citano e descrivono i documenti stessi.

L'archiviazione deve essere effettuata in modo tale che i documenti siano rapidamente rintracciabili; inoltre i luoghi di archiviazione devono presentare condizioni ambientali idonee ad evitare deterioramenti o smarrimenti.

I tempi di archiviazione dei documenti sono citati nelle procedure di riferimento e/o nell' **Elenco documenti controllati**. In assenza di indicazioni specifiche valgono i termini di legge.

Per l'archiviazione in formato elettronico ed il relativo back up si veda sinteticamente il paragrafo 4.3.

4.2.3 Protezione

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità che citano e descrivono l'utilizzo dei documenti di registrazione definiscono eventuali limiti all'accesso e/o alla divulgazione degli stessi.

Il successivo § 4.3 descrive le modalità di accesso ai documenti.

4.2.4 Conservazione ed eliminazione

Il periodo di conservazione di ogni documento di registrazione della qualità è indicato nell'elenco degli stessi.

Durante tale periodo i documenti di registrazione della qualità possono essere messi a disposizione, dietro autorizzazione di RGQ, ai clienti che ne facciano richiesta per dimostrare il conseguimento dei livelli di qualità prestabiliti.

Al termine del periodo stabilito la funzione responsabile dell'archiviazione deve procedere alla distruzione dei documenti nella loro versione cartacea e cancellare dati/informazioni in versioni elettronica.

4.3 Gestione del Sistema informativo

4.3.1 Struttura

Il collegamento tra le filiali e il centro stella situato a Lainate, avviene tramite linea MPLS di fastweb. La navigazione e il controllo della posta avviene tramite watchguard, sostituito di recente con una versione più aggiornata, e antivirus Kaspersky che gira su tutti i client ed effettua un controllo sugli allegati e indirizzi mail.

L'accesso al dominio ITALMONDO avviene tramite User e Password e che deve essere sostituita ogni 6 mesi.

La documentazione di sistema risulta disponibile nella rete intranet accessibile a tutti nella cartella QUALITA'.

Gli eventuali documenti modificati vengono elencati in apposita mail destinata ai reparti di riferimento a cura della Segretaria di Direzione.

Il software gestionale si chiama SGA che gestisce moduli di operatività, dogana, contabilità, commerciale. L'accesso al software è controllato da utente e password.

Esiste anche il software gestionale che presidia il processo di logistica GEMAP che è controllato da utente e password.

L'accesso alla rete è limitata attraverso policy aziendale.

4.3.2 Salvataggio dei dati

Le repliche delle macchine virtuali tra i 2 cluster viene effettuata ininterrottamente 24/7.

VEEAM, il software che gestisce i backup delle macchine virtuali, è configurato per effettuare un backup incrementale giornaliero e un completo nel fine settimana. Ogni job viene notificato via mail.

Il DB di SGA è stato configurato per effettuare un salvataggio incrementale a mezzogiorno e uno completo la sera.

Gli archivi di posta vengono copiati su un QNAP come backup ogni volta che vengono creati dal CED.

Le macchine sono 4 HP con 2 SAN HP in modo da garantire continuità.

I documenti prodotti dalla funzione Risorse Umane (ad es. cedolini, buste paga, circolari, ferie) vengono diffusi attraverso il gestionale dedicato Worketix.

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI ELABORAZIONE ESTERNA

4.4 Documentazione del Committente

La documentazione inoltrata da clienti/committenti a definizione di rapporti contrattuali viene raccolta e conservata nelle pratiche relative.

4.5 Documentazione dei Fornitori

La documentazione di supporto all'acquisizione di servizi (specifiche di acquisto, etc.) viene raccolta da AMM e conservata nelle cartelle fornitori.

4.6 Normative nazionale ed internazionali

L'approvvigionamento, la gestione e l'aggiornamento sono realizzati tramite RGQ in collaborazione con i responsabili di funzione coinvolti che mantiene l'elenco delle normative nazionali od internazionali a disposizione e, per quelle di più frequente utilizzo, riceve con frequenza almeno

annuale comunicazione relativa allo stato di revisione delle norme medesime e procede al rinnovo della documentazione aggiornata.

L'elenco dei documenti di origine esterna è riportato nella sezione "Documenti di origine esterna" in **Elenco Documenti Controllati**.

Presso RGQ è disponibile elenco delle normative. In particolare per ogni documento sarà possibile disporre delle seguenti informazioni:

- descrizione della documentazione;
- identificativo o codice del documento;
- data di emissione e stato di revisione del documento;
- ubicazione del documento;
- data ultima verifica su stato di revisione.

RGQ è responsabile dell'aggiornamento dell'archivio aziendale. La diffusione di aggiornamenti, mediamente avviene tramite riunioni informative documentate. Delle stesse il RSGQ tiene elenco controllato ed aggiornato e, a richiesta delle funzioni interessate, ne consente la consultazione presso la propria funzione o trasmette fotocopia controllata per informazione/lavoro. In fase di Riesame della Direzione si valuta la completezza e l'aggiornamento dell'elenco documenti di origine esterna in **ELENCO DOCUMENTI CONTROLLATI**.

