



**GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE E DELLE
REGISTRAZIONI**

P_01

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	ALL. N. 2 - 3	Seconda Revisione	01/02/2008
2	Aggiornamento UNI EN ISO 9001:2008 e allegato 3	Terza Revisione	02/03/2009
3	Punto 5.6	Quarta Revisione	02/11/2009
4	ALL. N. 2	Quinta Revisione	07/04/2011
5	ALL. N. 2 - 3	Sesta Revisione	02/08/2011
6	ALL. N. 2	Settima Revisione	01/09/2011
7	§ 5.6 - All. n. 2 - All. n. 3	Ottava Revisione	12/06/2013

MODULISTICA ALLEGATA

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	P_01_mod_prassi_operative	Prassi operative
2	P_01_mod_doc_SGQ	Documenti validi del SGQ
3	P_01_mod_elenco_doc_esterni	Elenco documenti di origine esterna



GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLE REGISTRAZIONI

P_01

1. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità per:

- Redigere, verificare ed approvare i documenti del SGQ;
- Assicurare una corretta distribuzione degli stessi;
- Definire le modalità di modifica di tali documenti;
- Controllare le registrazioni (modulistiche);
- Controllare le normative cogenti, direttive, circolari, etc. applicabili ai processi.

2. CAMPO D'APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai documenti del SGQ ed in particolare:

- Manuale della qualità;
- Procedure;
- Schede di processo;
- Prassi Operative;
- Modulistica di registrazione.

La restante documentazione quale delibere, circolari interne, determine, etc anche se regolamentate da altra documentazione dell'Ente dovranno in ogni modo possedere un riferimento univoco (es. numero di protocollo, data, soggetto che ha emesso il documento, ecc.).

3. RESPONSABILE DEL PROCESSO

Il responsabile del processo è RGQ. Collaborano i Responsabili e gli incaricati dei processi.

4. NORMATIVA ESTERNA

- UNI EN ISO 9001:2008 - § 4.2 "Requisiti relativi alla documentazione".
- Manuale di Gestione del Protocollo Informatico e dei Flussi Documentali

5. PROCESSO/ATTIVITÀ

5.1 I Documenti del SGQ dell'Ente

I documenti del SGQ sono rappresentati dalla seguente gerarchia:

- Manuale della Qualità;
- Procedure;
- Schede di processo;
- Prassi Operative;
- Registrazioni (Modulistiche).



GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLE REGISTRAZIONI

P_01

5.2 Redazione ed approvazione del Manuale della Qualità

Il manuale della qualità è il documento principale del SGQ dove è riportata l'organizzazione dell'Ente, i suoi servizi, lo scopo e il campo di applicazione del sistema, dove sono sinteticamente descritti i macroprocessi, in conformità alla norma di riferimento ISO 9001:2008.

Il MQ è strutturato in 6 capitoli, in riferimento ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008, più un capitolo introduttivo di presentazione della Provincia e dell'applicazione del sistema.

Il MQ presenta un indice di revisione progressivo, partendo da 0, che viene incrementato a seguito di ogni modifica intercorsa.

Le pagine interne del capitolo seguono l'indice standard della presente procedura.

Il MQ è redatto e verificato da RGQ, sottoposto ad approvazione di DG ed una successiva approvazione formale della Giunta Provinciale in prima emissione.

5.3 Redazione ed approvazione delle Procedure

5.3.1 Codifica e Identificazione delle Procedure

Le Procedure contengono, nell'intestazione, le seguenti indicazioni:

- Logo Provincia;
- Titolo della procedura;
- Codice della procedura.

secondo il seguente schema:

Logo	TITOLO DELLA PROCEDURA	Codice procedura
------	------------------------	------------------

Nel piè di pagina saranno, invece, riportate le seguenti indicazioni:

- Numero di revisione;
- Data di emissione (gg/mm/aa);
- Numero di pagina sul totale delle pagine;

Le procedure, oltre al titolo, presentano un codice d'identificazione utilizzando il seguente sistema:
es. P_01;

P = Procedura Gestionale;

01 = Prima procedura emessa.

Il nome del file della procedura è, invece, del tipo: Codice procedura_Titolo procedura
(es. P01_gestionedelladocumentazione.doc).

Le modulistiche allegate sono salvate con il nome: Codice procedura_mod_titolo modulo.

Le procedure sono redatte e verificate da RGQ, approvate da DG ed approvate formalmente della Giunta Provinciale in prima emissione.



