



Manuale di gestione per la qualità, la sicurezza e l'ambiente

Indice

0	PREMESSA.....	5
0.1	Generalità	5
0.2	I principi della qualità.....	5
0.3	Approccio per processi	5
1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	6
1.1	Generalità	6
1.2	Applicazione.....	6
2	RIFERIMENTI NORMATIVI	7
2.1	Riferimenti normativi del sistema di gestione per la qualità	7
3	TERMINI E DEFINIZIONI	7
4	CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	9
4.1	Comprendere l'organizzazione e il suo contesto.....	9
4.2	Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	9
4.3	Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità	9
4.4	Sistema di gestione per la qualità e relativi processi	9
5	LEADERSHIP	10
5.1	Leadership e impegno	10
5.2	Politica per la qualità.....	11
5.3	Ruoli, responsabilità e autorità	11
6	PIANIFICAZIONE	11
6.1	Azioni per affrontare rischi e opportunità	11
7	SUPPORTO	14
7.1	Risorse	14
7.2	Competenza	16

7.3	Consapevolezza	16
7.4	Comunicazione	16
7.5	Informazioni documentate	17
8	ATTIVITÀ OPERATIVE	19
8.1	Pianificazione e controllo operativi	19
8.2	Requisiti per i prodotti e i servizi	19
8.3	Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi	21
8.4	Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti all'esterno	24
8.5	Produzione ed erogazione dei servizi	25
8.6	Rilascio di prodotti e servizi	27
8.7	Controllo degli output non conformi	27
9	VALUTAZIONI DELLE PRESTAZIONI	29
9.1	Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazioni	29
9.2	Audit interni	30
9.3	Riesame della Direzione	32
10	MIGLIORAMENTO	34
10.1	Generalità	34
10.2	Non conformità e azioni correttive	34
10.3	Miglioramento continuo	35

Appendici al Manuale della Qualità

MQ-GFC APP-A Alcuni termini utilizzati

MQ-GFC APP-B Alcune abbreviazioni utilizzate

MQ-GFC APP-C Dati Anagrafici e Societari dell'Organizzazione

MQ-GFC APP-D Processi e Aree funzionali

MQ-GFC APP-E Responsabilità del controllo dell'elenco dei documenti esterni per la qualità

MQ-GFC APP-F Responsabilità del controllo dell'elenco dei documenti interni per la qualità

MQ-GFC APP-G Prospetto per l'identificazione dei documenti

MQ-GFC APP-H esempio di scheda per il controllo delle registrazioni digitali

Allegati al Manuale della Qualità

MQ-GFC ALL-A Nomine dei responsabili

MQ-GFC ALL-B Listino prezzi

MQ-GFC ALL-C Organigramma e mansionario

MQ-GFC ALL-D politica della qualità

MQ-GFC ALL-E Layout delle sedi e dei punti vendita

Liste del Manuale della Qualità

MQ-GFC LST-A Elenco controllato dei documenti esterni per la qualità

MQ-GFC LST-B Elenco controllato dei documenti interni per la qualità

NOTA: Le appendici sono sottoposte a revisione insieme al Manuale della Qualità. Gli allegati hanno un proprio indice di revisione ed ogni documento ha una propria periodicità.

Le liste sono elenchi con ognuna una propria specifica periodicità

0 PREMESSA

0.1 Generalità

Il sistema per la qualità, sicurezza e ambiente adottato dalla Green Fuel Company spa, in seguito denominata anche “GFC” o “ Società” o “organizzazione”, ha l’obiettivo di migliorare l’efficacia e l’efficienza nello svolgimento delle attività, al fine di accrescere la competenza e la capacità di rispettare i requisiti cogenti, i requisiti espressi e impliciti, la soddisfazione del cliente stesso e delle altre parti interessate, siano esse esterne all’organizzazione (fornitori di materiali di consumo e apparecchiature, istituti di credito, enti di collaudo, consulenti), che interne (personale dipendente e collaboratori) tramite l’applicazione efficace del sistema, compresi i processi per migliorare il sistema stesso.

Il sistema è gestito in accordo al Manuale della Qualità, sicurezza e ambiente (di seguito detto MQ GFC) articolato in maniera che i paragrafi corrispondano ai punti previsti dalle principali norme di riferimento. A supporto della gestione sono inoltre redatti i documenti di valutazione dei rischi ambientali, per la sicurezza e per la qualità.

0.2 I principi della qualità

Il sistema di gestione della qualità descritto nel MQ GFC si basa sui principi di gestione per la qualità descritti nella ISO 9000:

- a. la focalizzazione sul cliente (vedi par 5.2.2 del MQ);
- b. la leadership (vedi cap. 5 del presente MQ GFC);
- c. la partecipazione attiva delle persone (vedi par 7.1.2);
- d. l’approccio per processi (vedi par. 0.3 del presente MQ GFC);
- e. il miglioramento (vedi cap. 10 del MQ GFC);
- f. il processo decisionale basato sulle evidenze (vedi cap. 8 del MQ GFC);
- g. la gestione delle relazioni, basate sul coinvolgimento (par. 7.1.2) e su un rapporto collaborativo con le parti interessate.

0.3 Approccio per processi

0.3.1 Generalità

La descrizione è riportata **al par. 0.2 del MQ GFC**. I processi individuati sono descritti **nell’APPENDICE D del MQ GFC** e sono numerati in modo progressivo con una coppia di cifre (es. processo 00). A tale identificazione è legata la numerazione delle procedure, delle istruzioni e dei moduli.

Nel MQ GFC è riportata una rappresentazione schematica degli elementi di un singolo processo.

0.3.2 Il ciclo PDCA e il miglioramento

La descrizione è riportata al punto **0.2 del MQ GFC**. La procedura cardine del ciclo di miglioramento è la **PG 1.1** (riesame della Direzione) che costituisce un quadro di riferimento per l’utilizzo delle procedure di gestione delle non conformità e delle azioni correttive (**PG 1.2**), degli audit (**PG 1.3**) del risk-based thinking e delle azioni di miglioramento (**PG 1.4**) e per l’utilizzo delle procedure relative ai clienti: **PG 2.2** soddisfazione dei clienti.

Nelle appendici alla PG 1.1 è riportata una rappresentazione del ciclo PDCA

0.3.3 Il risk based thinking

La descrizione è riportata **al punto 0.3 del MQ GFC**. I riferimenti procedurali e nel manuale sono indicati al paragrafo precedente: in particolare, il riesame della direzione (**PG 1.1**), e il miglioramento basato sull’analisi dei rischi e delle opportunità (**PG 1.4**)

0.3.4 Relazioni con altre norme di sistemi di gestione

La descrizione è riportata al par. 0.1 del MQ GFC.

1 Scopo e campo di applicazione

1.1 Generalità

Il Sistema di Gestione per la Qualità è instaurato dalla Direzione dell'azienda GFC allo scopo di:

- a. attuare la Politica della Qualità e conseguire gli obiettivi specificati
- b. garantire ai propri clienti che i prodotti e i servizi forniti siano in grado di soddisfare le loro esigenze e aspettative e di produrre il massimo beneficio, nel rispetto delle normative e leggi applicabili
- c. sviluppare e consolidare la tendenza a intervenire sulle cause dei problemi anziché limitarsi a intervenire dopo che gli effetti sono stati rilevati.

Il presente Manuale ha lo scopo di documentare il Sistema di Gestione della Qualità della GFC e di descrivere in maniera completa la struttura organizzativa, le responsabilità e le disposizioni organizzativo-gestionali a carattere generale.

Il Manuale identifica, definisce e documenta i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità, la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione, la relativa sequenza e le reciproche interazioni. Definisce inoltre le responsabilità interne dell'organizzazione, i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e controllo di questi processi.

Esso viene integrato:

- d. dalle procedure documentate richieste dalle norme di riferimento e da quelle che la Direzione ritiene opportuno adottare;
- e. dalle istruzioni operative a supporto delle procedure documentate;
- f. dalla modulistica necessaria a documentare in maniera efficace i processi ed i controlli svolti.

1.2 Applicazione

1.2.1 Campo di attività

La GFC opera nel mercato di vendita del gas metano ed è il più grande e strutturato player privato del settore degli impianti stradali di metano per autotrazione per numero di unità produttive e per copertura geografica.

La Società, nata nel 2007 come punto di incontro di esperti del settore, oggi sviluppa l'attività aziendale in cinque ambiti affini ma differenti.

Erogazione di carburanti per autotrazione

Rientrano in tale ambito le attività di gestione dei punti vendita, nei quali il cliente è rappresentato dagli utilizzatori finali (gli automobilisti) e/o dall'organizzazione proprietaria dei mezzi di trasporto.

Attualmente sono 14 gli impianti di distribuzione stradale uso autotrazione in esercizio che erogano gas naturale compresso e biometano (alcuni anche altri prodotti fluidi) distribuiti sul territorio nazionale, in Lombardia (9) e Campania (4) e Piemonte (1).

Realizzazione di impianti stradali di erogazione carburanti per autotrazione

Rientrano in tale ambito le attività di progettazione e realizzazione di impianti in conto proprio o in conto di terzi.

Vendita di gas naturale ed energia elettrica a clienti finali sul mercato libero

Con riferimento a tale ambito di attività la GFC è stata autorizzata dal 2011 dal M.i.S.E. all'esercizio dell'attività di vendita di gas naturale a clienti finali ai sensi dell'art. 17 D.lgs. 25.5.00 n. 164, e dal 2014 dall'Agenzie delle Dogane anche per l'attività di vendita a clienti finali di Energia Elettrica sull'intero territorio nazionale.

Dal 2018 la Società è autorizzata da Snam Rete Gas ad operare ed esercire, nella qualità di shipper, nel sistema di Trasporto Nazionale, per l'esercizio come operatore al PSV (punto di scambio virtuale) e per l'attività di bilanciamento.

Dal 2019 è autorizzata da Società Gasdotti Italia ad operare ed esercire, nella qualità di shipper, capacità di trasporto di gas naturale nel sistema di Trasporto Nazionale per la rete di trasporto e metanodotti di competenza e con Unareti, nella qualità di *shipper*, capacità di trasporto di gas naturale, nel sistema di Trasporto di Distribuzione Locale Area Lombardia Locale (Milano) per la rete di trasporto locale di competenza.

Servizi di fornitura di gas naturale mediante carro bombolaio.

Tale ambito di attività si sviluppa partendo dalla stazione di compressione metano di Brescia – un'area tecnica attrezzata di circa 15.000 mq – e tramite carica dei carri bombolai consente la fornitura di stazioni di metano autotrazione figlie (non collegate alla condotta gas di trasporto nazionale e/o locale) e l'erogazione di servizi ed interventi di fornitura di gas naturale mediante carro bombolaio in emergenza su richiesta dei soggetti deputati alla gestione delle Reti di Trasporto (Snam, A2A, 2i Rete Gas, ecc.).

Con riferimento a tale ambito di attività la GFC con la stazione di compressione ed il parco attrezzature fa parte del Consorzio CEI (Consorzio Emergenze Italia).

Trasporto e vendita Biometano

La Società ha sottoscritto contratto di trasporto con Snam per:

- a. trasportare il biometano della Calabria Maceri e Servizi S.p.A., secondo impianto di biometano da FORSU in Italia, alle stazioni di rifornimento in tutta Italia consentendo il riconoscimento dei CIC al produttore;
- b. trasportare il biometano della Amiacque S.r.l. (Gruppo CAP) prodotto da depurazione mediante trattamento dei fanghi dall'impianto Bresso-Niguarda sugli impianti lombardi della Green Fuel Company per alimentare la flotta dei mezzi del Gruppo CAP consentendo il riconoscimento dei CIC al produttore.

Tali attività collocano la GFC come prima, e per il momento unica, società in Italia in grado di immettere in consumo nel settore trasporti presso i distributori stradali per autotrazione il prodotto biometano.

1.2.2 Campo di applicazione

Il Sistema di Gestione per la Qualità della Organizzazione, come requisito base in tutte le situazioni, contrattuali e non, è applicabile per tutte le attività indicate nel paragrafo 1.2.1.

Tutte le attività svolte dalla GFC sono eseguite in conformità alla norma ISO 9001:2015.

2 Riferimenti normativi

2.1 Riferimenti normativi del sistema di gestione per la qualità

UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti

UNI EN ISO 19011:2012 Linee Guida per gli Audit dei Sistemi di Gestione

Tali norme sono custodite dal Responsabile Qualità a cui compete la cura dei relativi aggiornamenti.
MQ-GFC LST-A Elenco controllato dei documenti esterni per la qualità

Le principali leggi, norme e direttive di settore possono essere consultate nel MQ-GFC LST-A documento collegato al presente manuale della qualità (vedi nota successiva all'indice del manuale)

3 Termini e definizioni

I termini e le definizioni contenute nel MQ GFC possono essere consultati nelle appendici al presente manuale MQ-GFC APP-A (Alcuni termini utilizzati) e MQ-GFC APP-B (Alcune abbreviazioni utilizzate).

BOLZA

4 Contesto dell'organizzazione

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

L'organizzazione procede alla determinazione dei fattori interni/esterni rilevanti in grado di influenzare la sua capacità di ottenere gli esiti attesi dal proprio sistema di gestione integrato.

I fattori interni ed esterni rilevanti per le finalità e per gli indirizzi strategici (di lungo periodo) dell'organizzazione e che influenzano la capacità di conseguire i risultati attesi (nel breve periodo) sono individuati e analizzati nel processo di riesame della Direzione che indica anche le modalità di monitoraggio e di riesame delle relative informazioni.

L' Organizzazione, nello specifico, pone particolare attenzione alle condizioni ambientali (questioni/fattori ambientali da considerare come, ad esempio, quelle correlate al clima, alla qualità dell'aria, alla disponibilità di risorse naturali/materie prime, ecc.), che sono dallo stesso influenzate ovvero essere in grado di influenzare gli esiti attesi stabiliti per il proprio Sistema di gestione integrato per la qualità e l'ambiente. Anche in questo caso la determinazione complessiva delle questioni/fattori rilevanti (esterni/interni) è mantenuta come informazione documentata, disponibile solo alle parti interessate interne mediante la consultazione sul server aziendale, attraverso l'Analisi del Contesto.