L'aggiornamento del personale in relazione a modifiche di norme o nuove pubblicazioni è condotto dal Responsabile di Area, secondo modalità diverse in funzione delle esigenze specifiche

2. LEADERSHIP

5 SCOPO

Lo scopo della presente sezione della procedura è il seguente:

- dimostrare che la Direzione aziendale applica strumenti efficaci per supportare e motivare le risorse nella gestione del sistema
- garantire che la pianificazione del sistema di gestione avvenga attraverso l'analisi dei rischi, quale strumento di prevenzione
- garantire che la pianificazione consideri tutti gli elementi offerti dalla valutazione delle prestazioni

6 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alle seguenti attività:

- LEADERSHIP
- PIANIFICAZIONE
- VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

7 RESPONSABILITA'

La Direzione aziendale e ciascuna funzione direttiva è responsabile di garantire l'efficacia del sistema di gestione e del costante soddisfacimento dei requisiti/obiettivi che l'Organizzazione ha stabilito.

LEADERSHIP

7.1 Impegno della Direzione e Politica

La Direzione Generale dà evidenza del suo impegno nello sviluppo e nel miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità mediante le seguenti attività:

- **individuazione requisiti dei clienti diretti ed indiretti attraverso l'analisi del contesto**
- **individuazione rischi ed opportunità rispetto alle esigenze dei clienti e delle norme cogenti**
- **definizione della politica per la qualità**
- **definizione di indicatori prestazionali del sistema operativo ed obiettivi ad essi correlati**
- **assegnazione di risorse adeguate**
- **conduzione di riesami periodici del sistema di gestione per la qualità.**

A fronte delle attività sopra indicate, la Direzione sviluppa la **Politica per la Qualità, Ambiente, Salute e Sicurezza** che richiama i propri obiettivi, supporta le strategie derivanti, riprende gli obiettivi aziendali in modo coerente con l'impegno a soddisfare i requisiti definiti e prevedendo un riesame periodico per valutarne l'attualità.

Essa viene diffusa a tutti i livelli aziendali ed ai collaboratori esterni in modo da esercitare una sensibilizzazione in tutto il personale affinché ognuno svolga in modo efficace ed efficiente i compiti che gli sono stati assegnati nel rispetto di quanto stabilito dalla Direzione in termini di qualità.

ITALMONDO, a dimostrazione dell'importanza di quanto espresso, ha istituito la funzione di Gestione per la Qualità alle sue dirette dipendenze e ad essa attribuisce mezzi adeguati, autorità, e libertà organizzativa per sviluppare e mantenere con le unità interessate il Sistema della Qualità, nonché per individuare, proporre, gestire le soluzioni necessarie a correggere gli aspetti di carenza di qualità.

E' stata inoltre delegata al Responsabile della Gestione della Qualità la competenza e l'autorità per la realizzazione del Sistema della Qualità, per lo sviluppo e la stesura del Manuale della Qualità e delle Procedure, per la preparazione e l'attuazione del Programma di Miglioramento della Qualità in **Tabella Obiettivi ed Indicatori**.

In esso, per ogni anno di attuazione, di mantenimento e di sviluppo del Sistema della Qualità aziendale, sono definiti gli obiettivi da conseguire in sintonia con quelli espressi nella politica della Qualità, i relativi mezzi, ed i target di miglioramento.

PIANIFICAZIONE

7.2 Risk Assesment

L'attività di identificazione, valutazione e controllo dei rischi viene condotta dalla Direzione, in collaborazione con i relativi responsabili di funzione e si articola in 4 fasi:

- identificazione; valutazione e controllo dei rischi connessi con i processi legati all'attività dell'Azienda ;
- identificazione di tutte le attività e di tutte le persone che hanno accesso al lavoro ed alla attività svolta dall'impresa, dei visitatori e delle persone che eseguono lavori nel sito dell'impresa;
- il rispetto di tutte le norme cogenti e tecniche ;
- la mitigazione possibile di tutti i rischi individuati o attraverso l'attivazione di azioni specifiche e/o obiettivi oppure attraverso l'attivazione di opportunità.

Al fine di valutare la significatività degli aspetti di rischio, l'Azienda ha impostato un'analisi dei processi tipici, individuando i processi (principali e di supporto) e i fattori di rischio determinati sia da soggetti interni che da soggetti esterni.

L'esito dell'indagine ha lo scopo di evidenziare le azioni necessarie (correlate agli obiettivi aziendali ed ad azioni di miglioramento) per eliminare o mitigare i rischi individuati.

La valutazione dei rischi formalizzata sul file FMEA viene rivista a seguito di:

- risultati dell'analisi del contesto,
- risultati dell'analisi delle esigenze dei clienti e delle parti interessate,
- analisi requisiti cogenti,
- revisione processi.

