



AZIENDA TERRITORIALE PER L'EDILIZIA
RESIDENZIALE DI POTENZA

Via Manhes, 33 – 85100 Potenza
tel. 0971413111 – fax. 0971410493
www.aterpotenza.it

VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE

Documento
RDQ/PG/10

rev. **01**

Data: 04-12-2012

pag.

1

6

SOMMARIO

1. PIANIFICAZIONE	2
1.1. SCOPO DELLA PROCEDURA GESTIONALE	2
1.2. OBIETTIVI E STANDARD DEL PROCESSO	2
1.3. RESPONSABILITÀ E RISORSE COINVOLTE	2
2. GESTIONE DEL PROCESSO	3
2.1. FLOWCHART.....	3
2.2. DESCRIZIONE DEL PROCESSO	4
2.2.1. Programmazione annuale delle VI.....	4
2.2.2. Esecuzione della VI.....	4
2.2.3. Analisi delle risultanze della VI.....	5
2.2.4. Chiusura della VI.....	5
2.2.5. Azioni risolutive delle non conformità.....	5
3. REGISTRAZIONI	6
4. INTERAZIONI CONNESSE CON ALTRI PROCESSI	6
5. ANALISI, CONTROLLO E MIGLIORAMENTO	6
6. ALLEGATI	6
6.1. MOD. 10-01 PIANO ANNUALE DELLE VI.....	6
6.2. MOD. 10-02 RAPPORTO DI VI.....	6

COPIA CONTROLLATA N°

--	--	--

COPIA NON CONTROLLATA

--

rev.		data		redatto		verificato		approvato	
	1		04-12-12		RDQ		RDQ		DIR
	0		01-03-06		f.to Vito Colangelo		f.to Vito Colangelo		f.to Michele Bilancia

Le modifiche introdotte al documento rispetto alla precedente revisione sono evidenziate con il segno riportato a margine

1. PIANIFICAZIONE

1.1. SCOPO DELLA PROCEDURA GESTIONALE

La presente procedura ha lo scopo di descrivere la metodologia utilizzata dall'**ATER** per la pianificazione e l'esecuzione delle **Verifiche Ispettive** (sia interne all'azienda che, eventualmente, esterne presso i fornitori), al fine di valutare:

- la conformità delle prestazioni erogate a quanto richiesto dalle norme/regolamenti cogenti e documentato dal Sistema di Gestione per la Qualità;
- la conoscenza, comprensione ed applicazione del Sistema da parte del personale operativo dell'Ente;
- la sua adeguatezza a conseguire gli obiettivi stabiliti;
- la eventuale necessità di adottare opportuni programmi di miglioramento.

1.2. OBIETTIVI E STANDARD DEL PROCESSO

Gli obiettivi e standard individuati dalla Direzione per i processi e le funzioni descritti nella presente procedura, sono riportati nel documento **Obiettivi e Standard dei processi (Mod. 01-01)**.

1.3. RESPONSABILITÀ E RISORSE COINVOLTE



La responsabilità del controllo e coordinamento del processo di conduzione delle verifiche ispettive è assegnata al **Rappresentante della Direzione per la Qualità (RDQ)**.

Nel processo sono altresì coinvolti:

SIGLA	FUNZIONE
DIR	Direttore dell'Azienda
DOP	Direzione Operativa

2. GESTIONE DEL PROCESSO

2.1. FLOWCHART

Fasi elementari	Risorse coinvolte 	Attività	Documentazione 
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Programmazione annuale delle VI</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div>	DIR – RDQ - DOP	Definizione degli obiettivi, aree e tempi di conduzione delle VI	Piano annuale delle VI
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Conduzione delle VI</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div>	Resp. Gruppo VI	<ul style="list-style-type: none"> Raccolta delle evidenze con l'ausilio – se necessario – di apposite check-list Ricerca sia delle eventuali anomalie che delle situazioni di conformità 	<ul style="list-style-type: none"> Check-list (se necessario) Norma UNI EN ISO 19011:2012
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Analisi delle risultanze della VI</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div>	Resp. Gruppo VI	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione delle osservazioni raccolte Definizione e classificazione delle eventuali NC Valutazione dell'efficacia del Sistema a conseguire gli obiettivi di area e/o processo attesi 	Rapporto di VI Rapporto di NC
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Chiusura della VI</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div>	Resp. Gruppo VI	<ul style="list-style-type: none"> Riunione conclusiva con il Resp. dell'Area indagata per riesame congiunto delle osservazioni emerse 	Rapporto di VI
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Azioni risolutive delle anomalie emerse</div>	Resp. Area Resp. Gruppo VI	<ul style="list-style-type: none"> Individuazione delle proposte di soluzione per le anomalie emerse durante l'audit e dei relativi tempi di chiusura Verifica di efficacia delle azioni risoltrici 	Rapporto di VI