In sintesi, i fattori che impattano sui risultati dell'Organizzazione possono essere interni o esterni e molto diversificati tra loro:

- a. Fattori esterni: possono essere di natura legale, tecnologica, concorrenziale, di mercato, di natura socio-economica, a livello internazionale, nazionale, regionale o locale;
- b. Fattori interni: possono riferirsi a valori, cultura, conoscenza, know-how e performance proprie dell'organizzazione.

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione integrato sono individuate nel processo di riesame della direzione (clienti, enti, dipendenti, consulenti, fornitori, banche) che indica altresì le modalità per determinare e tenere sotto controllo le relative informazioni e per monitorare l'andamento dei fattori critici di successo individuati.

4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

Il campo di applicazione del sistema di gestione della qualità è definito al **par. 1.2.2 del presente documento**.

4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi

L'organizzazione stabilisce, attua, mantiene e migliora in modo continuo un sistema di gestione per la qualità e individua i processi necessari e le loro interazioni. I processi individuati sono distinti in **processi generali o di supporto** (direzione, clienti e vendite, persone, dotazioni, documenti, fornitori e acquisti, amministrazione, produzione) e **processi di business o operativi** (erogazione di carburanti per autotrazione detto anche gestione piazzali, realizzazione di impianti di erogazione conto proprio e conto terzi, vendita di gas naturale ed energia elettrica a clienti finali su mercato libero, servizi di fornitura di gas metano mediante carri bombolai e trasporto e vendita bio-metano)

4.4.1 Approccio per processi

L'approccio per processi prevede:

- a. la mappatura dei processi (descrizione e rappresentazione) in modo da poter determinare per ogni processo gli input necessari e gli output attesi;
- b. la determinazione della sequenza dei processi e delle loro interrelazioni;

- c. la determinazione dei criteri e dei metodi di monitoraggio e di misurazione delle prestazioni per assicurare l'efficace funzionamento e la tenuta sotto controllo;
- d. la determinazione delle risorse necessarie per tali processi e l'assicurazione della disponibilità;
- e. l'attribuzione di responsabilità ed autorità per tali processi;

l'Appendice D al presente manuale documenta le attività sopra descritte

L'approccio per processi prevede inoltre:

- f. l'analisi dei rischi per ogni processo, documentato nel prospetto dell'analisi dei rischi di cui al par. 6.1.1 del presente MQ;
- g. la valutazione dei processi e l'attuazione delle modifiche necessarie al conseguimento dei risultati attesi;
- h. il miglioramento dei processi, così come indicato al punto 6.1.2;

4.4.2 Mantenimento dei documenti e conservazione delle registrazioni

Le informazioni documentate di tipo prescrittivo interne (manuale, procedure, istruzioni, moduli) ed esterne (normative, specifiche) sono mantenute nell'archivio documenti, in forma cartacea e digitale, secondo quanto previsto dalla procedura generale di gestione dei documenti e delle registrazioni.

Le informazioni documentate di registrazione delle attività sono conservate nell'archivio registrazione e distinti per processi e per periodi.

5 Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Generalità

La direzione dimostra il proprio impegno:

- a. assumendosi la responsabilità dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità con un sistema di deleghe chiaro e ben definito senza ambiguità e aree grigie definito con l'organigramma, il mansionario e il sistema di incarichi;
- b. assicurando nel riesame della Direzione che siano stabiliti la politica e gli obiettivi per la qualità relativi al sistema di gestione per la qualità e che essi siano compatibili con il contesto e con gli indirizzi strategici dell'organizzazione;
- c. assicurando l'integrazione dei requisiti del sistema di gestione per la qualità nei processi di business dell'organizzazione, attraverso il sistema di audit e le attività di formazione e informazione;
- d. promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk-based thinking nel riesame della Direzione e nelle attività ordinarie con attività di formazione e informazione delle persone;
- e. assicurando la disponibilità delle risorse necessarie al sistema di gestione per la qualità, con una adeguata politica di budget;
- f. comunicando l'importanza di una gestione per la qualità efficace, e della conformità ai requisiti del sistema di gestione per la qualità con attività di formazione e informazione delle persone;
- g. assicurando che il sistema di gestione per la qualità consegua i risultati attesi, definendo gli obiettivi e implementando il sistema di audit;
- h. facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema di gestione per la qualità, attraverso un sistema di incontri di formazione e informazione
- i. promuovendo il miglioramento attraverso le non conformità rilevate e implementando gli audit interni;
- j. fornendo sostegno agli altri ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership attraverso stanziamenti di budget e analizzando le proposte dei responsabili delle varie aree di responsabilità, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità.

5.1.2 Focalizzazione sul cliente

La Direzione verifica attraverso un sistema di audit interni e di interviste a clienti che siano determinati, compresi e soddisfatti con regolarità i requisiti del cliente ed i requisiti cogenti applicabili.

Nel prospetto dell'analisi dei rischi determina e affronta i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità di prodotti e servizi.

Nel piano di miglioramento assicura il mantenimento della focalizzazione sulla soddisfazione del cliente.

5.2 Politica per la qualità

La Politica della qualità supporta gli indirizzi strategici aziendale, la sua missione e la sua visione ed è adeguata alle finalità e al contesto dell'organizzazione. Costituisce un quadro di riferimento per fissare gli obiettivi per la qualità, definisce il livello di impegno alla soddisfazione dei requisiti del cliente e dei requisiti cogenti e a un miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità.

5.2.1 Stabilire la politica

Il documento di politica della qualità viene verificato e approvato annualmente, come output del riesame della Direzione.

5.2.2 Comunicare la politica per la qualità

Il documento della politica per la qualità, allegato al Manuale della Qualità nell'ultima revisione in corso di validità, è reso disponibile a tutte le parti interessate mediante riunioni, sessioni di formazione e la diffusione di comunicati da parte della Direzione dell'Organizzazione.

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità

La Direzione definisce l'organigramma ed il mansionario e ne promuove la pubblicazione e la comunicazione affinché i soggetti coinvolti siano pienamente consapevoli del proprio ruolo, le responsabilità e le autorità siano definite in modo inequivocabile e sia possibile la pianificazione delle attività, la loro realizzazione, il controllo ed il miglioramento.

L'assegnazione delle responsabilità e delle autorità è effettuata in maniera da assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità alla ISO 9001, da tenere sotto controllo i processi aziendali, le prestazioni e la soddisfazione del cliente.

L'organigramma ed il mansionario sono allegati al presente manuale (MQ-GFC ALL-C).

6 PIANIFICAZIONE

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

L'Organizzazione per analizzare il contesto e comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate e per pianificare le azioni da intraprendere per il miglioramento:

- a. Eseguire la mappatura dei processi e l'analisi dei rischi;
- b. Utilizza i risultati per determinare le azioni per il miglioramento e la loro pianificazione.

6.1.1 Rischi e opportunità

Per identificare i rischi l'Organizzazione effettua in sede di riesame della Direzione l'analisi del contesto, analizzando i processi interni, identificati nel par. 4.1

L'analisi dei rischi viene condotta utilizzando metodologie adeguate.

Con la **matrice SWOT** viene effettuata l'identificazione dei rischi e delle opportunità che è necessario affrontare per fornire l'assicurazione che il sistema di gestione per la qualità possa conseguire i risultati attesi, espressi in termini di obiettivi per la qualità (vedi par. 6.2), accrescere gli effetti desiderati, prevenire quelli indesiderati e conseguire il miglioramento.

Con il **prospetto sinottico dell'analisi dei rischi** viene definito l'impatto potenziale di ogni singolo rischio e le azioni per affrontarlo.

Il prospetto è sottoposto ad aggiornamento in occasione di ogni riesame della Direzione.

La prima parte del prospetto è dedicata a riportare le singole minacce o opportunità identificate nella matrice SWOT.

Per ogni rischio è stimato l'impatto, combinando probabilità di avvenimento e importanza (gravità) degli effetti.

6.1.2 Le azioni per il miglioramento

Nella seconda parte del prospetto sinottico sono indicate sinteticamente le azioni necessarie per mitigare in fase di progettazione del processo in oggetto (azioni by design) gli effetti indesiderati (minacce) o per esaltare quelli desiderati (opportunità). L'implementazione delle azioni by design può modificare la probabilità di accadimento o l'importanza degli effetti e dunque rideterminare l'impatto. Sulla base di tale rideterminazione nella terza parte del prospetto per ogni rischio residuo (dopo le azioni by design) vengono riportate le azioni necessarie nella eventualità che comunque la minaccia si ripresenti o l'opportunità non venga colta appieno.

In questo modo le azioni per il miglioramento sono proporzionate all'impatto potenziale

Nella All'interno del processo di pianificazione, la Direzione Generale definisce gli obiettivi per la qualità che contribuiranno a realizzare la Politica per la Qualità. Gli obiettivi e piani per la qualità, sono chiari, misurabili, monitorati, comunicati, aggiornati. La Direzione Generale mette a disposizione le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi.

Nelle **appendici D, E, F alla PG 1.1** è riportata la valutazione dell'andamento dei fattori critici, la definizione degli obiettivi e degli indicatori per la misurazione della loro realizzazione. Il tentativo compiuto è quello di mettere in relazione l'andamento aziendale, i requisiti delle parti interessate, in primo luogo dei clienti, e di definire obiettivi nelle aree in aree rilevanti dell'organizzazione, immediatamente significativi per coloro a cui è stata affidata la responsabilità del raggiungimento o la cui attività vi contribuirà.

Il piano di miglioramento costituisce il documento attraverso cui possono essere rese tracciabili le informazioni documentate circa gli obiettivi. Tali informazioni, conservate negli appositi archivi cartacei o digitali, sono utilizzate anche per effettuare il monitoraggio dei traguardi raggiunti.

Pianificazione delle modifiche

I requisiti per assicurare che i cambiamenti necessari per il sistema di gestione siano pianificati, siano considerate le possibili conseguenze e sia assicurata la disponibilità di risorse e la definizione di ruoli e responsabilità sono definiti **al par. 5.3 del MQ GFC**.

6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

6.2.1 Obiettivi per la qualità

La Direzione, in occasione del Riesame del Sistema Qualità di fine anno, contestualmente al riesame dell'analisi del contesto, valuta il raggiungimento degli obiettivi prefissati e definisce gli obiettivi per la Qualità per l'anno successivo misurabili e coerenti con la Politica per la Qualità. In ogni caso, durante il Riesame di metà anno, gli obiettivi possono essere rivisti e corretti o possono essere definiti nuovi obiettivi al fine di mantenere la coerenza con la Politica per la Qualità.

Gli obiettivi vengono formalizzati in un apposito documento distribuito a tutti i responsabili aziendali ed in particolare al Responsabile Gestione Qualità nella sua veste di responsabile operativo del raggiungimento di tali obiettivi.

Nel fissare gli obiettivi e i relativi indicatori, la Direzione prende in considerazione:

- a. esigenze presenti e future dell'organizzazione,
- b. quanto di significativo emerge dal riesame,
- c. le prestazioni del prodotto,
- d. il grado di soddisfazione dei Clienti,
- e. le esigenze dei Clienti,
- f. le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi.

6.2.2 Pianificazione del Sistema di gestione per la Qualità

La gestione del Sistema di Gestione per la Qualità è responsabilità di ciascuna delle persone che operano in azienda, a partire da chi occupa le posizioni di maggior responsabilità, e si concretizza nella:

- a. pianificazione delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati in conformità alle procedure definite e alle istruzioni operative emesse;
- b. individuazione delle risorse necessarie, dei responsabili dell'attività e dei tempi entro i quali è prevista la chiusura;
- c. registrazione sistematica, sempre nel rispetto delle procedure, dei risultati di controlli e collaudi al fine di poter eseguire le necessarie valutazioni;
- d. aggiornamento continuo delle tecnologie e delle metodologie produttive, affinché diano l'affidabilità necessaria a perseguire, nel tempo, gli obiettivi di Qualità della azienda.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Nel caso intervenga la necessità o la volontà di apportare modifiche sostanziali al Sistema di Gestione per la Qualità, l'organizzazione provvede ad eseguire una approfondita valutazione dei rischi ed opportunità che questa comporta prendendo in considerazione:

- a. le finalità delle modifiche;
- b. le conseguenze che tali modifiche possono comportare anche in relazione all'eventuale necessità di modifica dei processi;
- c. la disponibilità delle risorse necessarie e la possibile assegnazione di nuove responsabilità ed autorità;
- d. la pianificazione delle modifiche ed i tempi necessari ad effettuarle, valutando le risorse da impiegare.

7 Supporto

7.1 Risorse

7.1.1 Generalità

La Direzione determina nel corso del riesame annuale, attraverso una serie di valutazioni, le risorse esistenti al proprio interno e quelle ottenibili da fornitori esterni da destinare all'istituzione, all'attuazione, al mantenimento e al miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità.

La Direzione fornisce attraverso gli incarichi alle persone e attraverso i provvedimenti di spesa le risorse pianificate.

La Direzione, inoltre, si avvale dei fornitori esterni che monitorano, mantengono e migliorano il sistema della gestione della qualità. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al capitolo 8.4 che analizza i processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno.

7.1.2 Persone

La Direzione assicura personale adeguato per l'efficace attuazione, mantenimento e miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità e per l'operatività e controllo dei suoi processi, per soddisfare in modo costante le richieste del cliente, delle parti interessate e delle normative e leggi applicabili.