I risultati dell'Analisi consentono di formalizzare un Piano degli obiettivi ed indicatori coerente con la visione strategica aziendale. Al fine di approfondire i dettagli relativi a tale attività, si rimanda alla istruzione operativa **IST 01 Gestione Rischi ed Opportunità**.

7.3 Pianificazione Obiettivi

7.3.1 Obiettivi per la qualità

7.3.1.1 Indicatori

RGQ è responsabile del mantenimento ed aggiornamento del sistema di misurazione delle prestazioni che si compone di:

- Indicatori di sistema
- Indicatori prestazionali

Tali indicatori consentono di verificare il livello di attuazione della Politica della Qualità e la coerenza con l' **Analisi del Contesto e Valutazione dei Rischi ed Opportunità**.

Ad ogni riesame, la Direzione, stabilisce quali sono gli indicatori di sistema e prestazionali da utilizzare per la misurazione delle prestazioni del successivo periodo e i relativi obiettivi quantitativi.

DIR può inoltre individuare obiettivi di miglioramento individuali e di settore.

7.3.2 Pianificazione del Sistema di gestione per la qualità

Le risorse, i meccanismi e le strutture organizzative necessarie a conseguire gli obiettivi per la qualità sono periodicamente valutate in sede di riesame della Direzione .

Il documento utilizzato per articolare gli obiettivi è la Tabella Obiettivi ed Indicatori, suddivisa in processi primari e di supporto, in modo coerente con l'Analisi del Contesto e la Valutazione dei Rischi/opportunità.

In caso di modifiche al Sistema Qualità, la Direzione dispone di appropriate azioni, affinché il sistema stesso non perda di efficacia.

VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

7.4 Customer focus

Nell'ambito delle attività di riesame della Direzione di cui alla sezione, ovvero con frequenza almeno annuale, la Direzione definisce i criteri e le modalità cui attenersi nell'esecuzione periodica di analisi strutturata della soddisfazione cliente in relazione alle attività ed ai servizi erogati da **ITALMONDO SPA**.

Generalmente la Direzione elabora un elenco clienti rappresentativo (campione) da monitorare rispetto ad una serie di dati interni come ad esempio : fatturato aziendale, numero ordini, traffici seguiti, storicità del rapporto, referenze, eventuali strategie da applicare al cliente, etc. In fase di Riesame della Direzione vengono annualmente stabiliti i criteri di accettabilità di ogni singola indagine; i risultati vengono quindi commentati in fase di Riesame della Direzione.

A fronte dell' analisi dei dati e della gestione delle risultanze che possono scaturire dalla suddetta indagine, possono essere intraprese azioni correttive o azioni di miglioramento, come descritto oltre.

La Direzione Aziendale considera di fondamentale importanza la verifica della soddisfazione del cliente allo scopo di valutare le sue esigenze ed aspettative; per tale ragione desidera comprendere le esigenze e le aspettative dei suoi clienti, attuali e potenziali, definire sempre meglio le caratteristiche del servizio offerto importanti per il cliente, valutare, anche se in forma indiretta la capacità della concorrenza ed individuare le opportunità offerte dal mercato, i punti deboli e i vantaggi competitivi futuri.

Per fare ciò la Direzione identifica in sede di Riesame della Direzione uno strumento di monitoraggio che può essere o un questionario appositamente predisposto x la raccolta di dati in merito alla valutazione espressa da un campione di clienti oppure una raccolta dati supportata da analisi finale. In questo secondo caso, imposta un sistema di controllo che monitora una serie di dati considerati rilevanti in relazione all'andamento del rapporto con i Clienti critici:

- numero e tipo reclami,
- livello di fatturato
- numero spedizioni
- kgs di merce spedita
- rispetto tempi di consegna
- storicità del cliente

I criteri di impostazione e di accettabilità del sistema di monitoraggio prescelto, vengono identificati ogni anno nell'ambito delle attività di Riesame della Direzione.

La direzione aziendale successivamente valuta i risultati e identifica piani di miglioramento con una frequenza almeno annuale, in fase di Riesame della Direzione, utilizzando anche le azioni correttive/preventive o appositi piani della qualità.

Il Responsabile SGQ compila annualmente, in occasione dei Riesami della Direzione una statistica relativa a reclami che sono stati segnalati dai clienti nel corso dell'anno, ordinati per cliente e prodotto/servizio. Tale statistica potrà essere usata come base per l'adozione di eventuali azioni preventive e migliorative.

Analogamente il Responsabile SGQ raccoglie i dati relativi a non conformità interne, di sistema/servizio e non conformità dei fornitori. Queste ultime, costituiscono la base per la riqualifica dei fornitori, allo scopo di verificare il miglioramento del Sistema di gestione per la qualità degli stessi.

Anche tali dati sono inseriti nel Riesame annuale per verificare lo status del sistema di gestione qualità ITALMONDO SpA.

Vengono inoltre raccolti ed esaminati dati statistici quali:

- dati relativi all'attività del magazzino (cooperativa)
- dati relativi alla fatturazione sede e filiali
- dati relativi al numero pratiche sede e filiali.

