	PROCEDURA GESTIONE NON CONFORMITA' E RECLAMI	P_02
--	---	------

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

REDAZIONE	RGQ
VERIFICA	RGQ
APPROVAZIONE	DG

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	§ REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0	-	Prima Emissione	31/01/2006
1	6 - 7.1 - 9 - Allegato 1 - 4	Seconda Revisione	01/02/2008
2	Aggiornamento UNI EN ISO 9001:2008	Terza Revisione	02/03/2009

MODULISTICA ALLEGATA

All. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	P_02_mod_Elenco NC	Elenco Non Conformità
2	P_02_mod_Rapporto NC	Rapporto di NC/Disservizio
3	P_02_mod_Reclamo	Modulo Reclamo/Suggerimento utente
4	P_02_mod_comunicazio ne_utente	Comunicazione utente



PROCEDURA GESTIONE NON CONFORMITA' E RECLAMI

P_02

1. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le regole adottate dall'intera Organizzazione per :

- Identificare, registrare e gestire le NC, che possono insorgere in qualunque fase dei processi;
- Gestire i reclami degli utenti (interni ed esterni).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle NC emerse:

- A livello aziendale/ servizi/uffici

La presente procedura si applica, inoltre, alla gestione dei reclami fatti pervenire in qualunque forma dagli Utenti.

3. LUOGO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutti i Servizi ed Uffici dell'Organizzazione.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- **UNI EN ISO 9001:2008** - § 8.3 “ Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi “
- **UNI EN ISO 9001:2008** - § 8.4 “ Azioni correttive e preventive “

5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
NON CONFORMITÀ	Scostamento da requisiti specificati
TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITÀ	Azione tempestiva da intraprendere al fine di ripristinare la conformità del servizio/prodotto/processo (nota: le cause alla radice della non conformità possono però rimanere le stesse e sono individuabili e rimovibili solo attraverso un processo di azione correttiva).
AZIONE CORRETTIVA	Azione tesa a rimuovere cause di non conformità
AZIONE PREVENTIVA	Azione tesa a prevenire l'insorgere di non conformità
MANUALE DELLA QUALITÀ	Raccolta di documenti che descrivono il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ): politica per la qualità, macroprocessi e loro collegamenti, procedure del sistema qualità, con riferimento specifico ai punti della norma ISO 9001:2008



**PROCEDURA
GESTIONE NON CONFORMITA' E
RECLAMI**

P_02

PROCESSO	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro e gli output di uno sono solitamente input di altro/i
MODULI DI REGISTRAZIONE	Documenti - moduli compilati in riferimento alle procedure e/o ai protocolli, che forniscono l'evidenza oggettiva del funzionamento delle attività di processo
RECLAMO	Azione di protesta o contestazione espressa a voce o per iscritto da parte dell'utenza, presentata in qualsiasi forma e con qualsiasi modalità, per comunicare una situazione percepita di insoddisfazione relativa al servizio ricevuto.
NON CONFORMITÀ MAGGIORE	Disattesa totale (quindi ripetitiva) di un requisito espressamente definito in Processo/Procedura/Procedimento/Normativa. Tale NC potrebbe avere impatto anche sulla qualità del servizio erogato all'utente.
NON CONFORMITÀ MINORE	Disattesa parziale (non ripetitiva) di un requisito espressamente definito in Processo/Procedura/Procedimento/Normativa.

6. RESPONSABILITÀ

Di seguito si riepilogano le responsabilità sulla procedura.