La Direzione provvede all'identificazione delle competenze, al monitoraggio delle abilità, all'erogazione, monitoraggio dell'attività formativa. Per singola funzione aziendale, sono state identificate le relative competenze occorrenti. Il monitoraggio delle competenze viene eseguito dalla Direzione Tecnica relativamente ai Responsabili di Funzione e da questi ultimi per gli operatori.

Per il personale nuovo assunto, detta attività viene assolta direttamente in fase di assunzione. A fronte dei monitoraggi, possono scaturire apposite sessioni di addestramento tali da soddisfare i requisiti della società.

La GFC ritiene fondamentale sia l'addestramento informativo, volto a illustrare gli obiettivi e le caratteristiche del Sistema della Qualità della GFC, con riferimento alle norme applicabili, e di permettere la comprensione, da parte di tutti, delle procedure, e dei procedimenti del Sistema della Qualità, relative alle specifiche aree di lavoro, sia dell'addestramento formativo, volto a sviluppare e completare le capacità professionali del personale. I corsi o le sessioni di addestramento formativo possono avere natura sia teorica che pratica e possono comprendere un esame finale, a fini di qualifica. GFC provvede a sviluppare programmi di addestramento per tutto il personale con mansioni che influenzano la qualità. I responsabili di area sono responsabili dell'addestramento professionale del personale.

Il responsabile della qualità pianifica e implementa i corsi per la formazione del personale (quando richiesto). I corsi possono essere tenuti da docenti interni o da enti esterni specializzati nella formazione del personale. È da ritenersi corso di formazione anche l'affiancamento a personale esperto.

È responsabilità del responsabile tecnico valutare la preparazione e l'esperienza del personale al fine di determinare la qualifica.

La documentazione dei corsi e delle qualifiche conseguite dai dipendenti vengono archiviate dalla GFC come evidenza delle attività svolte.

Per eventuali chiarimenti vedere la PG 3.1.

7.1.3 Infrastrutture

La gestione delle infrastrutture, da parte della Direzione, riguarda essenzialmente gli edifici, impianti di distribuzione, processi hardware e software ed i mezzi di trasporto.

Edifici;

I locali dove hanno sede gli uffici della GFC sono mantenuti puliti e in buono stato.

GFC in quanto proprietaria degli immobili si fa carico della manutenzione ordinaria e straordinaria anche qualora si rendessero necessarie a seguito di modifica della normativa cogente o di eventi accidentali che pregiudichino la conformità degli edifici. In particolare il registro delle prescrizioni legali definisce gli interventi che costituiscono adempimenti legali in materia di Ambiente e sicurezza e le relative scadenze.

L'ufficio acquisti conserva i contratti stipulati con le ditte specializzate preposte alla conduzione degli interventi e richiedere le registrazioni degli interventi eseguiti. Presso i locali sono operative delle prassi Comportamentali finalizzate alla sensibilizzazione del personale sulle tematiche Ambientali e sulla conseguente riduzione dei consumi elettrici e di risorse (carta).

Impianti di distribuzione;

Gli impianti di proprietà della GFC sono mantenuti e puliti. Gli impianti hanno in dotazione tutta la strumentazione, i documenti e le apparecchiature necessarie al normale svolgimento delle attività.

I lavoratori presso gli impianti di distribuzione sono istruiti per minimizzare il rischio di infortuni, per lavorare sempre in sicurezza e per rendere massima la soddisfazione della clientela.

Hardware e software;

Le Centrali Operative e tutti gli Uffici operano grazie a software-hardware in forte evoluzione.

Il mantenimento di queste infrastrutture è garantito dalla funzione Information Technology ed i rifiuti derivanti dalla sostituzione dei macchinari (pc, monitor, stampanti etc.) sono smaltiti in conformità alla vigente normativa e come esplicitato dalla procedura PG 4.3 e dall'istruzione IO 4.3.1. Gli impianti tecnologici connessi agli edifici (condizionatori dei locali, centrale termica, etc..) sono mantenuti periodicamente, in base a quanto prescritto dalle leggi.

Mezzi di trasporto;

Vengono seguiti, per tutti i veicoli di proprietà, dei soci e/o in comodato, come riferimento minimo i criteri manutentivi indicati dalle case costruttrici.

È compito dell'Ufficio Qualità monitorare la manutenzione effettuata e raccogliere le relative registrazioni. Le manutenzioni vengono fatte presso autofficine autorizzate cui spetta l'onere del corretto smaltimento dei rifiuti.

I mezzi per il trasporto del prodotto (metano) operano in conformità a quanto previsto dall'ADR ultima versione rilasciata. Sono dotati di tutti i DPI e DPC previsti dall'ADR in vigore e presentano tutti i requisiti di sicurezza ed identificazione. Trasportando materiali pericolosi la Società prevede delle verifiche periodiche interne per monitorare la sicurezza dei veicoli.

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

Al fine di assicurare che le prove e le tarature per il monitoraggio della qualità dei prodotti possano essere eseguite in condizioni ambientali che favoriscano l'esecuzione delle attività e che non ne invalidino i risultati, i locali nei quali vengono eseguite le prove e le tarature sono adeguatamente spaziosi, hanno caratteristiche tali da consentire la corretta esecuzione delle stesse. Essi sono opportunamente protetti da condizioni anomale legate a temperatura, polvere, umidità, vapore, rumore, vibrazioni, etc. e sono mantenuti in condizione adeguate. Tutti i locali sono in regola con le vigenti disposizioni in tema di regolamenti urbanistici, di igiene e sicurezza del lavoro. L'elenco dei documenti relativi alle disposizioni di cui sopra è gestito nel documento identificato come LST B del manuale della qualità.

7.1.5 Risorse per il monitoraggio e le misurazioni

Al fine di garantire la conformità delle misurazioni effettuate, in fase di accettazione e successivamente di spedizione, l'Organizzazione individua appropriate misure da effettuare ed adeguate attrezzature di monitoraggio e misurazione. Ove applicabile, l'Organizzazione attua quanto necessario per assicurare che le attrezzature di misurazione e monitoraggio siano:

- a. tarate e regolate periodicamente o prima del loro utilizzo, a fronte di attrezzature riferibili a campioni nazionali od internazionali; qualora tali campioni non esistano, devono essere registrati i criteri adottati per la taratura
- b. protetti da aggiustaggi/regolazioni che potrebbero invalidare la taratura
- c. protetti da danneggiamenti o deterioramenti durante la movimentazione, la manutenzione e la conservazione
- d. sia riverificata la validità di precedenti misure qualora le attrezzature vengano trovate non tarate e siano state intraprese le opportune azioni correttive in merito.

Rif. PROCEDURA PG 4.1

7.1.6 Conoscenza organizzativa

La Direzione garantisce un corretto funzionamento dei processi. Tale esigenza viene affrontata grazie alla conoscenza delle risorse interne e grazie anche a fornitori esterni.

Tale conoscenza viene inoltre implementata tramite una raccolta di pareri da parte dei clienti sui prodotti e servizi erogati.

7.2 Competenza

Il personale direttivo e tecnico qualificato è in possesso di autorità e risorse per eseguire i compiti previsti. In particolare l'Amministratore Delegato (AD), valuta il personale non tecnico e, con l'ausilio dei responsabili di area, il personale tecnico, sulla base dei requisiti di competenza, formazione, addestramento e consapevolezza definiti e adeguatamente dettagliati nell'allegato mansionario, rilascia le qualifiche, conferisce autorità e responsabilità, verifica il mantenimento ed il miglioramento dei requisiti nel tempo.

Tutte le persone di GFC hanno l'autorità e la responsabilità di identificare e segnalare deviazioni del sistema di qualità e dalle procedure di prova. AD di concerto con RQ, hanno le autorità e le risorse per correggere le deviazioni suddette.

Tutto il personale Di GFC, sia interno sia esterno, che potrebbe influenzare le attività della società, agisce con imparzialità e competenza, e opera in conformità al sistema di gestione per la qualità della Società. Per ulteriori informazioni si rimanda alla procedura PG 3.1.

7.3 Consapevolezza

Tutto il personale è coinvolto, almeno una volta all'anno, se necessario anche per gruppi, in una riunione formativa e informativa al termine della quale sono effettuate verifiche della comprensione e del coinvolgimento dei singoli dipendenti e collaboratori nella gestione per la qualità e nel miglioramento del sistema. La riunione è presieduta dall' AD, con comunicazioni del Responsabile di Qualità che presenta, in maniera sintetica ed essenziale l'analisi del contesto, esterno ed interno, la situazione aziendale, lo stato del sistema di gestione per la qualità, le modifiche apportate e/o che potrebbero essere apportate, la politica e gli obiettivi per la qualità e lo sviluppo aziendale, l'importanza del miglioramento continuo per la soddisfazione del cliente, dei requisiti normativi e degli organismi di accreditamento, le modalità con cui i singoli possono contribuire al miglioramento (attenzione al cliente, alle sue esigenze, alle relazioni, impegno alla formazione, alle buone pratiche, alla crescita professionale, alla segnalazione di reclami, non conformità, rischi o opportunità).

7.4 Comunicazione

Una comunicazione efficace è essenziale per un sistema di gestione e la Direzione Generale garantisce che siano presenti meccanismi che la facilitino.

La Direzione Generale, con un incarico scritto annuale, conferisce l'autorità e la responsabilità ai Responsabili di area e ai Responsabili della Qualità in modo che siano svolte le azioni formative e informative sulla base della tabella seguente:

Cosa comunicare	Politica e obiettivi della qualità, analisi del contesto e situazione generale	Modifiche al sistema di gestione della qualità	Disposizioni e azioni correttive / miglioramento
Quando comunicare	Periodicamente, almeno ogni anno	Ogni volta che è necessario	Ogni volta che è necessario
Con chi comunicare	Con tutti gli addetti	Con gli addetti interessati	Con gli addetti interessati
Come comunicare	Riunione, bollettino interno	E-mail, seminari di sensibilizzazione, colloqui di aggiornamento	E-mail e bacheca, colloqui di aggiornamento
Chi comunica	Amministratore Delegato	Responsabile Qualità	Responsabile Qualità

La comunicazione formale è relativa al contenuto e al senso dei documenti del sistema per la qualità e delle loro modifiche, alla loro messa a disposizione in formato cartaceo presso il luogo di lavoro per tutti i dipendenti e, in formato digitale, nell'area riservata del sito web aziendale a cui ogni dipendente può accedere mediante username e password.

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

Il sistema di gestione per la qualità dell'organizzazione comprende sia le informazioni documentate richieste dalla presente norma che le informazioni documentate che la stessa organizzazione determina necessarie per l'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

I documenti dispositivi del sistema di gestione per la qualità (manuale, procedure, istruzioni, moduli, appendici, allegati ed elenchi) e i documenti per la registrazione della qualità sono resi disponibili in formato cartaceo presso gli uffici della direzione della Società, in copia presso le aree di lavoro, limitatamente ai documenti rilevanti per l'area stessa, ed in formato digitale nell'area riservata del sito web, accessibile ai dipendenti ed ai collaboratori mediante username e password, garantendo la tempestiva comunicazione di eventuali modifiche con un sistema di notifiche e di avvisi.

7.5.2 Creazione e aggiornamento

L'organizzazione gestisce la documentazione classificandola opportunamente ed istituendo adeguati iter per l'emissione e codifica avvalendosi della procedura per il Controllo dei Documenti PG 5.1, che descrive nel dettaglio le modalità operative e le relative responsabilità funzionali ed operative.

Tale procedura disciplina che i documenti di gestione per la qualità siano:

- e. classificati e identificati univocamente, indicando sempre data di emissione, indice di revisione (1), numero di pagina e totale delle pagine;
- f. riesaminati ed approvati circa l'adeguatezza, l'idoneità e la conformità alle norme di riferimento prima della loro emissione e circa la loro compatibilità, in caso di modifiche, con le modalità del sistema di riferimento;
- g. riesaminati, aggiornati (quando necessario) e riapprovati;
- h. disponibili nella versione in vigore;
- i. facilmente reperibili sia nell'archivio centrale dei documenti che presso le postazioni di lavoro;
- j. leggibili e facilmente individuabili;
- k. identificati e distribuiti in modo controllato;
- l. non disponibili e segregati se obsoleti, con un periodo di conservazione minimo dei documenti superati indicato nella home page del sito web aziendale e nella PG 5.1.

(1) Nel caso del Manuale oltre all'indice di revisione viene riportato anche l'Indice di edizione. Nel caso degli elenchi e delle liste collegate ai documenti per la qualità, viene riportato la data di prima emissione e, successivamente, la data di aggiornamento.

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

La Società grazie al supporto di sistemi informatici adeguati riesce ad adottare una buona metodologia di conservazione, monitoraggio, mantenimento e rintracciabilità dei documenti e delle registrazioni delle attività sia interne che esterne.

Per quanto concerne il controllo e le modifiche dei documenti, ha accesso soltanto il personale autorizzato.

8 Attività operative

8.1 Pianificazione e controllo operativi

L'organizzazione pianifica, attua e tiene sotto controllo i processi trattati nel par. 4.4 del presente manuale per qualità per soddisfare i requisiti per la fornitura di prodotti ed erogazione di servizi e per attuare le azioni pianificate come trattate al cap. 6.

In generale la GFC:

- a. Determina i requisiti per i prodotti e servizi con la definizione di obiettivi/standard di prestazione
- b. Attribuendo delle responsabilità per il funzionamento ed il monitoraggio
- c. Identificando e determinando dei requisiti che ne regolano lo svolgimento (procedure/istruzioni operative)
- d. Elaborando ed attuando procedure di gestione dei processi o loro parti
- e. Individuando e attuando delle attività di monitoraggio necessarie alla sorveglianza dei processi e alla misurazione dei risultati ottenuti
- f. Definendo delle registrazioni necessarie a conservare traccia delle attività svolte in conformità a quanto pianificato

Detti processi, come definiti e procedurizzati, si configurano e si sviluppano, nella loro attuazione, in modo diversificato in relazione alle richieste/aspettative dei Clienti, agli obiettivi della società ed alle esigenze degli eventuali Fornitori coinvolti alla realizzazione delle commesse acquisite.