Il Responsabile commerciale, in collaborazione con il Responsabile SGQ, può decidere, periodicamente, di inviare ad una campione significativo di clienti, un questionario per valutare la "Soddisfazione del cliente", i cui dati, integrati alle verifiche di fidelizzazione dei clienti, costituiscono una raccolta di informazioni analizzata per valutare la soddisfazione dei clienti per l'operato di ITALMONDO SpA.

Alle caratteristiche viene dato un valore che dipende dall'importanza che il cliente attribuisce alla caratteristica stessa.

Analogamente vengono valutati i reclami dei clienti e le possibili ripercussioni che gli stessi possono avere sui rapporti con l'Azienda.

Dai dati risultanti, discussi nel corso del Riesame della direzione, risulterà il raggiungimento o meno dell'obiettivo del miglioramento continuo perseguito dall'Azienda.

7.5 Riesame della Direzione

Lo stato di attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità deve essere controllato periodicamente tramite audit interni pianificati ed eseguiti da RGQ.

Con una cadenza almeno annuale si svolge una riunione presieduta dalla Direzione finalizzata alla *verifica del sistema di gestione per la qualità* per valutarne l'efficacia ed adeguatezza.

La riunione è indetta dalla Direzione che informa sulla data di convocazione, ordine del giorno.

Le fasi della *verifica del sistema di gestione per la qualità* sono le seguenti:

- organizzazione e pianificazione;
- preparazione;
- riunione della Direzione;
- emissione dei risultati;
- sviluppo delle azioni.

7.5.1 Organizzazione e pianificazione

I riesami della Direzione sono periodicamente pianificati da DIR. La pianificazione dei riesami è comunicata ai partecipanti.

7.5.2 Elementi in ingresso per il riesame

La preparazione del riesame è curata da RGQ e consiste nel:

- fissare l'ordine del giorno, data e luogo della riunione;
- predisporre la convocazione ai partecipanti con congruo anticipo in riferimento alle disponibilità;
- provvedere ad allegare tutti i documenti utili allo svolgimento del riesame; l'analisi sull'andamento del Sistema di gestione per la qualità viene condotta sulla base dei seguenti elementi:
 - i risultati degli audit interni;
 - le informazioni di ritorno dai clienti;
 - le prestazioni dei processi e la conformità dei prodotti/servizi;
 - lo stato di avanzamento delle azioni correttive e di miglioramento;
 - lo stato di avanzamento delle azioni scaturite da precedenti riesami della Direzione;
 - le modifiche organizzative pianificate;
 - gli input raccolti per il miglioramento

Gli elementi in ingresso sono documentati in apposita sezione del Verbale di Riesame della Direzione.

7.5.3 Elementi in uscita del riesame

Lo svolgimento tipico della riunione di verifica può essere riassunto come segue:

- obiettivi della riunione;
- stato di avanzamento delle azioni avviate e analisi delle azioni conclusive e dei relativi risultati;
- analisi della situazione: analisi delle segnalazioni e dei risultati degli audit interni, valutazione di appositi indicatori interni ed esterni (reclami clienti), andamento fornitori, andamento attività formative, risultati attività di vendita, livello di soddisfazione del cliente per i servizi commercializzati;
- decisioni ed azioni relative al miglioramento del sistema di gestione per la qualità, dei suoi processi, dei prodotti/servizi; relative alle esigenze di risorse;
- varie ed eventuali.

Gli elementi in uscita sono documentati in apposita sezione del Verbale di Riesame della Direzione dove vengono specificate, caso per caso, le responsabilità e le modalità di pianificazione delle Azioni di miglioramento.

Tale pianificazione deve tener conto di:

- obiettivi
- azioni
- risorse (umane e materiali)
- tempi

3. AUDIT INTERNI

1 SCOPO

Lo scopo della seguente sezione della procedura è il seguente:

- Definire responsabilità e metodi da seguire per l'attuazione degli Audit Interni effettuati in **ITALMONDO SPA** al fine di accertare che tutte le attività inerenti soddisfino i requisiti richiesti.

8 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica agli Audit Interni necessari per garantire la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità di **ITALMONDO SPA** con le procedure, ed a valutarne l'efficacia al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Direzione.

Le modalità riportate nella presente procedura possono essere inoltre utilizzate per valutare i Sistemi di Gestione e/o i processi dei fornitori.

9 RESPONSABILITA'

RGQ è responsabile di definire il piano annuale degli Audit Interni garantendo la competenza e l'indipendenza dall'attività sotto verifica.

DIR è responsabile dell'approvazione del piano annuale degli Audit Interni.

Il Responsabile del gruppo di Audit è responsabile di:

- analizzare il grado di applicazione delle regole richiamate nel Sistema di Gestione per la Qualità;
- determinare l'adeguatezza del Sistema di Gestione per la Qualità documentato;
- documentarne gli esiti.

10 MODALITA' OPERATIVE

10.1 Pianificazione

RGQ pianifica gli Audit Interni da condurre presso i vari reparti in relazione ai processi aziendali.