5.4 Redazione ed approvazione delle schede di processo

Le schede di processo sono identificate attraverso un codice progressivo automatico e dal nome del processo stesso. La loro struttura è legata alla maschera di imputazione informatica. La redazione della prima edizione di una scheda avviene attraverso la “mappatura” del processo, scomponendolo e descrivendolo nelle sue attività. Alla maschera delle schede processo, nella prima edizione, accedono in scrittura/modifica i componenti dell’UPCQ, previa autenticazione. Per la compilazione delle schede, gli utenti possono utilizzare il “super help” associato ai campi. L’approvazione spetta al Dirigente del Servizio mentre la verifica viene effettuata da RGQ. Per quanto riguarda i criteri di modifica/revisione delle schede processo si rinvia all’apposita procedura “Gestione dei processi” P_07.

5.5 Redazione ed approvazione delle prassi operative

Le prassi operative sono i documenti che vengono emessi a discrezione del Responsabile del Processo/Ufficio/Servizio al fine di descrivere con maggiore dettaglio delle “prassi” consolidate anche a supporto delle schede di processo (ad es. vedasi prassi per la partecipazione a corsi di formazione su richiesta).

Sono identificate dal titolo, data e nome del compilatore che le firma per approvazione.

5.6 Redazione ed approvazione della modulistica

Per modulistica si intende tutto quello che è prodotto dal Servizio e messo a disposizione degli utenti, sia interni che esterni, in formato cartaceo / sul sito internet / sulla intranet e allegato alla relativa scheda processo. Qualora la modulistica sia pubblicata e costantemente aggiornata sul sito internet/intranet, non è necessario allegarla alla scheda processo ma è sufficiente inserire il relativo link nel campo “Note” “Salva il sito WEB” della maschera “Modulistica”: “Modulistica scaricabile dal sito [www...](#)”.

L’emissione della modulistica segue il seguente iter: viene predisposta dal Responsabile di processo secondo le indicazioni di seguito riportate, allegata alla scheda processo e sottoposta a verifica di RGQ in sede di approvazione della scheda stessa. E’ responsabilità e cura del Responsabile di processo eliminare la modulistica precedente e sostituirla con quella vigente. La modulistica viene individuata come stato di aggiornamento dal numero di revisione in calce al modello.

A fini di omogeneità di utilizzo e tenuta sotto controllo dei documenti, sul documento deve essere riportato:

1. il **logo ufficiale della Provincia** per indicarne la “proprietà”. Se si utilizzano moduli prodotti da altri Enti / Soggetti pubblici in applicazione a specifica normativa, questi non dovranno essere sottoposti alle presenti regole a meno che non ci sia l’esigenza di fare propri tali documenti inserendo il logo della Provincia e apportando modifiche “personalizzate”;
2. il **nome del modulo** (eventualmente indicato anche mediante la dicitura “Oggetto: ...”);



3. l'**indice di Revisione** (Rev. 0, Rev. 1, ...). In sede di prima "approvazione" la revisione è 0. L'indice di revisione dovrà essere aggiornato ogni volta che si apportano modifiche sostanziali: sono ovviamente escluse modifiche di formattazione o impaginazione.
4. la **data di revisione** (indicata nel formato giorno/mese/anno).

Nel caso di moduli composti da più pagine è consigliabile inserire anche la dicitura "Pagine X di Y" al fine di poter sempre verificare la completezza del documento.

La modulistica dovrà essere raccolta e conservata in formato digitale e/o cartaceo.

In caso di registro cartaceo, il master cartaceo di ciascun modulo in uso dovrà essere siglato per approvazione dal Dirigente, salvo modulistica già approvata con atti ufficiali precedenti (ad es. con deliberazione) per la quale sarà sufficiente inserire gli elementi prescritti senza necessità di ulteriori approvazioni.

5.7 Distribuzione

I documenti del Sistema Qualità sono ritenuti validi solo quando figurano le firme che attestano l'esecuzione delle varie fasi previste dai punti precedenti.

I documenti del Sistema Qualità risultano applicabili a partire dalla data di emissione.

Gli originali della documentazione di Sistema Qualità sono archiviati dal Responsabile Qualità secondo le seguenti modalità:

- la forma cartacea riportante le firme in originale è archiviata all'interno di apposito raccoglitore;
- la forma elettronica, gestita direttamente dal Responsabile Qualità, è archiviata nella cartella condivisa presente nella intranet: visibile in lettura a tutti gli utenti, in scrittura solo al Responsabile Qualità.