AD, pur riservandosi l'autorità sulle decisioni, in merito alla programmazione, alla pianificazione ed alle modalità di sviluppo delle commesse ed all'impiego o approvvigionamento delle risorse necessarie, affida le responsabilità per il corretto svolgimento del processo di erogazione e per il coordinamento, lo svolgimento e la rendicontazione delle attività di commessa al Responsabile di commessa (RC) ed al Direttore tecnico (DT). Tali funzioni si interfacciano con le altre funzioni per la definizione dei requisiti, l'analisi delle problematiche, l'individuazione delle risorse, la programmazione e pianificazione delle attività di esecuzione e controllo e lo sviluppo delle metodologie operative, e sono coadiuvate dal personale a disposizione per l'esecuzione e la registrazione delle attività inerenti l'erogazione delle prestazioni previste e definite.

In ambito alle attività di programmazione e pianificazione della fornitura di prodotti e dei servizi erogati vengono prese in considerazione le seguenti attività:

- I. adeguato controllo dell'offerta e riesame dei requisiti del prodotto/servizio;
- II. attenta gestione delle attività di definizione e controllo dei documenti e dati di base;
- III. individuazione, approvvigionamento e mantenimento delle risorse umane e tecniche da impiegare;
- IV. individuazione, selezione e valutazione dei fornitori (ove applicabile);
- V. definizione e pianificazione delle attività gestionali ed operative da eseguire;
- VI. definizione e pianificazione dei controlli intermedi e finali necessari e delle responsabilità ed interfacce correlate;
- VII. informazione, addestramento ed eventuale qualifica del personale incaricato;
- VIII. identificazione, preparazione e gestione dei documenti e delle registrazioni necessarie ed applicabili per ciascuna delle fasi di gestione e controllo del processo.

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

8.2.1 Comunicazione con il cliente

La società pone molta cura nelle attività di comunicazione con il cliente. La comunicazione e l'informazione continua diretta al cliente è considerata la base per instaurare una collaborazione attiva e quindi un valore aggiunto nel processo di erogazione del servizio nell'ottica del "miglioramento continuo". La comunicazione con il cliente è curata mediante:

- a. la fornitura di informazioni relative ai prodotti e servizi grazie a un sito web aziendale e tramite delle mail inviate ai clienti;
- b. La gestione delle richieste, contratti o ordini, comprese le modifiche rimanendo in contatto diretto con il cliente aggiornandolo sui vari progressi effettuati;
- c. Sondaggi telefonici e a mezzo mail per misurare la soddisfazione del cliente e rispondendo ai reclami
- d. Informando il cliente del trattamento dei dati ricevuto durante la sottoscrizione alla fidelity card aziendale ed ai rispettivi dati relativi in possesso di GFC, assicurando un chiaro e trasparente uso di essi (rif. Procedura privacy)
- e. Definendo specifici requisiti nelle azioni di emergenza quando pertinente

8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

L'obiettivo primario è quello di rendere chiari i rapporti tra cliente e fornitore per prevenire non conformità o qualsiasi elemento di non soddisfazione del Cliente generato da imprecisi parametri contrattuali.

La GFC in particolare assicura:

- a. siano definiti i requisiti dei prodotti e servizi, compresi:
 - I. ogni eventuale requisito cogente applicabile, rimanendo aggiornata sulle normative in materia;
 - II. attenendosi agli "standard" di accettabilità interni dei servizi erogati e dei prodotti forniti
- b. che i prodotti e i servizi offerti siano corrispondenti alle aspettative del cliente con colloqui e sondaggi sulla soddisfazione del cliente

8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

L'organizzazione assicura di soddisfare i requisiti dei prodotti e servizi da offrire ai clienti conducendo un riesame che comprende:

- a. I requisiti specificati dal cliente, comprese le attività di consegna e post-consegna organizzando tavoli di lavoro in cui tutte le figure aziendali interessate all'attività partecipano e si coordinano per soddisfare le richieste del cliente;
- b. I requisiti non stabiliti dal cliente, ma necessari per il raggiungimento dell'obiettivo valutando le varie tipologie di intervento e le possibili minacce al mancato raggiungimento dell'obiettivo;
- c. I requisiti specificati dall'organizzazione informando tutte le persone interessate, soprattutto ove ci siano state cambiamenti e o modifiche;
- d. I requisiti cogenti applicabili ai prodotti e servizi rimanendo aggiornati sulle normative in materia e informando tutte le persone interessate;
- e. I requisiti del contratto o dell'ordine che differiscono da quelli espressi in precedenza, aggiornando gli stessi e informando le persone interessate;

Qualora il cliente non fornisca una dichiarazione documentata dei propri requisiti, i requisiti del cliente devono essere confermati dall'organizzazione prima di essere accettati e questo avviene tramite delle chiare ed evidenti prove ottenute tramite colloqui o reperendo informazioni non private (ad esempio da altre società, consorzi o organizzazioni).

L'organizzazione conserva le informazioni documentate per:

- f. i risultati del riesame, compilando degli specifici moduli nei quali si analizzano le criticità e il piano di intervento;
- g. di ogni nuovo requisito per i prodotti e servizi.

8.2.4 Modifiche ai requisiti per prodotti e servizi

La GFC assicura che nel caso in cui i requisiti di prodotti e servizi vengano modificati, le informazioni documentate relative siano modificate e aggiornate con delle note scritte che risaltano la modifica e/o cambiamento apportato e che le persone interessate siano informate e aggiornate.

8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi

8.3.1 Generalità

La società stabilisce, attua e mantiene un processo di progettazione che assicuri la successiva fornitura dei prodotti e la successiva erogazione dei servizi, in modo da essere conformi secondo le norme vigenti e pianificando tutte le fasi in modo da garantire il puntuale svolgimento delle attività.

8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo

La GFC adotta controlli per la progettazione e lo sviluppo considerando differenti aspetti:

- a. programma mediante cronoprogrammi per rispettare i tempi di consegna, e valutando le risorse interne al fine di valutare le competenze rispetto alla complessità dell'attività;
- b. la società adotta un processo di verifica delle operazioni precedentemente stabilite, e quindi la conformità delle varie fasi, al fine di ottenere una validazione confermata dal collaudo finale;
- c. le autorità coinvolte possono essere sia interne che esterne, e affidate alle diverse aree aziendali (progettisti, amministrazione, esterni,...);
- d. la società valuta gli incarichi affidate alle singole risorse interne al fine di un buon conseguimento della fase di progettazione e sviluppo dei prodotti e dei servizi erogati;
- e. la società cerca il miglioramento continuo delle sue conoscenze e competenze interfacciandosi con professionisti del settore e promuovendo la collaborazione interna delle risorse;
- f. acquisisce le esperienze pregresse per migliorare i servizi erogati e i prodotti offerti al fine di migliorare la soddisfazione del cliente;
- g. che il controllo del processo di progettazione sia effettuato in base alle esigenze del cliente e alle tempistiche definite in fase di analisi di prefattibilità;
- h. che fine del processo di progettazione sia effettuato un riesame di verifica documentale per constatare la corrispondenza tra le richieste del cliente e l'esecuzione.

8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

La società definisce durante la fase di progettazione e sviluppo, e negli eventuali documenti allegati, gli input della progettazione riguardanti i requisiti del prodotto risultanti dalla progettazione.

Gli input della progettazione comprendono, quindi:

- a. i dati e le informazioni necessarie per la progettazione e sviluppo;
- b. le specifiche attese per il prodotto risultante dalla progettazione e sviluppo.

Pertanto, gli input della progettazione e sviluppo identificano:

- c. i requisiti funzionali e prestazionali del prodotto risultante;
- d. i requisiti cogenti applicabili;
- e. le informazioni derivanti da precedenti progettazioni similari, ove applicabili al nuovo progetto;
- f. ogni altro requisito reputato essenziale da GFC per la progettazione;
- g. le potenziali conseguenze di guasto dovute alla natura dei prodotti e servizi.

Gli input della progettazione – compresi i dati ed i requisiti cogenti - sono riesaminati per verificarne l'adeguatezza e tale riesame costituisce la prima fase dell'attività di progettazione e sviluppo.

Il riesame degli input della progettazione e sviluppo tiene conto - in quanto applicabile - dei risultati dell'attività di riesame del contratto.

GFC garantisce che gli input della progettazione e sviluppo:

- h. sono identificati e documentati;
- i. sono completi;
- j. non sono ambigui od incongruenti;
- k. non sono in conflitto tra di loro.

Gli input incompleti, ambigui od incongruenti sono chiariti con i responsabili che li hanno stabiliti.

L'organizzazione archivia sul proprio sistema aziendale tutti gli input relativi al processo di progettazione e sviluppo.

8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo

Il controllo del processo di progettazione prevede le attività di:

- I. Riesame;
- II. Verifica;
- III. Validazione.

In corrispondenza di appropriate fasi critiche, le funzioni coinvolte nello sviluppo del prodotto effettuano una attività di riesame del progetto al fine di valutare la capacità di soddisfare gli elementi in ingresso alla progettazione, individuare eventuali problemi e definire adeguate azioni in modo da assicurare la completa soddisfazione delle esigenze del cliente.

L'attività di riesame verifica se il progetto, allo stato di avanzamento attuale, può costituire la base per proseguire alle fasi successive.

I requisiti prestazionali e funzionali ritenuti critici e i vincoli da analizzare possono essere definiti in apposite check list, come quelle predisposte dall'Organismo Notificato.

I risultati del riesame e delle eventuali azioni necessarie, sono registrati in appositi verbali di riunione e/o nel piano di progetto.

Gli elementi in uscita dalla progettazione sono sottoposti ad un'attività di verifica formale e documentata della completezza e correttezza tecnica a fronte degli elementi in ingresso, al fine di eliminare eventuali errori progettuali ed assicurare che i risultati siano utilizzabili nelle fasi successive. La attività di verifica viene effettuata da personale di competenza adeguata al tipo di verifica e in possesso delle informazioni necessarie a valutare una determinata scelta progettuale.

L'attività di verifica alla progettazione può coincidere con i riesami e viene registrata sul piano di progetto o su appositi verbali di riunione dove viene evidenziato l'esito.

In caso di non superamento della verifica, gli elementi in uscita alla progettazione sono modificati e riverificati.

L'organizzazione sottopone i prodotti a validazione prima dell'utilizzo attraverso prove dimensionali e distruttive previste in appositi piani di controllo e rispondenti alle richieste dalla normativa di riferimento.

Le prove possono comprendere:

- Verifiche dimensionali
- Verifiche geometriche
- Verifiche di resistenza

L'esito della validazione viene registrato sul piano di progetto. La validazione finale ha lo scopo di confermare che:

- a. il prodotto progettato risponda alle esigenze ed eventualmente ai requisiti del cliente;
- b. tutte le norme e prescrizioni legislative siano state considerate e applicate;
- c. le informazioni da dare al cliente per l'utilizzazione del prodotto siano complete e disponibili;
- d. siano rispettate le condizioni operative previste contrattualmente;

- e. le prestazioni rispettino i criteri di accettazione.

8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

In fasi opportune della progettazione, GFC effettua riesami sistematici, come definito nella pianificazione delle attività, al fine di:

- a. valutare la capacità dei risultati della progettazione e sviluppo di soddisfare i requisiti;
- b. Fornire informazioni per l'approvvigionamento di attrezzature e servizi esterni e per l'erogazione delle attività
- c. Durante la fase di sviluppo è priorità dell'organizzazione valutare che i servizi erogati rispondano ai requisiti di riferimento e agli standard di qualità prefissati da GFC
- d. le caratteristiche del prodotto per un adeguato e sicuro utilizzo da parte del cliente.

L'organizzazione approva gli elementi in uscita dalla progettazione prima del loro rilascio riesaminando i vari output della progettazione e sviluppo.

A tali riesami partecipano i rappresentanti delle unità organizzative aziendali coinvolte nelle fasi di progettazione e di sviluppo oggetto del riesame e, in quanto necessario, altro personale specializzato. Il documento di progettazione comprensivo degli eventuali documenti allegati costituisce la registrazione (REG.) relativa ai riesami della progettazione e delle eventuali azioni necessarie ed è conservato.

8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo

Modifiche alla progettazione possono rendersi necessarie a seguito:

- a. di richieste del cliente;
- b. della opportunità di introdurre miglioramenti per rendere più efficiente il prodotto o ridurre i costi di produzione;
- c. di una valutazione della presenza di potenziali non conformità;
- d. di nuovi requisiti cogenti;
- e. di reclami degli utilizzatori.

Le richieste di modifica sono sottoposte ad un'analisi tecnico-economica e dell'impatto sulla progettazione e produzione.

Il controllo delle modifiche assicura che:

- f. la modifica sia identificata con precisione e con sufficiente approfondimento, in modo tale che si possa disporre di tutti gli elementi per una riprogettazione del componente o prodotto;
- g. siano valutati gli effetti della modifica su componenti e prodotti già consegnati;
- h. sia valutata la necessità di sottoporre le modifiche a verifica e validazione prima della loro attuazione;
- i. le modifiche siano pianificate, documentate, approvate, eseguite e registrate.
- j. il Cliente e/o l'ente di controllo (quando applicabile) sia coinvolto quando le modifiche influiscono su caratteristiche e prestazioni del prodotto.

L'esame della richiesta di modifica può determinare:

- k. l'accantonamento motivato della richiesta;
- l. la preparazione di un apposito piano di progettazione nel caso l'intervento proposto sia di notevole complessità;
- m. l'introduzione della modifica sotto la diretta supervisione del responsabile del progetto.

I risultati del riesame delle modifiche e delle eventuali azioni necessarie sono registrati nel piano di progetto o su appositi verbali di riunione

Le modifiche sono riesaminate, verificate, validate e approvate dall'organizzazione o prima della loro attuazione.