2.2. DESCRIZIONE DEL PROCESSO

2.2.1. Programmazione annuale delle VI

La definizione degli obiettivi, degli ambiti di applicazione e dei tempi di attuazione delle **VI**, sia interne all'Ente che esterne (di sorveglianza o valutazione dei fornitori), è determinata dalla **DOP**, in occasione dell'attività di riesame del sistema, mediante l'emissione del **Piano annuale delle Verifiche Ispettive (Mod.10-01)**.

Il **Piano annuale delle Verifiche Ispettive** è approvato da **DIR** ed è aggiornato annualmente o quando condizioni gestionali lo richiedano.

Gli audit devono riguardare ogni area aziendale con **frequenza almeno annuale** e devono essere intensificati sui processi particolarmente critici nei confronti della qualità delle prestazioni rese; la loro pianificazione deve prendere in debita considerazione aspetti quali:

- ➔ cambiamenti significativi nella organizzazione dell'area in esame;
- ➔ adozione di revisioni significative nel Sistema di Gestione per la Qualità o nelle norme di riferimento;
- ➔ anomalie emerse da verifiche ispettive precedenti;
- ➔ riscontro di carenze ripetitive nei processi di erogazione dei servizi resi al cliente/utente.

2.2.1.1. Qualifiche degli auditor

Le verifiche ispettive interne, sono condotte da personale interno o esterno (consulenti) indipendente dall'area da valutare; nel caso di personale interno, le competenze minime necessarie per la conduzione degli audit sono stabilite da **RDQ** e descritte nella relativa **Tabella dei Profili professionali**.

Nel caso in cui le **VI** siano affidate a consulenti esterni, questi devono essere in possesso delle qualifiche di **Valutatore di Sistemi Qualità**.

2.2.2. Esecuzione della VI

La conduzione delle attività di **VI** è eseguita assumendo a riferimento i requisiti richiesti dalle norme **UNI EN ISO 19011:2012 (Linee guida per audit di sistemi di gestione)** alle quali si rimanda per ogni ulteriore dettaglio.

La data dell'esecuzione dell'audit è notificata dal **Responsabile del gruppo di VI** con un preavviso **non inferiore a 5 giorni lavorativi** – nel caso di verifica interna – o di **15 giorni lavorativi**, nel caso di verifica esterna finalizzata alla sorveglianza/qualificazione di fornitori.

Per facilitare le operazioni di raccolta delle evidenze, il **Responsabile del gruppo di VI** può determinare la opportunità di preparare delle liste di controllo (**check-list**) assumendo a riferimento la documentazione del sistema gestionale proprio o dei fornitori e/o le eventuali leggi, norme e regolamenti applicabili alle attività oggetto di verifica.

Nel caso di **VI** interne, la lista di riscontro coincide con le procedure e le istruzioni di lavoro applicabili all'area valutata.

Nel caso in cui la **VI** sia finalizzata alla valutazione o alla sorveglianza dei fornitori, la lista di riscontro assume la caratteristica di un **Questionario valutazione fornitori** predisposto da **RDQ** sulla scorta dei requisiti specifici del prodotto/servizio e delle registrazioni generate durante le forniture precedenti. Il questionario è notificato al fornitore unitamente ad un **piano delle attività di VI**, in modo da consentirgli il reperimento di tutte le informazioni ritenute necessarie.

Alle **VI** deve presenziare il **Responsabile dell'area** interessata, o persona da questi designata,

che deve garantire l'accesso a tutta la documentazione inerente l'attività oggetto della verifica stessa.

Le evidenze sono raccolte, nelle aree interessate, mediante interviste, esami di documenti ed osservazioni delle attività e delle condizioni operative; le stesse devono essere constatate insieme ai responsabili dell'area verificata e devono essere documentate dal **Responsabile del gruppo di VI** evidenziando sia i rilievi di non conformità eventualmente emersi, sia le situazioni di conformità, efficienza ed efficacia riscontrate nella conduzione delle attività sottoposte a verifica.