I Dirigenti/Responsabili di Processo sono tenuti a consegnare in cartaceo ai propri collaboratori che non hanno accesso alla rete provinciale (ad es. personale sul territorio) tutta la documentazione valida del SGQ.

Per tutta la documentazione originale è previsto un elenco riportante i documenti in vigore definito DOCUMENTI VALIDI.

Il Manuale della Qualità può essere distribuito in forma controllata e non controllata.

Per copia controllata si intende che il ricevente della stessa riceverà gli eventuali aggiornamenti futuri del documento.

Nel caso di copia non controllata, il ricevente non riceverà alcun aggiornamento.

Tutta la documentazione viene distribuita agli interessati rendendola disponibile nella intranet e segnalando agli stessi eventuali revisioni/modifiche apportate.



GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLE REGISTRAZIONI

P_01

Le Prassi Operative, avendo una valenza “locale”, sono gestite, in termini di distribuzione, secondo le modalità ritenute più opportune dal Responsabile del Processo/Ufficio/Servizio, fatto salvo il concetto generale di rendere disponibile al personale l’ultima revisione utile.

5.8 Modifiche

La modifica e la revisione dei documenti del Sistema Qualità seguono lo stesso iter di prima emissione del documento.

La revisione è delegata alla funzione che ha emesso il documento originario. Una sintetica descrizione degli elementi revisionati o delle motivazioni va riportata nello spazio appositamente riservato nelle tabelle del documento. L'originale cartaceo del documento superato deve essere annullato mediante l'apposizione della dicitura "ANNULLATO" e, salvo diverse prescrizioni, archiviato nel raccoglitore “Documenti Superati”, dalla Funzione Qualità.

Nella intranet sono disponibili solo i documenti aggiornati; pertanto il Responsabile Qualità aggiornerà la cartella.

Le modifiche ai documenti vengono evidenziate in giallo (solo per MQ e Procedure).

5.9 Altra documentazione interna

La gestione dell’Ente porta alla definizione di altri documenti a supporto delle attività che vengono così codificati (a titolo non esaustivo):

Documento	Responsabile emissione
Deliberazione	GP/CP
Circolare interna	Dirigente – DG
B.M.	Dirigente – Resp. Ufficio
Decreto	Presidente – Dirigente
Regolamento	GP/CP
Ordinanza	Presidente-Dirigente
Determinazione	Dirigente – Resp. P.O.
Lettera	Dirigente – Resp. P.O. – Resp. Ufficio
Verbali riunioni	Segretario verbalizzante
Parere	Dirigente – Resp. P.O. – Segretario Generale
Autorizzazione	Dirigente – Responsabile P.O.

5.10 Gestione delle registrazioni

Data 12/06/2013	Rev. 7	Pagina di 6 di 9
© Provincia di Forlì - Cesena		
Questo documento non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLE REGISTRAZIONI

P_01

Le registrazioni della Qualità sono eseguite utilizzando moduli, stampati, registri, questionari opportunamente predisposti, verbali ed altra documentazione la cui utilizzazione è illustrata nei singoli documenti che li richiamano.

Sono considerate valide registrazioni di qualità soltanto i documenti:

- Compilati in modo leggibile e completo,
- Identificati secondo le modalità definite,
- Datati e riconducibili alla persona autorizzata a compiere l'attività a cui la registrazione si riferisce, la quale si assume la piena responsabilità sulla correttezza delle registrazioni effettuate.

L'accesso ai documenti di registrazione della qualità e documenti interni è consentito, oltre alle funzioni interne richiedendoli ai responsabili che ne gestiscono la conservazione, anche ai gruppi di Audit che gestiscono le V.I.I..

Ove previsto e secondo le modalità codificate per legge, l'Ente rende disponibili all'utente le registrazioni di suo interesse.

Archiviazione

I documenti sono raccolti ed archiviati in modo da consentirne il rapido reperimento e sono conservati in luoghi aventi condizioni ambientali idonee ad evitare deterioramenti, danni o smarrimenti. Inizialmente il documento viene archiviato negli archivi degli Uffici competenti dei vari Servizi che ne fanno uso e successivamente è trasmesso all'archivio centrale, come codificato da apposito documento interno.

I tempi di archiviazione e relativi responsabili sono stabiliti nel documento "Manuale di Gestione del Protocollo Informatico e dei Flussi Documentali".