Ove appropriato, il riesame delle modifiche comprende la valutazione dell'effetto su prodotti già esistenti.

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

8.4.1 Generalità

Le tipologie di prodotto e i servizi erogati da GFC fanno riferimento al par. 1.2.1.

Valutazione dei Fornitori

La Società predilige un rapporto di fornitura stabile e basato sulla collaborazione tecnica e commerciale. Tutti gli acquisti vengono effettuati presso fornitori che sono stati considerati capaci di soddisfare i requisiti specificati. I fornitori selezionati vengono inseriti in un apposito elenco con le relative documentazioni.

Definizione parametri di valutazione e dei criteri di accettazione

L'Organizzazione definisce i parametri, su cui valutare i fornitori, che possono riguardare aspetti tecnico organizzativi, qualitativi del prodotto oggetto della fornitura, organizzazione aziendale, ecc. Per ogni parametro vengono definiti i relativi criteri di accettazione.

Omologazione dei Fornitori

Ogni fornitore selezionato viene valutato sui parametri ritenuti importanti per il tipo di fornitura e secondo i criteri di accettazione definiti. La valutazione di ogni singolo parametro viene registrata. Viene quindi calcolato il punteggio medio della valutazione e confrontato con il punteggio minimo di Omologazione, nel caso in cui il punteggio sia uguale o maggiore del minimo di omologazione il fornitore viene ritenuto idoneo e inserito nell'albo dei fornitori omologati della GFC.

Monitoraggio dei Fornitori

L'Organizzazione provvede a monitorare con continuità le prestazioni dei propri fornitori e nel caso in cui risultano emesse delle non conformità significative viene ri-effettuata, per i fornitori coinvolti da tali non conformità, una valutazione complessiva sui parametri per il tipo di fornitura.

8.4.2 Tipo di estensione del controllo

Gli ordini di fornitura vengono emessi esclusivamente a fornitori omologati inseriti nell'apposito elenco, ad esclusione degli ordini riferiti a campionature.

Gli ordini di fornitura devono includere:

- a. Ragione Sociale Fornitore;
- b. Data consegna;
- c. Descrizione;
- d. Codice Fornitore del prodotto;
- e. Codice interno del prodotto.

L'organizzazione ha stabilito ed effettua adeguate ispezioni per assicurare che il prodotto/servizio approvvigionato soddisfi i requisiti di approvvigionamento specificati.

Le attività di verifica includono l'acquisizione delle evidenze oggettive necessarie a dimostrare la Qualità dei prodotti consegnati dai fornitori.

Le tipologie di ispezione necessarie alla ricezione sono riportate nella sezione 8 del presente Manuale della Qualità e definite in appositi piani di controllo.

In ogni caso il prodotto acquistato viene utilizzato solo dopo i controlli previsti dagli appositi piani di controllo.

Nel caso siano riscontrate non conformità rispetto a quanto specificato nell'ordine di acquisto, il prodotto non conforme viene identificato secondo quanto indicato nella sezione 8 paragrafo 8.5.2 del presente Manuale della Qualità e gestito secondo quanto indicato nella sezione 8 paragrafo 8.7.2 del presente Manuale della Qualità.

8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

Tutte le caratteristiche dei servizi e prodotti d'acquisto vengono definite in fase di approvazione iniziale e comprendono le caratteristiche, eventuali prove e controlli particolari a cui il fornitore dovrà sottoporre i prodotti, eventuali certificazioni o dichiarazioni di conformità o registrazioni di controlli a carico del fornitore.

In caso di nuovi prodotti o servizi, questi devono essere sottoposti a preventiva approvazione e individuati con codice prodotto fornitore e codice prodotto interno che permetta di identificare chiaramente le specifiche concordate nell'eventuale acquisto.

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi

Conclusa la fase di progettazione, l'organizzazione si propone con controlli riguardante la produzione l'erogazione dei servizi.

- a) Il controllo deve comprendere, dove possibile, le seguenti informazioni documentate:
 - I. Le caratteristiche tecniche, fisiche- chimiche dei prodotti realizzati, al fine di ottenere una buona qualità e controllo dei servizi erogati confrontandole con le fasi di programmazione e progettazione delle attività da eseguire (rimando capitolo 8.3);
 - II. L'erogazione del prodotto alla clientela deve rispondere a elevati requisiti di qualità, precedentemente prefissati e requisiti standard di sicurezza.
- b) Le risorse necessarie per un corretto controllo del monitoraggio e misurazione comprendono le competenze del personale e attrezzature tecnologiche appropriate che aiutano nella fase di monitoraggio e misurazione. Inoltre, le consulenze esterne aiutano nel corretto monitoraggio della qualità del servizio.
- c) Il controllo deve comprendere un Piano in input dove vengono indicate le caratteristiche minime di accettabilità per ogni prodotto
- d) La produzione deve avvenire, inoltre, in ambienti idonei al fine di preservare la qualità del prodotto e la lavorazione di sicurezza, quindi le attrezzature utilizzate allo scopo devono rispondere ai requisiti standard di qualità come descritto dalle normative vigenti.
- e) Il controllo deve inoltre comprendere:
 - III. Personale adeguato al monitoraggio della qualità del prodotto e dei servizi erogati;
 - IV. Personale debitamente addestrato.
- f) L'intero ciclo produttivo che comprende la produzione e lavorazioni successive, vengono distinte differenti fasi di validazione in quanto risulta possibile in controllo sulle differenti caratteristiche dei prodotti, potendo effettuare il controllo di tutte le fasi di produzione, anche attraverso test.

Il processo e le attrezzature sono stati validati mediante:

- V. definizione delle caratteristiche del prodotto;
- VI. definizione delle corrette modalità operative;
- VII. verifica della corrispondenza tra i prodotti e le caratteristiche definite;
- VIII. registrazione delle verifiche effettuate e dell'esito della validazione.

- g) Il controllo viene effettuato da personale informato e addestrato tramite istruzioni operative e procedure atte a prevenire l'errore umano;
- h) L'attività di rilascio, consegna e post-consegna del prodotto dev'essere controllata da documentazioni che attestano l'effettiva qualità del prodotto.

8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

L'identificazione dei prodotti e dei materiali ha lo scopo di:

- a. consentire l'agevole reperimento degli stessi;
- b. assicurare l'uso, nel processo produttivo, solo dei componenti previsti e che sono risultati idonei ai controlli;
- c. evitare errori di consegna al Cliente;
- d. La rintracciabilità consente:
- e. di risalire dal prodotto ai parametri produttivi, materiali e attrezzature usate;
- f. di confrontare i risultati delle prove effettuate sui prodotti con i parametri produttivi, materiali e attrezzature usate;
- g. di ricollegare le fasi produttive e i relativi parametri produttivi, materiali e attrezzature usate, ai prodotti;

L'organizzazione identifica il prodotto e lo stato del prodotto, con riferimento ai requisiti previsti in fase di programmazione.

8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni

In relazione alla proprietà di clienti e fornitori GFC gestisce solo i dati necessari alla gestione dei processi in conformità a quanto definito dal D.lgs. 196/03.

8.5.4 Conservazione

La GFC gestisce le materie prime e i prodotti finiti adottando le precauzioni necessarie ad evitare danneggiamenti o deterioramenti dei materiali utilizzati nelle seguenti fasi:

- a. movimentazione manuale o automatica;
- b. conservazione adeguata al fine di preservare la contaminazione da agenti esterni;
- c. lo stoccaggio deve avvenire in ambiente chiuso e isolato;
- d. la trasmissione del prodotto al cliente viene effettuata tramite organi di misurazione installati che ne valutano la corretta erogazione;
- e. il trasporto avviene mediante veicoli adatti al trasporto di merci pericolose e controllate secondo le norme vigenti;
- f. la protezione è garantita grazie al supporto di apparecchiature di protezione certificate che sono conformi alle normative di qualità vigenti.

8.5.5 Attività post-consegna

La GFC gestisce le attività post consegna secondo quanto previsto dalle "condizioni generali di vendita" che fanno parte integrante del contratto di fornitura firmato dal Cliente.

Nel dettaglio l'organizzazione considera i seguenti punti:

- a. I requisiti congeniti informandosi ed aggiornandosi in tema (anche grazie all'ausilio di consulenti esterni);
- b. Valutando le conseguenze indesiderate associate ai prodotti e servizi controllando la potenzialità della metodologia e fluido utilizzato per l'erogazione;
- c. la natura, l'utilizzo e la durata di vita attesa dei suoi prodotti e servizi; informando il cliente finale del tipo di attività che si intende svolgere;

- d. I requisiti del cliente rispettando elevati standard di qualità e specifiche richieste da parte del cliente;
- e. i feedback del cliente, valutando la sua soddisfazione e che siano state rispettate le sue richieste

8.5.6 Controllo delle modifiche

La GFC attua un sistema di monitoraggio continuo sul processo produttivo in modo da garantire la costanza e la conformità dei prodotti. Ogni eventuale modifica ai parametri di processo è autorizzata, annotata e conservata nei sistemi aziendali.

8.6 Rilascio di prodotti e servizi

L'organizzazione attua, in fasi appropriate, quanto pianificato, per verificare che i requisiti dei prodotti e dei servizi siano stati soddisfatti. La verifica avviene tramite delle verifiche, coinvolgendo le figure professionali interne a GFC o esterne direttamente coinvolte nel processo.

Il rilascio dei prodotti e dei servizi segue un iter descritto nella procedura "rilascio di prodotti e servizi". La GFC controlla e monitora l'iter procedurale standardizzando i propri servizi e i propri prodotti. Solo ed esclusivamente nel caso in cui vi sia una interferenza esterna (richiesta del cliente, diversa approvazione da parte di un'autorità competente) la GFC agisce diversamente, effettuando caso per caso un riesame contrattuale.

L'organizzazione conserva informazioni documentate riguardo il rilascio dei prodotti e servizi. Tali informazioni comprendono:

- a. L'evidenza dei controlli per la conformità ai criteri di accettazione definiti da GFC;
- b. la riferibilità alla(e) persona(e) autorizzata(e) al rilascio, con una segnatura sui documenti ufficiali (firma).

8.7 Controllo degli output non conformi

8.7.1 Tenuta sotto controllo

Per le materie prime e i prodotti finiti che a seguito di prove, controlli e collaudi siano stati riscontrati non conformi si procede a:

- a. identificarli tramite segnalazione come descritto nella sezione 8 paragrafo 8.5.2 del presente Manuale della Qualità;
- b. esaminarli;
- c. documentare il processo decisionale;
- d. documentare l'attuazione della decisione da parte di chi ha realizzato gli interventi sulle non conformità;
- e. impostare l'eventuale azione correttiva.

La gestione del prodotto non conforme avviene secondo le modalità definite nella procedura interna del Sistema di Gestione per la Qualità con riferimento al tipo di non conformità.

A seguito delle attività di analisi scaturite da non conformità possono essere intrapresi i seguenti trattamenti:

- f. **smaltimento a discarica:** il prodotto non può essere in nessun modo recuperabile. Nel caso di prodotti finiti può essere disposto il loro disfacimento con relativo recupero -se possibile- del materiale utilizzato.
- g. **respingere a fornitore:** nel caso di materiali acquistati non conformi alle specifiche;
- h. **richiedere accettazione del Cliente** (concessione): il prodotto può essere accettato in seguito a valutazione. Il criterio di concessione viene registrato. Nel caso che nel rilascio della concessione sia coinvolto il Cliente, la sua autorizzazione deve essere opportunamente documentata;

- i. **declassare come seconda scelta:** il prodotto può essere declassato in seguito a valutazione. Il criterio di declassamento viene registrato. Nel caso che nel declassamento sia coinvolto il Cliente, la sua autorizzazione deve essere opportunamente documentata;
- j. **rilavorazione:** il prodotto può essere recuperato con una rilavorazione.

Nel caso in cui si affrontino non conformità relative al processo si procede a:

- k. registrare la non conformità nell'apposito modulo;
- l. documentare il processo decisionale;
- m. documentare l'attuazione della decisione da parte di chi ha realizzato gli interventi sulle non conformità;
- n. impostare l'eventuale azione correttiva.

A seguito delle attività di analisi scaturite da non conformità e con riferimento al tipo di non conformità possono essere intrapresi i seguenti trattamenti:

- o. **urgente:** la non conformità è estesa e/o riguarda un elemento critico del processo o di una prescrizione relativa alla Salute e Sicurezza nel luogo di lavoro. In questo caso dovrà essere intrapresa una immediata analisi ed esecuzione delle azioni atte a risolvere la non conformità.
- p. **ordinaria:** a non conformità riguarda aspetti secondari e non critici o di una prescrizione relativa alla Salute e Sicurezza nel luogo di lavoro. In questo caso si procede alla pianificazione della risoluzione.

8.7.2 conservazione

Periodicamente l'Organizzazione analizza le NC per impostare le eventuali azioni correttive.

Le attività di tenuta sotto controllo del prodotto non conforme vengono effettuate secondo le indicazioni riportate in apposita procedura documentata.

9 Valutazioni delle prestazioni

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazioni

9.1.1 Generalità

GFC ha identificato i processi del sistema di gestione per la qualità la loro sequenza e le loro interrelazioni.

Per tali processi GFC pianifica ed attua i monitoraggi, le misurazioni, le analisi ed i miglioramenti necessari a:

- a. dimostrare la conformità dei prodotti;
- b. assicurare la conformità del Sistema Integrato di Gestione qualità, ambiente e sicurezza;
- c. migliorare in modo continuo l'efficacia del Sistema Integrato di Gestione qualità

Questo comprende:

- d. il monitoraggio della customer satisfaction;
- e. l'attività di auditing interno;
- f. il monitoraggio e misurazione dei processi;
- g. il monitoraggio e misurazione dei prodotti;
- h. la gestione delle non conformità;
- i. l'analisi dei dati;
- j. il miglioramento continuo;
- k. la gestione di azioni correttive;
- l. la gestione di azioni di miglioramento.