La pianificazione è fatta in modo che tutte le attività aziendali di **ITALMONDO** siano valutate almeno una volta all'anno.

Allo scopo di garantire l'indipendenza rispetto alle attività verificate, ci si potrà avvalere del supporto di auditor esterno che dovrà possedere caratteristiche coerenti con quanto stabilito nel Manuale del Sistema di gestione per la Qualità.

RGQ emette il **Piano degli audit interni(MRQ1701)** che individua per ogni elemento della normativa aree da sottoporre a verifica; esso è emesso su base annuale. In esso sono indicate oltre alle aree, le frequenze.

Tale documento è distribuito all'atto dell'emissione, alle aree aziendali interessate, a cura di RGQ.

Gli audit programmati possono essere integrate da audit ad hoc qualora:

- si manifestassero criticità improvvise od eventi negativi gravi;
- fosse necessario verificare l'efficacia di particolari azioni correttive;
- fosse richiesto per contratto dal committente;
- si fossero introdotte varianti notevoli all'organizzazione aziendale.

10.2 Preparazione

Le attività di preparazione ed effettuazione degli Audit Interni sono di competenza di RGQ o di persona da essa incaricata dotata di qualifica allo svolgimento di tale attività.

La qualifica può essere rappresentata o da attestato comprovante partecipazione a corso per auditor interni oppure registrazione di affiancamento ad auditor interno.

RGQ o l'incaricato degli Audit Interni, nell'esercizio del compito affidatogli, si può avvalere del supporto di personale di altri Enti in funzione del campo di attività sottoposto a audit.

I membri del gruppo di audit sono sempre indipendenti rispetto alle attività sottoposte a audit. Per ciascun audit è individuato un responsabile del gruppo di lavoro costituitosi all'uopo.

Il gruppo di lavoro prepara un piano per l'audit nel quale sono individuati, per le aree da sottoporre a audit, i documenti e le prescrizioni applicabili, il personale addetto all'audit e le tempistiche di massima.

Le informazioni di riferimento necessarie allo svolgimento dell'intervento sono registrate nella prima parte del **Rapporto di audit**.

RGQ con adeguato preavviso, comunica, all'organizzazione oggetto di audit, data ed argomenti dell'audit stesso.

Il gruppo di lavoro prepara, se ritenuto necessario, una lista idonea di riscontro (**MRQ1702_Rapporto Audit Interno**) in cui sono elencate le prescrizioni richieste e su cui è possibile raccogliere, durante l'accertamento, le risultanze riscontrate e le note del caso.

10.3 Effettuazione

L'effettuazione dell'audit si articola nei seguenti punti:

- riunione introduttiva tra gruppo di audit e le persone appartenenti all'Ente sottoposto alla audit con lo scopo di illustrare il piano di audit;
- verifica della corretta attuazione delle prescrizioni previste nel manuale, nelle procedure, nelle modalità operative applicabili al settore in esame; qualora sia stata predisposta check list di supporto deve registrare l'esito della audit di ogni elemento contenuto (C = conforme; NC = non conforme);
- riunione interna del gruppo di audit con lo scopo di esaminare i risultati degli accertamenti e definire eventuali commenti, osservazioni e non conformità;
- riunione finale del responsabile del gruppo di audit con i rappresentanti del reparto verificato sottoposto a audit con lo scopo di illustrare i risultati ottenuti, eventuali incompletezze o chiarimenti; concordare con il responsabile medesimo interventi da prevedersi (interventi immediati od azioni correttive) e relativa responsabilità di gestione.

10.4 Documentazione

Al termine dell'audit il Responsabile del Gruppo di Audit completa il **Rapporto di audit** secondo le modalità di seguito descritte. Se l'audit è condotto da personale esterno, quest'ultimo può utilizzare i documenti propri.

Potranno essere rilevate non conformità ovvero segnalazioni effettuate dal gruppo di audit allo scopo di identificare deviazioni sistematiche da quanto previsto dalla documentazione di sistema applicabile. Per ogni non conformità rilevata procede all'emissione di una azione correttiva secondo le modalità stabilite nei paragrafi successivi.

Il **Rapporto di audit** deve essere firmato dai responsabili del gruppo di audit e della funzione auditata. Il rapporto in originale deve essere trasmesso ad RGQ.

I rapporti sono messi a disposizione di RGQ per essere riesaminati periodicamente come previsto alla Sezione 1 del presente Manuale.

RGQ raccoglie e conserva tutta la documentazione relativa alle verifiche ispettive tenendo anche aggiornati i documenti di pianificazione.

10.5 Verifica degli interventi disposti

L'esecuzione di interventi correttivi affidati a specifico responsabile in seno all'ente auditato dovrà essere gestito secondo le modalità stabilite; in particolare dovrà

- documentare l'intervento eseguito;
- verificare l'applicazione di quanto disposto e certificare la chiusura dell'intervento;
- trasmettere i verbali di segnalazione ad RGQ.