- Il Personale ha la responsabilità di rilevare e segnalare le NC/disservizi riscontrati, nonché di recepire i reclami/suggerimenti dell'utente.
- I Dirigenti a cui afferiscono hanno la responsabilità di effettuare una valutazione tecnica/organizzativa sulla NC e i reclami/suggerimenti, identificare il trattamento necessario da attuare al fine di eliminare tempestivamente gli stessi.
- L'U.R.P. ha la responsabilità di inoltrare all'Ufficio competente reclami/suggerimenti allo stesso pervenuti, ovvero di trattarli direttamente quando non siano di competenza degli Uffici, nonché di inviarne copia per conoscenza a RGQ.
- Le NC sono portate all'attenzione di RGQ, che provvederà alla valutazione del caso con il Dirigente interessato e sentita la DG.
- RGQ ha la responsabilità di archiviare correttamente i moduli di registrazione delle NC e di effettuare periodicamente un'analisi delle NC riscontrate allo scopo di promuovere AC/AP per evitare il ripetersi delle NC.

7. PROCEDURA/MODALITÀ OPERATIVE

7.1 RILEVAZIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le NC possono essere rilevate durante le attività rilevate nelle schede processo. Il personale che sospetta una NC, segnala la situazione al responsabile/dirigente cui afferisce, nonché, per conoscenza, al Responsabile Gestione Qualità, al fine dell'analisi ed eventuale registrazione della NC. La registrazione avviene soltanto se la non conformità effettivamente sussiste e ha senso iniziare l'iter di trattamento. Situazioni di banali non conformità, risolte all'istante dal personale, con scarsissimo impatto sul servizio e che non si ripetono, possono anche essere non registrate, o registrate eventualmente tramite elenchi semplificati (moduli, in ogni caso, controllati tramite la



**PROCEDURA
GESTIONE NON CONFORMITÀ' E
RECLAMI**

P_02

P_01). L'analisi e decisione per l'avvio dell'iter di trattamento e conseguente registrazione è del responsabile di processo o dirigente, sentito RGQ.

7.2 IDENTIFICAZIONE E REGISTRAZIONE DELLA NON CONFORMITÀ

Le non conformità sono registrate nel "Rapporto di non conformità" (P-02_Mod_Rapporto di NC), disponibile nella intranet. Chi rileva la NC compila il modulo avendo avvertenza di:

- identificare con precisione il processo a cui si riferisce la NC;
- descrivere nell'apposito campo con chiarezza la non conformità; a tal scopo si può far riferimento ad allegati al rapporto (documenti, file, relazioni, etc.).

La NC è trattata direttamente dal responsabile del processo/dirigente che l'ha identificata. Nel caso di NC gravi (es. gravi disfunzioni tecniche/organizzative, non conformità rilevanti e ripetitive), occorre coinvolgere nel trattamento della NC ed eventuale apertura di una AC (Azione Correttiva) anche RGQ che valuterà il coinvolgimento di DG.

La registrazione è, in ogni caso, trasmessa in copia al RGQ.

7.3 TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITÀ

Le non conformità registrate in P_02_Mod_Rapporto NC portano al trattamento tempestivo della NC stessa (vedere definizioni).

Elenco tipo di NC:


Disattesa parziale di un processo come identificato nella scheda processo
Disattesa totale di un processo come identificato nella scheda processo
Non utilizzo della modulistica in ultima revisione del sistema qualità
Non utilizzo sistematico della modulistica del sistema qualità
Riesecuzione di una pratica/procedimento amministrativo o re-intervento operativo su una attività tecnica
Mancato rispetto dei tempi previsti dalla scheda processo
Reclamo utente
Richiesta di risarcimento danni
NC scaturite da Visite Ispettive Interne

L'elenco di cui sopra non è esaustivo, avendo ogni Servizio la propria casistica di tipologia di NC su apposito modulo P_02_mod_Elenco NC.

7.4 VERIFICA DEL TRATTAMENTO E CHIUSURA DELLA NC

Ogni Dirigente ha la responsabilità di verificare l'avvenuto trattamento della NC, chiudendo il rapporto dopo aver riverificato il servizio con il responsabile incaricato e ripristinato la conformità. Tale evidenza deve essere riportata su P_02_Mod_Rapporto NC.

Il trattamento è comunicato per conoscenza a RGQ.