Per tali attività GFC ha individuato all'interno della documentazione del Sistema di Gestione per la qualità definita nel "CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE" i metodi e gli indicatori chiave di performances applicabili ed ha definito l'estensione dell'utilizzo di tali metodi ed indicatori chiave di performances.

I risultati dei monitoraggi, delle misurazioni, delle analisi e dei miglioramenti sono documentati nel "BILANCIO DEL SISTEMA DI GESTIONE" e sono analizzati nelle riunioni di riesame della direzione.

9.1.2 Soddisfazione del cliente

GFC monitora - oltre alle altre informazioni di ritorno da parte del cliente compresi i reclami - la percezione del cliente su quanto GFC ha soddisfatto i requisiti del cliente medesimo, rappresentando questo monitoraggio una delle misure delle prestazioni del Sistema Integrato di Gestione per la qualità. I risultati di tale monitoraggio sono contenuti nel "RAPPORTO DI CUSTOMER SATISFACTION" e nel "BILANCIO DEL SISTEMA DI GESTIONE", che costituiscono una REGISTRAZIONE e sono conservate.

Le modalità, la frequenza e le responsabilità ed autorità per raccogliere, analizzare ed utilizzare i dati e le informazioni sulla percezione del cliente sono documentati in specifici documenti.

I risultati del monitoraggio della percezione del cliente sono verificati nel corso delle riunioni di riesame della direzione.

9.1.3 Analisi e valutazione

L'organizzazione misura, controlla e valuta i processi realizzativi necessari per rispondere ai requisiti del Cliente e delle parti interessate in ambito qualità al fine di confermare la capacità continua dei processi di soddisfare le rispettive finalità.

I risultati delle analisi vengono valutati per:

- a. la conformità di prodotti e servizi monitorando tutto il processo produttivo, dall'eventuale fornitore al cliente finale
- b. il grado di soddisfazione del cliente con questionari telefonici e colloqui diretti
- c. le prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità valutando se i documenti prescrittivi (procedure, istruzioni e moduli) sono stati applicati e compresi

- d. se la pianificazione è stata efficacemente condotta controllando i tempi di consegna/erogazione
- e. l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono state colte positivamente e hanno fornito un benefit all'Organizzazione
- f. le prestazioni dei fornitori interni valutando i tempi di consegna, la chiarezza e la trasparenza delle azioni indicate dagli stessi
- g. l'esigenza di miglioramenti del sistema di gestione per la qualità valutando tutte le prestazioni in generale ed essendo sempre critici nell'apportare modifiche e miglioramenti al sistema di gestione per la qualità ed ai suoi documenti allegati.

9.2 Audit interni

9.2.1 Generalità

Tutte le attività descritte nel manuale della qualità e tutti i processi individuati vengono sottoposti, ad intervalli pianificati, ad audit interni per l'esame, la valutazione ed il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

In particolare gli audit interni vengono eseguiti per:

- a. determinare il grado di applicazione e la conformità del sistema di gestione per la qualità in relazione alla norma UNI EN ISO 9001:2015 ed ai requisiti del GFC;
- b. verificare che le singole attività siano svolte correttamente in accordo al presente Manuale ed alle relative procedure;
- c. definire le eventuali correttive/di miglioramento da attuare e misurarne l'efficacia;
- d. valutare il grado di coinvolgimento del personale.
- e. accertare l'efficacia della sua attuazione e mantenimento

9.2.2 Organizzazione degli audit interni

Gli audit interni possono essere distinti in audit dei processi gestionali/supporto e audit dei processi tecnici. Gli audit di seconda e terza parte non possono in nessun caso sostituire gli audit interni del GFC.

Programmazione degli audit interni

Il Responsabile Qualità, in collaborazione con gli assistenti qualità (tecnico e di sistema) pianifica, stabilisce, attua e mantiene attivo il programma annuale degli audit interni.

Il suddetto programma è predisposto, preferibilmente al termine dell'anno precedente a quello di attuazione, in maniera che:

vengano trattati gli elementi del sistema di gestione per la qualità almeno una volta all'anno.

Siano tenute in considerazione l'importanza delle attività di GFC interessate, i cambiamenti che hanno influenza sulla Società, ed i risultati degli audit precedenti

Conduzione degli audit interni

Gli audit interni, sono condotti sempre da personale indipendente dall'area oggetto di audit.

Di norma, ad eccezione di quelli relativi all'area qualità, vengono condotti da RQ che può richiedere l'assistenza di altri valutatori qualificati. Essi sono convocati con lettera o mail contenente il piano di audit (in base alle attività da valutare); nel piano di audit sono definiti, per ciascun audit, i criteri e il campo di applicazione; gli audit sono condotti sulla base di specifiche liste di riscontro e producono come output un rapporto di audit che contiene gli esiti dell'audit stesso e le eventuali azioni da intraprendere. Il rapporto di audit viene comunicato tempestivamente al Responsabile del processo o area sottoposto ad audit ed al pertinente livello direzionale.

Valutatori qualificati

Gli audit interni vengono condotti da RQ e, se necessario, da idonei valutatori qualificati aventi esperienza oggettiva dimostrabile nel settore da sottoporre a verifica. I valutatori sono estranei e

indipendenti dall'area verificata. Per l'audit interno sull'area qualità RQ non fa parte del gruppo di valutazione e il valutatore, il capo del gruppo di valutazione, è scelto tra quelli con maggiore esperienza.

I valutatori:

hanno completato almeno la scuola secondaria, cioè quella parte del sistema di istruzione nazionale che viene dopo la scuola elementare;

hanno dimostrato di avere un'esperienza ragionevolmente recente tale da assicurare loro la competenza richiesta per eseguire audit e per dirigerli;

hanno dimostrato di aver maturato un minimo di 3 anni di esperienza nel settore di competenza della società;

hanno dimostrato di aver maturato un minimo di 1 anno in attività relative all'assicurazione qualità.

La competenza è stata maturata:

partecipando ad almeno un corso per valutatore di sistema qualità UNI EN ISO 9001;

partecipando ad almeno un corso per valutatore di sistema qualità relativamente alla norma UNI EN ISO 9001:2015 e ai requisiti per l'accreditamento

partecipando a corsi di aggiornamento tecnico.

I valutatori interni sono qualificati con documento specifico (attestato di qualifica) approvato da RQ (per delega della direzione generale). Il mantenimento della qualifica consiste nel riesame dei requisiti da parte di RQ e viene certificato con un attestato del mantenimento della qualifica.

Le evidenze (curricula ed attestati) della formazione, dell'addestramento e della esperienza dei valutatori, relativamente alla norma UNI EN ISO 9001:2015 e ai requisiti per l'accreditamento sono registrati e conservati a cura di RQ.

I valutatori interni ricevono l'incarico dalla Direzione Generale, sulla base della qualifica rilasciata da RQ.

Nel caso di utilizzo di valutatori esterni nel verbale di verifica ispettiva va allegata la documentazione relativa alla qualifica e vanno registrati gli estremi dell'incarico.

Gli Audit di seconda parte (clienti) e terza parte (enti, istituti e organismi) non possono sostituire gli audit interni del GFC.

Azioni correttive scaturenti dagli audit interni

Quando i risultati mettono in dubbio l'efficacia delle operazioni, l'esattezza o la validità dei risultati di prova o di taratura del GFC (nel caso, per esempio, di una apparecchiatura che presenti anomalie importanti ad un controllo funzionale o di verifica della taratura) il responsabile della qualità apre una non conformità e adotta tempestivamente le necessarie ed adeguate azioni correttive, che possono comprendere, se del caso, anche il blocco dell'attività. Nel caso sia stato rilevato che i risultati del GFC possano essere stati influenzati dall'anomalia il responsabile della qualità informa per iscritto i clienti interessati.

9.2.3 RegISTRAZIONI degli audit interni

L'audit interno viene:

convocato per iscritto, mediante Piano di audit (su modulo predisposto) o messaggio di posta elettronica. Può riguardare un singolo processo tecnico o gestionale (area operativa);

condotto mediante lista di riscontro relativa allo specifico processo o area operativa;

concluso con un rapporto di audit che indica le risultanze ed i rilievi emersi.

Gli esiti dell'audit e le eventuali azioni da intraprendere, definite nei tempi e nei modi, vengono comunicati tempestivamente al Responsabile del processo o area sottoposto ad audit ed al pertinente livello direzionale. La trasmissione dei documenti cartacei avviene tramite posta elettronica o a mano.

I file digitali delle evidenze degli audit e le conseguenti azioni correttive sono messe a disposizione, inoltre, sull'area riservata del sito web negli specifici spazi accessibili, mediante username e password, al responsabile interessato.

9.2.4 Attività successive alle azioni correttive scaturenti dagli audit interni

Il responsabile del processo o area interessata dalle anomalie è incaricato di intraprendere i provvedimenti previsti dalle azioni correttive scaturenti dagli audit interni. Le azioni intraprese vengono tempestivamente registrate sul modulo delle azioni correttive. E' compito di RQ effettuare le verifiche di attuazione e, dopo un congruo periodo di tempo, le verifiche di efficacia delle azioni correttive scaturenti dall'audit e intraprese dal responsabile interessato. A tal proposito le azioni correttive definiscono fin dalla loro apertura le date di verifica dell'attuazione e le date di verifica dell'efficacia. In ogni caso RQ nell'audit successivo verifica prioritariamente l'efficacia delle azioni intraprese in seguito alle carenze evidenziate.

9.3 Riesame della Direzione

9.3.1 Generalità

Il Riesame della Direzione è un processo di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione della qualità ed è strutturato come momento pianificato e formalizzato, finalizzato a valutare in particolare:

se e come le caratteristiche del sistema di gestione della qualità sono in grado di realizzare quanto previsto nella dichiarazione della politica per la qualità;

se e come il sistema di gestione della qualità consente di promuovere il miglioramento continuo e soddisfa i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Nel processo di valutazione e di discussione la Direzione Generale coinvolge tutti i responsabili dei vari processi rilevanti per la qualità.

Il Riesame della Direzione viene programmato e svolto con periodicità almeno annuale; il riesame viene programmato e svolto anche dopo le verifiche di parte seconda e terza, se da queste sono emerse commenti, osservazioni, non conformità che determinano l'adozione di azioni correttive e di miglioramento. A seguito di rilievi le cui azioni correttive comportano investimenti particolari o modifiche organizzativo-strutturali viene effettuato un riesame straordinario.

Preliminarmente al Riesame annuale, la Direzione Generale programma e svolge un monitoraggio dei fattori interni ed esterni tenendo sotto controllo e registrando l'andamento del mercato (prezzo del petrolio, evoluzione della domanda di costruzioni per l'oil&gas e evoluzione dell'offerta di prove e controlli in Italia) e, per ogni sito produttivo, l'andamento aziendale, la struttura dei costi, la composizione dei ricavi e l'andamento dei fattori critici di successo.

Il riesame viene condotto in maniera sistematica usando un ordine del giorno formale in una sede con la partecipazione anche in remoto (via skype o altro sistema di videocomunicazione) di tutte le persone coinvolte nelle attività di direzione tecnica e produttiva, gestionale e amministrativa, di direzione della qualità, della sicurezza e della gestione ambientale.

Le decisioni sono assunte sulla base di evidenze oggettive e informazioni misurabili.

Le conclusioni del riesame sono sempre formalizzate per iscritto con la redazione di un VERBALE DI RIESAME.

9.3.2 Registrazione del riesame della direzione

Tutti i riesami della direzione sono documentati e registrati.

La documentazione del riesame è costituita dal verbale della riunione in cui la Direzione riesamina il sistema e l'andamento aziendale e dai relativi documenti inerenti gli elementi in ingresso (informazioni) e in uscita (decisioni).

La registrazione del riesame consiste nell'inserire in un elenco dei riesami l'anno ed il numero progressivo del riesame svolto e nel conservare in apposito raccoglitore, sia cartaceo che digitale, il verbale e i relativi documenti allegati, garantendone la tracciabilità.

E' compito di RQ tenere sotto controllo le azioni susseguenti al riesame della direzione, aggiornare costantemente la Direzione Generale della loro attuazione ed efficacia, e relazionare per iscritto, almeno una volta all'anno, sullo stato del sistema di gestione per la qualità.

9.3.3 Elementi in ingresso per il riesame

Gli elementi di ingresso per il riesame da parte della direzione trattano, in linea generale, dell'andamento corrente e delle opportunità per il miglioramento sulla base dell'adeguatezza delle risorse umane e infrastrutturali, gli investimenti e la formazione e l'addestramento del personale.

Sono elencati in linea generale, informazioni relative a:

- a. cambiamenti, interni ed esterni, rilevanti per il GFC;
- b. raggiungimento degli obiettivi;
- c. idoneità delle politiche e delle procedure;
- d. stato di attuazione delle azioni definite nei precedenti riesami;
- e. esito degli audit interni recenti;
- f. azioni correttive;
- g. valutazioni da parte di organismi esterni;
- h. variazioni del volume e del tipo di lavoro o del range delle attività di GFC;
- i. informazioni di ritorno da parte dei clienti e del personale;
- j. reclami;
- k. efficacia di eventuali miglioramenti attuati;
- l. adeguatezza delle risorse;
- m. risultati dell'analisi dei rischi;
- n. esiti delle attività di assicurazione della validità dei risultati;
- o. ogni altro fattore rilevante, quali le attività di monitoraggio e formazione.

L'organizzazione conserva copia delle informazioni documentate relative agli input al riesame della direzione.

Nel caso di riesami svolti dopo le verifiche di parte seconda e terza, è considerato come prevalente elemento di ingresso del riesame quello relativo alla valutazione dei rilievi (osservazioni, non conformità, raccomandazioni) avanzati da parte degli organismi esterni.