I Responsabili, in base alle proprie necessità e spazi a disposizione, archiviano i documenti in una delle seguenti modalità:

- Per pratica;
- Per fascicolo;
- Per attività;
- Per obiettivo;
- Per protocollo;
- Per utente;
- Per progressivo;
- Per data;
- Per argomento;
- Per tipologia;
- Per nazione;
- Per ordine alfabetico;
- Per fornitore.



GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLE REGISTRAZIONI

P_01

Le modalità di salvataggio dei dati sono descritte nel Documento Programmatico per la Sicurezza dei Dati Personali, sulla base di quanto prescritto dal Testo Unico sulla Privacy L.196/2003.

Conservazione

I documenti tipici del SGQ sono archiviati dal Responsabile Qualità per anni 5. Per gli altri documenti si rinvia a quanto previsto dal Manuale di gestione documentale.

Le modalità di conservazione individuate evitano il deterioramento e lo smarrimento dei documenti.

5.11 Documenti di origine esterna

Norme legislative e tecniche

Le normative, leggi e regolamenti applicabili (in materia di qualità, sicurezza, erogazione dei servizi) sono di importanza rilevante in quanto consentono di presidiare i vari processi aziendali in modo idoneo. Per tale motivo la loro gestione in forma controllata assume particolare rilevanza.

Nella intranet è presente una banca dati per quanto riguarda leggi e regolamenti applicabili.

Per quanto riguarda le normative settoriali, la gestione è in capo al Responsabile di ogni Processo/Ufficio/Servizio per quanto di loro competenza.

L'aggiornamento avviene mediante consultazione di varie fonti quali:

- Gazzetta Ufficiale (GU);
- Pubblicazioni di settore;
- Riviste specializzate;
- Siti ufficiali UNI (www.uni.com)
- Associazioni;
- Comunicazioni di società di consulenza;
- Comunicazione di enti emittenti della norma/legge;
- Partecipazione a convegni/seminari/corsi di aggiornamento.

In seguito a questa metodica ricerca, i vari responsabili valutano l'impatto sull'Ente ed eventualmente procedono alla modifica dei vari documenti di interesse secondo le modalità descritte in precedenza.

Per ogni processo è individuata nelle schede processo la normativa esterna/interna applicabile.

Gestione documenti da fornitori

I documenti da fornitori possono essere di vario tipo e natura e vengono gestiti come riportato di seguito:

Tipo di documento	Referente interno	Modalità
Data 12/06/2013	Rev. 7	Pagina di 8 di 9
© Provincia di Forlì - Cesena		
Questo documento non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



**GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE E DELLE
REGISTRAZIONI**

P_01

Dichiarazioni di conformità Certificati di analisi	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Verificati come contenuti e rispondenza a documenti tecnici e leggi di riferimento. Evidenza della verifica è l'archiviazione nei relativi raccoglitori.
Catalogo/Listino	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Per mantenere aggiornato l'archivio, annualmente il responsabile verifica la validità dei cataloghi e/o listini prezzi a disposizione; nel caso in cui questi non siano più validi provvede a contattare il fornitore ed a richiedere i nuovi cataloghi e/o listini aggiornati. Nel momento in cui i nuovi cataloghi si rendono disponibili, i vecchi vengono eliminati.
Schede tecniche prodotti	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Verificate come contenuti e rispondenza a documenti tecnici e leggi di riferimento. Evidenza della verifica è l'archiviazione nei relativi raccoglitori.
Schede di sicurezza	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Verificati come contenuti e rispondenza a capitolati di fornitura e leggi di riferimento. Evidenza della verifica è l'archiviazione nei relativi raccoglitori. Le schede di Sicurezza vengono archiviate in ordine alfabetico per prodotto e sono presenti in prossimità dei luoghi di utilizzo dei prodotti relativi. Copia viene consegnata al Medico Competente.
Licenze d'uso software	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Si verifica la corrispondenza con il programma installato e poi vengono archiviate in appositi raccoglitori.
Manuali d'uso e manutenzione	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Si verifica quanto specificato in termini di manutenzione ed uso della macchina.
Certificazione CE di DPI o macchinari/impianti	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Verificati come contenuti e rispondenza a capitolati di fornitura e leggi di riferimento. Evidenza della verifica è l'archiviazione nei relativi raccoglitori.
Rapporti di intervento	Dirigente/Responsabile di processo/Ufficio	Analisi di quanto rilevato/effettuato ed archiviazione. Relativi a: manutenzione, sicurezza.