Al ricevimento dei verbali RGQ dovrà programmare audit per il riesame dell'elemento del Sistema Qualità risultato non conforme od in alternativa audit per il riesame delle azioni correttive chiuse.

RGQ deve documentare l'esito della verifica finale dell'azione correttiva attuata.

4. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' E DEI RECLAMI

1 SCOPO

Questa procedura ha lo scopo di definire le modalità secondo le quali vengono gestite da **ITALMONDO SPA** le non conformità e le anomalie rilevate nelle differenti fasi del processo operativo, aventi dirette ripercussioni sulla qualità del servizio e fare in modo che le non conformità non perdurino nel tempo.

11 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica tutte le volte che debbano essere intraprese delle attività rivolte a rimuovere le cause che determinano e possono provocare delle NC o Reclami relative al servizio erogato.

12 RESPONSABILITA'

Tutte le funzioni sono responsabili del rilievo e della proposta di risoluzione delle non conformità o reclami rilevate all'interno dei processi operativi gestiti dalle stesse.

RGQ è responsabile della gestione del data base delle non conformità e dei Reclami e della verifica dell'attuazione degli interventi predisposti.

13 CONTROLLO DELLE NON CONFORMITA'

Non Conformità

Per **servizio non conforme** si intende ogni disservizio che

a) influisca negativamente nel rapporto commerciale con il Cliente, a seguito di:

- impegni non rispettati,
- danni;

e/o

b) produca impatto sulla produttività aziendale:

- perdite di tempo,
- mancato guadagno,
- perdita di denaro.

Per servizio non conforme si intende quindi un qualunque errore che rientri nelle categorie suindicate, individuato durante lo svolgimento dell'intero ciclo di produzione.

E' compito di RGQ esaminare periodicamente il livello di servizio dei Fornitori; se opportuno, periodicamente, fornisce i risultati di tale analisi alla Direzione Generale.

Un reclamo da parte del Cliente può essere ricevuto in Azienda sia in forma verbale che scritta; per reclami verbali, l'Operatore che lo riceve richiede di inviare sempre per fax tutte le informazioni relative al reclamo in oggetto.

Può essere indirizzato a una specifica persona o all'Azienda in generale. In quest'ultimo caso il destinatario del reclamo è RGQ.

Per ogni Fornitore di servizi di trasporto o di altre forniture, che abbiano influenza sulla Qualità del servizio, è predisposto un Rapporto di Non Conformità/Reclamo per registrare i disservizi, già precodificati sulla stessa scheda, causati dal loro operato.

I dati che concorrono alla classificazione della affidabilità dei Fornitori prescelti sono ad esempio:

- i danni causati alle merci
- i ritardi di prelievo/consegna merci
- i documenti (errati, smarriti o incompleti)
- i reclami dei Clienti imputabili al loro servizio

La Scheda viene compilata dagli addetti dei Reparti indicando il nome del Fornitore, specificando il numero di spedizione e spuntando la casella del disservizio riscontrato ed eventuali note, in particolare il tempo per rimediare al disservizio.

Le informazioni o documenti relativi al disservizio sono archiviati nella Cartellina di Spedizione.

Il Responsabile Qualità mensilmente raccoglie ed analizza le schede per individuare le lacune del servizio ricevuto dai Fornitori e propone quadrimestralmente alla Direzione Generale eventuali azioni correttive.

La Direzione Generale valuta e decide le azioni correttive (compresa l'opportunità d'effettuare Audit ai Fornitori) e ne assegna la responsabilità per l'esecuzione.

I risultati di tali azioni verranno rivisti nella successiva riunione e il Azione Correttiva sarà archiviato nel file Fornitori.

I dati statistici sulla Qualità del Fornitore sono registrati sulla relativa Scheda Valutazione Fornitore dal Responsabile Qualità per valutare il loro livello di Qualità nel tempo.

E' compito del Responsabile Qualità controllare periodicamente, con cadenza annuale, il permanere dei requisiti che hanno permesso al Fornitore di essere iscritto nella lista dei Fornitori Approvati.

GESTIONE DEL RECLAMO

Al ricevimento del reclamo scritto, l'Operatore compila il Rapporto Non Conformità/Reclamo indicando: la causa del reclamo è, rispettivamente, un Fornitore, un Corrispondente, un Reparto oppure un Cliente

- il nome del Fornitore, Corrispondente, Reparto, Cliente causa del disagio
 - il numero di spedizione di riferimento
 - la casella relativa al tipo di disservizio riscontrato
 - il costo in termini di tempo o di spesa economica necessario per la risoluzione del disagio
- eventuali note.

Provvede a dar corso all'analisi e a ricontattare eventualmente il Cliente per la risoluzione del problema. Per supporto, l'Operatore può rivolgersi al Responsabile Qualità che potrebbe ritenere opportuno gestire in prima persona il Reclamo.