9.3.4 Elementi in uscita dal riesame

Gli elementi in uscita del Riesame da parte della Direzione comprendono azioni e decisioni in merito ad almeno i seguenti elementi:

- a. l'efficacia del sistema di gestione e dei suoi processi;
- b. il miglioramento delle attività di GFC relative al soddisfacimento dei requisiti di questo documento;
- c. l'erogazione delle risorse necessarie;
- d. le esigenze di modifica.

Nel caso di riesami svolti dopo le verifiche di parte seconda e terza, è considerato come prevalente elemento in uscita del riesame quello relativo alla definizione dei trattamenti e delle azioni correttive per affrontare i rilievi (osservazioni, non conformità, raccomandazioni) avanzati dagli organismi esterni.

10 Miglioramento

10.1 Generalità

La Direzione pianifica e gestisce i processi necessari per il miglioramento continuo del SGI.

L'Organizzazione facilita il miglioramento continuo del SGI utilizzando la politica integrata, gli obiettivi, i risultati degli audit interni ed esterni, l'analisi dei dati, le azioni correttive e preventive ed i riesami da parte della Direzione.

L'Organizzazione attraverso i riesami periodici del SGI individua e gestisce le attività di miglioramento e, quando adotta azioni di miglioramento, garantisce l'efficacia dei processi.

10.1.1 Azioni di miglioramento

Le azioni di miglioramento rappresentano uno strumento di miglioramento del sistema di gestione per la qualità di GFC.

Le azioni di miglioramento possono essere generate da:

- a. suggerimenti del personale di GFC;
- b. suggerimenti di clienti;
- c. suggerimenti di fornitori;
- d. risultati degli audit interni;
- e. risultati degli audit dell'Organismo di certificazione;
- f. risultati del riesame della DIREZIONE; g. risultati delle analisi dei dati;
- g. risultati del monitoraggio della soddisfazione del cliente;
- h. monitoraggi e misurazioni dei processi;
- i. monitoraggi e misurazioni dei prodotti.

Azioni di miglioramento possono essere sviluppate –in quanto necessario- per tutti i processi e per tutte le unità organizzative di GFC.

L'attuazione delle azioni di miglioramento comporta:

- j. l'individuazione delle non conformità potenziali e delle loro potenziali cause;
- k. la valutazione – attraverso idonee fonti di informazione - dell'esigenza di attuare azioni di miglioramento per evitare il verificarsi delle non conformità;
- l. l'individuazione e l'attuazione delle necessarie azioni di miglioramento;
- m. la REGISTRAZIONE dei risultati delle azioni di miglioramento attuate;
- n. il riesame delle azioni di miglioramento attuate allo scopo di verificare la loro efficacia.

Le azioni di miglioramento attuate dalla Direzione e dal RQ sono appropriate rispetto all'importanza ed agli effetti dei problemi potenziali.

10.2 Non conformità e azioni correttive

GFC ha stabilito, attua e mantiene attiva la procedura specifica denominata "Gestione delle non conformità" in cui ha definito le modalità e le responsabilità ed autorità relative alle non conformità relative alla qualità delle parti interessate.

Tale procedura si rende necessaria per:

- a. trattare le non conformità di prodotto e ambientali reali e potenziali;
- b. intraprendere azioni correttive e azioni di miglioramento

Le non conformità possono essere rilevate:

- c. in base alle attività di monitoraggio e di verifica da parte dei responsabili delle attività;
- d. in base ai risultati dei monitoraggi e delle misurazioni effettuate;
- e. nel corso degli audit interni;
- f. in base ai risultati di verifiche di PUBBLICHE AUTORITÀ;
- g. nel corso delle riunioni di riesame della DIREZIONE;
- h. in base a reclamo del cliente;

- i. in base a segnalazione di una parte interessata;
- j. su segnalazione di fornitori;
- k. a seguito di audit dell'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE;
- l. a seguito di audit dell'ORGANO DI VIGILANZA (MOGC 231).

GFC assicura che le non conformità sono:

- m. identificate;
- n. gestite mediante segregazione – in quanto possibile - e tenute sotto controllo;
- o. analizzate da parte dell'unità organizzativa interessata, per ricercare le cause delle non conformità;
- p. documentate utilizzando il "RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ";
- q. trattate in modo adeguato;
- r. riverificate – al termine del trattamento della non conformità - per valutare l'efficacia del trattamento e per verificare lo stato di conformità ai requisiti.

Le non conformità – inclusi i reclami dei clienti - sono verificate nel corso delle riunioni di riesame della DIREZIONE.

10.2.1 Analisi dei risultati

GFC ha individuato i dati appropriati per:

- a. dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del proprio sistema INTEGRATO di gestione;
- b. valutare dove possono essere apportati miglioramenti continui dell'efficacia del proprio sistema INTEGRATO di gestione.

Tali dati sono raccolti da GFC e sono trattati utilizzando adeguate elaborazioni statistiche. L'analisi dei dati e dei risultati delle relative elaborazioni statistiche fornisce ad GFC informazioni in merito a:

- c. soddisfazione del cliente e delle parti interessate rilevanti;
- d. conformità ai requisiti del prodotto;
- e. monitoraggio e misurazione dei processi;
- f. monitoraggio e misurazione dei prodotti
- g. opportunità per azioni di miglioramento;
- h. performances dei fornitori.
- i. I risultati dei dati raccolti da GFC e delle relative elaborazioni statistiche sono sintetizzati nel "RIESAME DELLA DIREZIONE".

10.3 Miglioramento continuo

Il miglioramento continuo dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità è un requisito della politica per la Qualità. La continuità del miglioramento è basata sul principio che l'esito di un ciclo di miglioramento PDCA costituisce la premessa per quello successivo.

Tutti i servizi erogati dall'organizzazione, i processi svolti, gli elementi che costituiscono il SGQ aziendale sono costantemente tenuti sotto controllo con il metodo PDCA per assicurarne la conformità a quanto previsto dai documenti per la qualità.

Per ottenere il miglioramento continuo non è, però, sufficiente controllare la conformità dei processi avvenuti. In primo luogo perché il controllo riguarda appunto ciò che è avvenuto e non si può essere certi di ciò che deve avvenire: il rischio del cambiamento contiene in se delle minacce. In secondo luogo perché un'attività, sebbene efficiente nel modo in cui viene eseguita e conforme ai documenti per la qualità, può essere ulteriormente migliorata, ossia vi possono essere nel cambiamento e nell'incertezza delle opportunità.

Il metodo del risk-based thinking (pensiero basato sul rischio) ha alla base l'analisi del contesto interno ed esterno del processo stesso, dei punti di forza e di debolezza rispetto agli obiettivi e ai requisiti, e l'individuazione dei rischi e delle opportunità, la pianificazione e implementazione di azioni di miglioramento per affrontare rischi e opportunità e la loro verifica di attuazione e di efficacia che diventa elemento per l'avvio del successivo ciclo.

Strumento operativo del miglioramento è il piano di miglioramento. Esso viene aggiornato in occasione dei Riesami della Direzione e può presentare azioni di miglioramento generali, che riguardano l'Organizzazione nel suo complesso, e specifiche, relative a singoli specifici processi.

Per l'elaborazione del piano di miglioramento RQ prende in considerazione:

- a. la politica della qualità;
- b. la misurazione degli obiettivi per la qualità del periodo trascorso;
- c. i rischi e le opportunità che emergono dall'analisi del contesto;
- d. le informazioni di ritorno dei clienti attraverso i reclami e le attività di verifica della soddisfazione dei clienti;
- e. i risultati degli audit interni ed esterni;
- f. lo stato delle azioni correttive;
- g. lo stato delle azioni di miglioramento;
- h. i risultati del controllo della qualità del dato nei risultati di prova;

Il documento presenta inoltre specifici spazi per annotare, in sede di verifica:

- i. l'identità di chi ha controllato l'effettiva attuazione dell'azione di miglioramento e la data di tale controllo;
- j. l'identità di chi ha controllato l'efficacia dell'azione di miglioramento e la data di tale controllo;
- k. eventuali ulteriori provvedimenti da realizzare per completare l'azione di miglioramento.

L'evidenza dell'attività di miglioramento è resa, in questo modo, dal medesimo documento e dagli eventuali documenti di riferimento (relazioni, azioni correttive e preventive, altro) che possono essere allegati ad esso.

L'azione di miglioramento è individuata in conseguenza della identificazione di rischi e di opportunità (anziché a seguito dell'identificazione di non conformità, come nel caso delle azioni correttive).

Attuazione delle azioni di miglioramento

RQ trasmette ai responsabili interessati copia dell'azione di miglioramento, in cui sono definite le attività previste, le responsabilità e i tempi entro devono essere realizzate.

È responsabilità di RQ tenere sotto controllo l'attuazione delle risoluzioni decise e verificare che l'esito finale sia positivo. Al termine dei controlli con esito positivo RQ firma la chiusura dell'azione di miglioramento.

RQ entro un tempo congruo, (per es. un mese), effettua una verifica di efficacia dell'azione di miglioramento, registrandola sul documento dell'azione di miglioramento.

I termini di verifica dell'attuazione dell'azione di miglioramento e i termini di verifica dell'efficacia sono precisati sul documento già al momento dell'apertura dell'Azione di Miglioramento.

Le azioni di Miglioramento sono registrate nel Piano di Miglioramento a cura di RQ.

Tutte le registrazioni relative alle azioni di miglioramento vengono conservate in accordo al par. **informazioni documentate** del presente MQ.

10.3.1 Informazioni di ritorno (feed-back) del cliente

La Direzione utilizza gli elementi e le informazioni di ritorno dal cliente per misurarne il grado di soddisfazione. La misura della soddisfazione del cliente è, infatti, la misura più significativa del livello di qualità percepito dal cliente ed è strategica per i processi di miglioramento del sistema di gestione per la qualità, delle attività di prova e del livello di servizio offerto.

DT o DGS predisponde e gestisce un sistema di raccolta dati sia qualitativi che quantitativi, basati su:

- a. grado di fidelizzazione dei clienti (misurato confrontando la variazione percentuale del fatturato di un singolo cliente o di un gruppo di clienti con la contestuale variazione complessiva del fatturato Di GFC)
- b. somministrazione di questionari telefonici, con domande a risposte multiple di cui è predefinito l'indicatore, finalizzati a individuare le aspettative dei clienti in merito a qualità della prestazione offerta, tempistica, prezzo, servizi offerti

- c. verbalizzazioni di incontri e colloqui, anche telefonici con i clienti, finalizzati a raccogliere informazioni:
- IX. su come è percepita l'attività di pubblicità, marketing ed offerte ed in particolare se le forniture appaiano presentate nelle offerte e nel listino in modo corretto, senza esagerazioni ed evitando di indurre aspettative, anche relativamente ai costi, che non possono essere soddisfatte
 - X. su come il cliente valuta le informazioni e i contatti e se ritenga che gli sia assicurata assistenza continua e massima attenzione ai problemi ed alle richieste espresse
 - XI. sulla percezione che il cliente ha in merito ai tempi di consegna e ai requisiti qualitativi delle attività sull'erogazione di prodotti e servizi
 - XII. sulla percezione che il cliente ha in merito ai livelli di qualifica, di certificazione e di accreditamento delle attività e del personale

I dati sulla fidelizzazione sono utilizzati per individuare i singoli clienti e i gruppi di clienti che esprimono livelli di insoddisfazione.

Le interviste sono utilizzate per comprendere quali leve potrebbero essere utilizzate per migliorare la soddisfazione del cliente (prezzo, qualità del servizio, distribuzione, promozione)

Gli incontri ed i colloqui inquadrano quali attività potrebbero essere incrementate per migliorare la percezione da parte del cliente, del livello di qualità della Società (pubblicità e marketing, informazioni e contatti diretti, tempi di consegna e rapporti di prova, livelli di qualifica e di accreditamento)

I dati e le informazioni di ritorno vengono analizzati attraverso quadri sinottici riassuntivi con commento e costituiscono uno degli elementi d'ingresso del Riesame della Direzione.

FINE DOCUMENTO

MQ-GFC APP-A Alcuni termini utilizzati

Azioni di miglioramento: è il termine che indica le azioni da intraprendere o intraprese per affrontare rischi ed opportunità, minimizzando gli effetti negativi e massimizzando gli effetti positivi dell'incertezza.

Biometano: metano derivante da processi biologici

By design: azione o progetto così come progettato

Carro bombolaio: veicolo studiato appositamente per il trasporto di gas metano su strada

Cliente: Organizzazione o persona che riceve un prodotto o un servizio.

Contesto: è l'ambiente in cui si svolge l'attività dell'organizzazione. Esso è determinato dalla combinazione di fattori esterni di tipo normativo, tecnologico, competitivo, di mercato, culturale ed economico, e da fattori interni relativi alle risorse economiche, infrastrutturali e ai valori, alla cultura, ai livelli di conoscenza e di abilità del personale impiegato.

Imparzialità: presenza di obiettività. L'obiettività è intesa nel senso che non esistano conflitti di interesse o siano risolti in modo da non influenzare negativamente le attività del laboratorio e che il Laboratorio agisca libero da pregiudizi, con neutralità, equità, apertura mentale, distacco ed equilibrio.

Istruzione Operativa: istruzione che viene utilizzata di routine per eseguire attività di prova e misura su materiali e assemblati di materiali e attività di taratura e verifica di taratura su strumenti di misura, campioni e materiali di riferimento.

Laboratorio: organizzazione che svolge attività di taratura e/o prove e/o campionamento associato a successiva taratura o prova

Matrice SWOT: è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (*Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce (*Threats*) di un progetto o in un'impresa o in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo debba svolgere una decisione per il raggiungimento di un obiettivo. L'analisi può riguardare l'ambiente interno (analizzando punti di forza e di debolezza) o esterno di un'organizzazione (analizzando minacce ed opportunità).