	PROCEDURA GESTIONE NON CONFORMITA' E RECLAMI	P_02
--	---	------

8. ANALISI DEI RAPPORTI DI NC E ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

RGQ esegue un'analisi consuntiva delle NC individuando eventuali ripetitività nelle stesse. I risultati ottenuti da questa analisi possono attivare Azioni Correttive di ricerca cause o Azioni Preventive per il miglioramento del Sistema Qualità (P_03 Azioni Correttive e Preventive)
Le Azioni Correttive sono, in ogni caso, intraprese, a seguito di NC MAGGIORE o reclami.
RGQ provvede all'archiviazione dei documenti di registrazione delle NC per tre anni.

9. GESTIONE DEI RECLAMI/SUGGERIMENTI

Modalità di acquisizione del reclamo	
Chi può presentare reclamo/suggerimento:	Utente Esterno/Utente Interno
Modalità di presentazione:	<u>Verbale</u> : solo per Utente Esterno. Chi riceve il reclamo/suggerimento lo traduce in forma cartacea utilizzando l'apposito modulo P_02_mod_Reclamo. <u>Cartaceo</u> : Fax, Lettera, Modulo reclamo/suggerimento utente, a disposizione in tutte le sedi provinciali, da depositare nelle apposite urne. <u>Informatizzato</u> : Form pagina web della Provincia, e-mail o altro mezzo telematico o informatico idoneo ad accertare la fonte di provenienza.
Modalità di prelievo reclami/suggerimenti cartacei dalle urne	<u>Sede centrale</u> : il Coordinatore dei servizi d'attesa comunica a URP il/i nominativo/i del personale di attesa incaricato. <u>Altre sedi</u> : se presente personale d'attesa, il Coordinatore comunica a URP il personale incaricato. In caso contrario il Dirigente del Servizio incarica un proprio collaboratore e lo comunica a URP. Qualora l'urna sia di uso comune a più Servizi, i Dirigenti, in accordo tra loro, comunicano il nominativo a URP. Gli incaricati devono comunicare tempestivamente a URP eventuali danneggiamenti/deterioramenti e/o sottrazione delle urne. Entro il giorno 10 di ogni mese gli incaricati consegnano/inviano a URP i reclami/suggerimenti contenuti nelle urne.
Chi può ricevere il reclamo/suggerimento:	URP Tutto il personale interno
Modalità di gestione del reclamo/suggerimento	
A chi viene trasmesso il reclamo/suggerimento	URP
A chi fa capo la responsabilità della gestione del reclamo/suggerimento:	URP
Valutazione della fondatezza e definizione della competenza al trattamento	L'URP, verificata la fondatezza del reclamo, lo inoltra al Dirigente del Servizio competente ovvero lo tratta direttamente, se non di competenza di alcun Servizio. Il reclamo anonimo non viene trattato ed è archiviato. URP comunica per conoscenza a RGQ il reclamo/suggerimento. Se il reclamo non è fondato o non di competenza di questa Amministrazione lo

Data 02/03/2009

Rev. 2

Pag5 di 5

© Provincia di Forlì - Cesena

Questo documento non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale



**PROCEDURA
GESTIONE NON CONFORMITA' E
RECLAMI**

P_02

	comunica al mittente dello stesso.
Eventuale apertura azione correttiva	Il soggetto competente al trattamento valuta se è necessaria l'apertura di un'azione correttiva (modulo allegato n. 1 della P_03 Azioni correttive e preventive)
Tempi per la chiusura del trattamento	Entro 30 gg dalla data della presa in carico del soggetto competente al trattamento.
Modalità di risposta all'utente	La risposta è dovuta anche in caso di non fondatezza. Deve essere utilizzato il Modulo Comunicazione utente, allegato n. 4 della P_02 Gestione non conformità e reclami. La comunicazione finale all'utente deve essere inviata per conoscenza a RGQ ed URP qualora quest'ultimo non sia direttamente competente al trattamento.
Conservazione della documentazione	RGQ conserva agli atti della qualità per 3 anni la documentazione.