Le informazioni dettagliate relative alla descrizione del reclamo e al suo trattamento devono essere registrate secondo le seguenti modalità:

– Reparto:	indicare il reparto interessato.
– Cliente/Sig./Tel.:	in questi campi indicare i dati indispensabili per individuare il Cliente che ha esposto reclamo.
– Descrizione reclamo:	riportare in modo chiaro e sintetico quanto rilevato.
– Firma:	firma di chi ha registrato i dati.
– Data:	data in cui è stato ricevuto il reclamo.
– Trattamento reclamo:	descrivere cosa viene fatto per risolvere e chiudere il reclamo.
– Costo:	riportare il costo (in tempo o in denaro) se quantificabile.
– Firma:	firma dell'operatore che ha risolto e quindi chiuso il reclamo.
– Data:	data della risoluzione del reclamo.
– Firma Resp. Qualità:	a reclamo risolto testimonia la verifica della corretta gestione.

Il reclamo si intenderà risolto dopo che si sarà ottenuta l'approvazione (anche verbale) da parte del Cliente. A reclamo risolto, l'Operatore provvederà a chiudere il caso e a trasmettere tutta la documentazione a RGQ.

RGQ verifica la correttezza della gestione del reclamo, lo registra sul **MRQ_ERNCRACRAM Elenco Reclami Non Conformità, Azioni Correttive e di Miglioramento** e provvede all'archiviazione. I reclami sono rivisti ed analizzati durante la riunione quadrimestrale con la Direzione Generale per la definizione di eventuali azioni preventive/correttive di carattere generale.

13.1.1 Non conformità di sistema

RGQ apre un **Rapporto di Non Conformità/Reclamo** e, in coordinamento con le funzioni interessate, decide gli interventi da effettuare.

Le modalità di effettuazione degli interventi sono riportate sul **modello 13_01** stesso come pure le modalità di verifica degli interventi.

13.1.2 Gestione pratiche assicurative

La Pratica assicurativa inerente tutti i servizi resi dall'Azienda (comprese le filiali) può essere aperta a seguito della trasmissione da parte del referente del traffico oppure da parte del responsabile commerciale di una segnalazione di disservizio da parte del Cliente (Reclamo). La responsabilità della gestione è assegnata all'Ufficio Legale che per valutare l'opportunità apertura pratica, richiede alcuni documenti:

- Documento di trasporto;

- Fattura di nolo per verifica tipologia di assicurazione concordata con il Cliente;
- Evidenza delle comunicazioni scambiate tra operatori e Cliente ed eventuali fotografie attestanti il danno;
- Modello Descrizione Danno (Allegato 3) compilato .

Una volta esaminati i documenti e accertata l'applicabilità della pratica quale "DANNO", la referente dell'ufficio legale inserisce i dati nel sistema gestionale SGA NET e stampa la copertina della Pratica danno che verrà utilizzata per identificare la cartella che da quel momento in poi conterrà tutti documenti cartacei a supporto della pratica stessa.

Le azioni che possono scaturire nell'ambito della gestione di una Pratica Danno sono:

- Invio lettera di responsabilità al vettore/padroncino o al corrispondente responsabile del reclamo
- Segnalazione cautelativa alla compagnia di assicurazione
- Definizione del reclamo con l'avente diritto
- Addebito reclamo al vettore/padroncino o al corrispondente responsabile. Se il responsabile del danno provvede al pagamento della fattura si provvede all'archiviazione della pratica

Qualora invece il responsabile del danno non provveda al pagamento della fattura di ITALMONDO, la Società chiede il rimborso alla propria compagnia di assicurazione, la quale, successivamente, esercita la rivalsa nei confronti del responsabile.

La Pratica viene monitorata costantemente dai referenti dell'Ufficio legale e, una volta conclusa, ne viene registrato lo stato nel gestionale che evidenzia le pratiche chiuse (evidenziate in verde) da quelle aperte (evidenziate in rosso).

Nel modulo "Rapporto di non conformità/reclamo" citato in precedenza viene anche precisato il termine di attuazione dell'azione correttiva, se definita, e motivi e data di implementazione per un eventuale slittamento del termine fissato in precedenza.

In fase di Riesame della Direzione i dati derivanti dalla gestione delle Pratiche Danno sono valutati statisticamente.

5. GESTIONE AZIONI CORRETTIVE E DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

1 SCOPO

Definire responsabilità e metodi da adottare per intervenire con:

- azioni correttive tese a eliminare o abbattere le cause delle non conformità rilevate;
- azioni preventive tese a scongiurare la possibilità di potenziali non conformità o a implementare azioni di miglioramento

14 CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile alla gestione delle azioni correttive derivanti dall'analisi delle non conformità puntuali o ricorrenti e delle azioni preventive per il miglioramento dell'organizzazione, del prodotto, del servizio e dei processi aziendali.

15 RESPONSABILITA'

DIR è responsabile di promuovere e sostenere l'impiego delle azioni correttive e preventive come metodo di crescita e di miglioramento del Sistema Qualità.

RGQ è responsabile della pianificazione e controllo delle azioni correttive e preventive.