2.2.3. Analisi delle risultanze della VI

Alla conclusione delle attività di **VI**, il responsabile ed i componenti del gruppo di **VI** si riuniscono per riesaminare tutte le osservazioni raccolte e stabilire quali di esse devono essere verbalizzate come **Non Conformità**. Le stesse, prima di essere formalizzate sono discusse in una riunione congiunta con i Responsabili dell'area o dell'organizzazione verificata.

Il Responsabile del gruppo di **VI** raccoglie e documenta le risultanze dell'attività di audit nel **Rapporto di Verifica Ispettiva (Mod. 10-02)**, in modo tale da favorire la definizione delle azioni risolutive più appropriate delle carenze riscontrate e da valutare la reale efficacia delle attività verificate nel garantire il conseguimento degli obiettivi di qualità prefissati.

Tale valutazione di efficacia si esplica confrontando quanto emerso dalla **VI** con gli obiettivi stabiliti dalla **DOP** per ogni singola area, sinteticamente riportati nel documento **Obiettivi e standard dei processi (Mod. 01-01)**.

2.2.4. Chiusura della VI

La chiusura della verifica ispettiva avviene con la firma del **Rapporto di Verifica Ispettiva** da parte dei Responsabili coinvolti.

2.2.5. Azioni risolutive delle non conformità

Per ciascuna delle non conformità rilevate in sede di **VI**, l'area valutata dovrà determinare le azioni (Correttive e/o Preventive) che riterrà più pertinenti per la loro risoluzione.

Il Responsabile del gruppo di **VI** sarà informato di come e quando l'area valutata intende porre rimedio alle non conformità riscontrate, concordando con la stessa i tempi di attuazione delle azioni risolutive. Nel caso di **VI** interne, **RDQ** garantisce il controllo dello stato di attuazione delle azioni correttive e/o preventive adottate a seguito di **VI** secondo le modalità descritte nella procedura **RDQ-PG-09 Gestione Non Conformità, Azioni Correttive e Preventive**.

Alla data di scadenza concordata, il Responsabile del gruppo di **VI** che ha emesso il relativo rapporto, verifica, con l'area/organizzazione valutata, l'applicazione e l'adeguatezza delle azioni attuate. In caso di azione risolutiva inadeguata, si provvede a emettere una ulteriore azione risolutiva concordando la nuova data di attuazione.

VERIFICHE ISPETTIVE INTERNEDocumento
RDQ/PG/10rev. **01**

Data: 04-12-2012

pag.

6

6

3. REGISTRAZIONI

Documento	Modello	Redige	Approva	Distribuisce	Riceve copia	Archivia	Conservazione	
							Modalità (*)	Tempi
Piano Annuale delle VI	10-01	RDQ	DIR			RDQ	p	2 anni
Rapporto di VI	10-02	Resp. Gruppo VI	Resp. Area Fornitore	Resp. Gruppo VI	Resp. Area Fornitore	RDQ	p	2 anni

(*) [a] = ordine alfabetico; [p] = numero progressivo; [d] = data di arrivo/approvazione; [v] = vario

4. INTERAZIONI CONNESSE CON ALTRI PROCESSI

Il processo descritto nella presente procedura interagisce con tutti i processi erogati dall'Ente ed in particolare con quelli di:

- **Gestione fornitori e acquisti (RDQ/PG/08);**
- **Gestione non conformità, Azioni Correttive e Preventive (RDQ/PG/09);**
- **Riesame della Direzione (RDQ/PG/01).**

5. ANALISI, CONTROLLO E MIGLIORAMENTO

Annualmente **RDQ** analizza i dati relativi alle Verifiche Ispettive per valutare con la **DOP**, durante il **Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità**, le tendenze manifestatesi durante l'anno. Gli strumenti utilizzati per il controllo del processo sono rappresentati dai dati generati dai Rapporti delle Verifiche Ispettive sia interne che esterne.

La **DOP**, durante il riesame della direzione, sulla base del rapporto presentato da **RDQ**, analizza criticamente le prestazioni offerte dall'Ente e, se occorre, stabilisce le relative azioni di miglioramento.

6. ALLEGATI**6.1. MOD. 10-01 PIANO ANNUALE DELLE VI****6.2. MOD. 10-02 RAPPORTO DI VI**