Norma: Documento prodotto mediante consenso e approvato da un organismo riconosciuto che fornisce, per usi comuni e ripetuti, regole, linee guida o caratteristiche relative a determinate attività o ai loro risultati, al fine di ottenere il miglior ordine in un determinato contesto

PDCA: ciclo per il processo per la qualità, il ciclo si compone di quattro fasi, Plan (pianificare), Do (fare), Check (controllare), Act (agire).

Prova: Determinazione di una o più caratteristiche di un oggetto di valutazione della conformità, secondo una procedura.

Reclamo: espressione di insoddisfazione da parte di qualsiasi persona di un Laboratorio (reclamo interno) o di qualsiasi parte interessata all'attività di un laboratorio (reclamo esterno), relativa alle attività o ai risultati di quel laboratorio, rispetto alla quale è prevista una risposta

Regola decisionale: regola documentata che descrive come l'incertezza di misura sarà considerata nelle dichiarazioni di conformità riguardo all'accettazione o al rifiuto di un prodotto, in base a un requisito specifico e al risultato di una misurazione.

Regola tecnica: Documento, emanato da una autorità, che riporta requisiti tecnici obbligatori o direttamente o tramite riferimenti, oppure incorporando il contenuto di una Norma.

Validazione: verifica dell'adeguatezza dei requisiti specificati di un prodotto, servizio o processo all'uso previsto. Per esempio, una procedura normalmente utilizzata per la misurazione del tenore di carbonio negli acciai basso legati può essere validata anche per la misurazione del tenore di cromo negli acciai in lega di nichel.

Verifica: fornitura di prove obiettive che un determinato prodotto/servizio/processo soddisfa i requisiti specificati. Per esempio la conferma che un dato materiale di riferimento per le durezze presenta valori che rientrano nel campo di incertezza previsto dallo strumento utilizzato o che una procedura di misurazione fornisce valori coerenti con quelli certificati. Il termine "verifica" (congruenza

tra il processo/prodotto/servizio e i suoi requisiti) non deve essere confuso con “validazione” (congruenza tra i requisiti del prodotto/servizio/processo ed il suo uso) né con “taratura” (definizione dell’incertezza di misura)

MQ-GFC APP-B Alcuni abbreviazioni utilizzate

AC: Azioni correttiva
AD: amministratore delegato
AD: amministratore delegato
AI: audit interni
ALL: Allegato
APP: Appendici
DG: Direzione generale
DPC: dispositivi di protezione collettivi
DPI: dispositivi di protezione individuali
DT: direttore tecnico
FORSU: Frazione Organica del Rifiuto Solido Urbano
GFC: Società Green Fuel Company spa
IO: istruzione operativa
LST: Lista
MQ: Manuale della qualità
NA: Non applicabile
NC: Non conformità
O.N.: Organismo Notificato
PG: procedura generale
PT: procedura tecnica
RGA: responsabile gestione ambientale
Rischio: possibile effetto negativo dell’incertezza,
RQ: Responsabile qualità
RQ: Responsabile qualità
RRU: Responsabile risorse umane
RSPP: Responsabile sicurezza, prevenzione e protezione
SQ o SGQ: sistema gestione per la qualità

MQ-GFC APP-C Dati anagrafici e societari dell'Organizzazione**Ragione sociale e dati della società**

Ragione sociale	Green Fuel Company spa	
Sede Legale	Via molise 5 – San Giuliano Milanese (MI) - 20098	
Legale Rappresentante	Domenico Conte	
Posizione		
Telefono	0823 215028 / 0237 901440	
Fax		
Codice fiscale	03336220615	
Partita Iva	03336220615	
Attività	Commercio al dettaglio e all'ingrosso, anche mediante trasporto su gomma, di carburante per autotrazione. Progettazione, installazione, realizzazione, riparazione e manutenzione di impianti per l'erogazione di carburanti per autotrazione.	
Codice Istat	35.23	
Iscrizione R.I.	MILANO al numero 03336220615	
Iscrizione REA CCIAA	MI – 2036703	
Iscrizione INPS		Num matr 2010328547
Iscrizione INAIL		PAT N. 95482899/69
Sito web	www.greenfuelcompany.it	
e.mail	Greenfuelcompanyspa@legalmail.it/info@greenfuelcompany.it	

MQ-GFC APP-D Processi e Aree funzionali

Processi, registrazioni e responsabilità della identificazione, raccolta, indicizzazione, archiviazione, conservazione ed eliminazione

Processo	Registrazioni	Responsabilità	
01	Direzione per la Qualità	registrazioni	
		riesame della direzione	RQ (*)
		reclami, non conformità, azioni correttive e preventive	RQ (*)
		RQ (*)	RQ (*)
	Direzione	registrazioni della regolarità tecnica e urbanistica	RQ (RGA)
		Bilanci	AD
		Certificati camerali, di regolarità contributiva	AD
	Redazione dei piani economici, patrimoniali e finanziari	AD	
	Registrazione dei rapporti con gli istituti di credito	AD	
02	Clienti e vendite	riesame delle offerte e dei contratti	DT (RC)
		soddisfazione del cliente	DT (RC)
		Richiesta di offerta, offerta e ordine del cliente	DT (RC)
03	Risorse Umane	attestati di qualifica del personale	DT
		corsi di addestramento e formazione e verbali di affiancamento	DT
04	Dotazioni (locali, apparecchiature, software ecc..)	dossier delle apparecchiature e dei macchinari , dei campioni di prima linea, dei materiali di riferimento (offerta del fornitore, ordine al fornitore, documenti di consegna inclusa copia della fattura, certificati di conformità, manuali d'uso e di manutenzione, verbali di manutenzione, certificati di taratura)	DT
		dossier dei software applicativi di apparecchiature e macchinari (offerta del fornitore, ordine al fornitore, documenti di consegna inclusa copia della fattura, documenti di consegna, certificati di validazione, manuali d'uso, aggiornamenti e rivalidazioni)	DT
		registrazioni delle attività di prevenzione e protezione della salute e della sicurezza	RSP
		registrazioni di gestione ambientale	RGA
05	Documenti	Aggiornamento degli elenchi dei documenti interni	RQ (*)
		Aggiornamento degli elenchi dei documenti esterni	DT
06	Fornitori Acquisti e	Elenco dei fornitori qualificati	RA
		Dossier di qualifica e di mantenimento della qualifica dei fornitori di beni e servizi primari e di servizi in sub-appalto	RA
		Elenchi dei fornitori riconosciuti (per ogni sede)	RA
		Schede di riconoscimento dei fornitori di beni e servizi secondari	RA
		Richieste di offerta, offerte e ordini dei fornitore	RA
07	Amministrazione	Fatture di acquisto e relativi allegati (DDT, rapporti di lavoro, schede carburante, giustificativi di spesa, copia di richiesta di offerta, offerta e ordine al fornitore)	
		Fatture di vendita e relativi allegati (riepilogo prove, copia di richiesta di offerta, offerta e ordine del cliente)	
		Contabilità del lavoro (documentazione anagrafica dei dipendenti e cedolini paga)	
		Documentazione di cassa e bancaria dei pagamenti effettuati e ricevuti	
08	Produzione	Registrazioni contabili	
		registrazioni generali di attività tecniche validazioni dei metodi, dei software e dei fogli elettronici per la registrazione ed il calcolo dei risultati	DT
		registrazione delle attività e dei risultati delle prove e delle tarature (dossier di commessa) riesame del contratto (richiesta di offerta, offerta al cliente, ordine del cliente); corrispondenze con il cliente o con gli enti di collaudo; qualsiasi documento o raccolta di dati che indichi i parametri di processo o di qualità da misurare o verificare; i piani di qualità (piani di lavoro, di prova e di controllo); fogli di controllo dimensionale; le minute delle prove e i fogli di prova, sia in formato cartaceo che elettronico contenenti appunti e dati prezzi; i moduli e i grafici prodotti dai software applicativi delle apparecchiature di prova e di misura; le osservazioni originali, i dati e i calcoli registrati al momento in cui vengono eseguiti e collegabili alle attività svolte in quella specifica commessa; copia conforme all'originale del rapporto di prova e del rapporto di taratura emesso; reclami e rapporti di non conformità	DT

(*) o suo delegato, componente dell'area qualità

Aree funzionali e funzioni

AREE	FUNZIONI
Area Alta Direzione	Presidenza (PS) Direzione Generale (DG) Amministratore Delegato (AD)
Area HSEQ (Healthy, Safety, Environment and Quality)	Responsabile della Gestione della Qualità e dei processi di Miglioramento (RQ), Responsabile della Gestione Ambientale (RGA) Responsabile della Sicurezza (RSPP) Consulente ADR
Area Amministrazione	Responsabile della Amministrazione, R-AMM Responsabile Contabilità RC Responsabile personale Responsabile Acquisti R-ACQ Responsabile Commerciale R-COM
Area Tecnica	Responsabile Tecnico (RT) Progettisti Addetti uffici gare
Area Business	Responsabile Gestione piazzali Responsabile Gas e Logistica
Area esecutiva	Manutentori Capiturno di piazzale Operatori addetti erogazione carburante Autisti

MQ-GFC APP-E Responsabilità del controllo dell'elenco dei documenti esterni per la qualità**Periodicità e responsabilità degli elenchi per la tenuta sotto controllo dei documenti esterni per la qualità**

Documenti gestiti	Elenco o Scheda	Descrizione	Periodicità del riesame e dell'aggiornamento	Responsabilità
documenti esterni per la qualità (norme, regolamenti) con indicazione delle edizioni e revisioni in corso di validità	MQ-QC LST-A	elenco controllato	Annuale	RQ in stretta collaborazione con DT
normative tecniche e raccolte di normative tecniche inerenti le prove ed i controlli svolti dal Laboratorio	MQ-QC LST-C	elenco controllato		
apparecchiature con indicazione dei relativi manuali e degli eventuali relativi addendi, o nuove edizioni e revisioni	LST-A PG 04.01	Elenco controllato e schede apparecchiature		
macchinari con indicazione dei relativi manuali e degli eventuali relativi addendi, o nuove edizioni e revisioni	LST-B PG 04.01	Elenco controllato e schede macchinari		
software per la gestione dei documenti per la qualità, per le registrazioni della qualità e per la gestione delle attività di prove e controlli.	LST A PG 05.01	Elenco controllato software gestionali commerciali		
software per l'esecuzione delle prove con indicazione del collegamento all'apparecchiatura a cui sono applicati e del documento di validazione	LST-C PG 04.01	Elenco controllato e schede software di prova		
Norme di riferimento, schede tecniche di lavorazione delle provette, e controllo dimensionale, formati dei rapporti di prova, documenti di qualifica e di autorizzazione delle persone alla esecuzione delle prove e all'utilizzo delle relative apparecchiature, certificati e rapporti di tarature di apparecchiature, campioni e materiali di riferimento per la taratura, documenti delle attività di controllo della qualità del dato	ALL-D al MQ	matrice relazionale delle prove accreditate	Mensile	

MQ-GFC APP-F Responsabilità del controllo dell'elenco dei documenti interni per la qualità**Responsabilità (di massima) della gestione dei documenti interni della qualità**

ATTIVITA'	Riesame	DG	RQ/AQ	DT	TEC
MQ - Manuale della Qualità	Almeno annuale	A	R+V+E+D+S		
PG - Procedure Generali		A	R+V+E+D+S		
PT - Procedure Tecniche			V+E+D+S	A+R+C	R+C
IO - Istruzione Operative			V+E+D+S	A+R+C	R+C
APP - Appendici			V+E+D+S	A+R+C	R+C
ALL - Allegati			V+E+D+S	A+R+C	R+C
LST - Elenchi			V+E+D+S	A+R+C	R+C
MD - Modulistica			V+E+D+S	A+R+C	R+C

Legenda: R= redige C=collabora V= verifica A = approva E=emette D=distribuisce S=conserva

MQ-GFC APP-G Prospetto per l'identificazione dei documenti**Prospetto per la identificazione dei documenti**

	SIGLA	ACR	SIGLA		EDIZ	REV	DATA	IDENTIFICATIVO
MANUALE	MQ	GFC			E1	R0	12/03/18	MQ-GFC E1-R0 12/03/18
APPENDICE	MQ	GFC	APP	B	E6	R0	12/03/18	MQ-GFC APP B E1-R0 12/03/18
ALLEGATO	MQ	GFC	ALL	A	---	R1	30/03/18	MQ-GFC ALL A R1 30/03/18
ELENCO	MQ	GFC	LST	C	---	---	15/04/18	MQ-GFC LST C 15/04/18

	SIGLA	LETT	PROC	PROGR	PROGR	REV	DATA	IDENTIFICATIVO
PROCEDURA	PG		05	02		0	12/03/18	PG 05.02 R0 12/03/18
PROCEDURA	PT		12	01		0	12/03/18	PT 12.01 R0 12/03/18
ISTRUZIONE	IO		05	02	01	1	12/03/18	IO 05.02.01 R1 12/03/18
MODULO	MD	A	05	03	01	1	30/1/18	MD 05.03.01-A R1 30/01/18
APPENDICE	APP	A	04	01		0	12/03/18	APP A 04.01 R0 12/03/18
ALLEGATO	ALL	B	04	01	01	1	15/04/18	ALL B 04.01.01 R1 15/04/18
ELENCO	LST	C	01	01			30/04/18	LST C 01.01 30/04/18

MQ-GFC APP-H esempio di scheda per il controllo delle registrazioni digitali**Esempio di scheda mensile di controllo delle attività di tutela delle registrazioni digitali**

Anno	Mese		Registrazioni digitali	
	Ambiente Digitale Condiviso 1	Ambiente Digitale Condiviso 2	Ambiente Digitale Condiviso 3	Ambiente Digitale Condiviso 4
Laboratorio di				
Responsabile				
Data del controllo della sincronizzazione				
Data di back up 1				
Data di back up 2				
Data di back up 3				
Data di back up 4				
Data di back up 5				
Data di masterizzazione				
Id del CD				
Controllo CD				
Note				