Tutte le funzioni aziendali sono responsabili di promuovere ed attuare, se designate, azioni correttive e preventive, valorizzando il contributo e l'iniziativa dei propri collaboratori.

16 MODALITA' OPERATIVE

RGQ od altri enti aziendali interessati possono attivare azioni correttive o azioni di miglioramento volte ad analizzare ed eliminare cause potenziali di non conformità.

In particolare l'esame periodico dei verbali di segnalazione costituisce un riferimento per l'individuazione di possibili azioni di miglioramento

Richieste di azioni correttive o di miglioramento o la loro individuazione possono essere valutate od emergere nell'ambito di incontri periodici volti a valutare le prestazioni del Sistema di gestione per la qualità aziendale.

04.1.1 Segnalazione

L'avvio di un'azione correttiva o di miglioramento viene documentato mediante la compilazione del modello **MRQ1401_ERNCRACRAM Elenco Azioni Correttive e di Miglioramento**.

In particolare un'azione *correttiva* fa seguito all'emergere ed all'individuazione di una non conformità o di una osservazione che viene documentata sul modulo medesimo: l'ente responsabile dell'emissione avrà cura di concordare con il responsabile della gestione dell'intervento i seguenti elementi:

- tipologia di intervento;
- responsabilità di gestione dell'intervento;
- termine di esecuzione previsto dell'intervento.

Un'azione *di miglioramento* fa seguito all'emergere di una osservazione documentata, successivamente ad un audit interno, riesame della Direzione od altra riunione interna di riesame delle prestazioni del Sistema Qualità.

L'ente responsabile dell'emissione avrà cura di concordare con il responsabile della gestione dell'intervento i seguenti elementi:

- tipologia di intervento;
- responsabilità di gestione dell'intervento;
- termine di esecuzione previsto dell'intervento.

04.1.2 Analisi delle cause e proposta di intervento

Il responsabile della gestione dell'intervento esamina con l'eventuale supporto di Enti tecnici/specialistici ed individua la soluzione correttiva/preventiva che in base all'analisi elimina la causa della carenza.

Nella verbalizzazione dell'intervento, il responsabile avrà cura di registrare eventuali note sull'avanzamento dei lavori previsti e realizzati.

La responsabilità di misurare l'effetto della soluzione intrapresa spetta al responsabile dell'intervento. Se, a seguito di misura/verifica, questi non riscontra l'efficacia e/o l'effetto voluto, ha la responsabilità di richiedere l'eventuale prosecuzione dell'azione o lo studio di soluzioni più efficaci. Completato il medesimo dovrà registrare la data di effettiva chiusura dell'intervento.

Il responsabile dell'intervento comunica ad RGQ l'avvenuta chiusura. RGQ, esaminato il contenuto dell'intervento realizzato, può disporre la verifica successiva dell'efficacia di quanto implementato.

04.1.3 Chiusura dell'intervento

RGQ organizza mediante audit o specifica riunione il riesame degli interventi gestiti e realizzati dai responsabili aziendali di cui ai punti precedenti.

La verifica comporta:

- un riesame nel merito dell'efficacia (eliminazione della deviazione riscontrata);
- un riesame nel merito degli aspetti formali (adeguamento, aggiornamento della documentazione di Sistema, altro).

RGQ documenta l'intervento sul rapporto in **MRQ1401_ERACRAM Elenco Azioni Correttive e di Miglioramento e**

- nel caso di riscontro favorevole procede alla chiusura;
- nel caso di riscontro sfavorevole procede alla chiusura del verbale in esame e procede all'apertura di un nuovo report in **MRQ1401**.
- Il dettaglio delle azioni correttive o delle azioni di miglioramento implementate viene poi inserito nel **modello MRQ1401_ERACRAM Elenco Azioni Correttive e di Miglioramento** al fine di monitorarne lo sviluppo.

04.1.4 Archiviazione

RGQ ha la responsabilità di gestire l'archivio dei *Verbali di segnalazione VDS* e mantenere sotto controllo lo stato di avanzamento degli interventi a mezzo di essi identificati e pianificati.

Documento	Responsabilità	Luogo e periodo di conservazione
Analisi del Contesto	Qualità	Archivio 3 anni
POLITICA per la QUALITA'	Qualità	Archivio 3 anni
Obiettivi ed Indicatori di Processo	Qualità	Archivio 3 anni
MRQ_5.5 Verbale di Riesame	Qualità	Archivio 3 anni
FMEA Valutazione dei Rischi e delle Opportunità	Qualità	Archivio 3 anni
MRQ1702 Report Audit Interno	Qualità	Archivio 3 anni
MRQ1701 Piano Audit Interni	Qualità	Archivio 3 anni
MOD_RAI Rapporto Audit Interno	Qualità	Archivio 3 anni
MRQ_13_01 Rapporto di Non Conformità e Reclamo	Qualità	Archivio 3 anni
MRQ14_01 ERNCRACRAM Elenco Reclami Non Conformità, Azioni Correttive e di Miglioramento	Qualità	Archivio 3 anni