

PROCEDURA AZIENDALE

Documento: PA03

Revisione n.: 3

Data: 22.03.2012

pag. 1 di 7

GESTIONE DELLE VERIFICHE INTERNE

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome
22.03.2012	RDQ	Santarelli Franco	22.03.2012	RDQ	Santarelli Franco	22.03.2012	DGE	Varrassi Giustino

PROCEDURA AZIENDALE

Documento: PA03

Revisione n.: 3

Data: 22.03.2012

pag. 2 di 7

ELENCO DELLE REVISIONI

Paragrafo	Descrizione Modifica	Rev. N.	Data Rev.
5.2	Comunicazione a RDQ delle azioni correttive/trattamenti definiti	2	06.3.2012
5.4.3	Aggiunto paragrafo 5.2.2. "Pianificazione delle Verifiche Interne"		
Tutti	Revisione completa della procedura	3	22.03.2012

INDICE

1. SCOPO.....	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI.....	4
4. RESPONSABILITÀ.....	4
5. MODALITÀ ESECUTIVE	4
5.1 GENERALITÀ	4
5.2 PROGRAMMAZIONE E PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE INTERNE.....	5
5.2.1 Programmazione	5
5.2.2 Pianificazione	5
5.3 FORMAZIONE DEI VERIFICATORI.....	6
5.4 ESECUZIONE DELLE VERIFICHE.....	6
5.4.1 Preparazione	6
5.4.2 Conduzione	6
5.4.3 Conclusione	6
5.5 ATTIVITÀ SUCCESSIVE.....	7
5.6 ULTERIORI DISPOSIZIONI.....	7
6. RIFERIMENTI.....	7
7. ALLEGATI.....	7

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è la definizione dei criteri, delle modalità e delle responsabilità per l'organizzazione e la conduzione delle verifiche interne sul Sistema di Gestione per la Qualità della ASL di Teramo.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le verifiche interne sono eseguite all'interno dell'Organizzazione per verificare il livello di conformità alla norma di riferimento; sono finalizzate a stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito, e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

La presente procedura si applica presso la Direzione Strategica, i Dipartimenti, i Coordinamenti e tutte le Unità Operative dell'ASL di Teramo.

3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

DD	Direttore Dipartimento/Coordinamento
DGE	Direttore Generale
DUO	Direttore/Responsabile Unità Operativa
GVI	Gruppo Verifica Interna
NC	Non Conformità
RAVI	Responsabile Aziendale delle Verifiche Interne
RDQ	Rappresentante della Direzione Aziendale per la Qualità
RGVI	Responsabile Gruppo Verifica Interna (team leader)
RdD	Riesame da parte della Direzione
RQ	Referente Qualità dell'Unità Organizzativa
SGQ	Sistema di Gestione per la Qualità
U.O./UU.OO.	Unità Operativa/Unità Operative (Complesse, Semplici, Semplici a valenza dipartimentale)
VI	Verifica Interna

4. RESPONSABILITÀ

RAVI Ha la responsabilità del coordinamento necessario per il corretto svolgimento di tutte le attività riportate nella presente procedura.

5. MODALITÀ ESECUTIVE

5.1 GENERALITÀ

Le verifiche interne sono organizzate, ispirandosi ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001 e 19011, per uno o

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	PROCEDURA AZIENDALE	Documento: PA03 Revisione n.: 3 Data: 22.03.2012 pag. 5 di 7
Direzione Strategica		

più dei seguenti scopi:

- stabilire la conformità dell'operato dell'Organizzazione rispetto a quanto descritto e previsto nel sistema di gestione;
- stabilire l'efficacia di quanto previsto ed attuato in rapporto agli obiettivi operativi e di qualità fissati;
- fornire a tutto il personale l'opportunità per migliorare le proprie prestazioni;
- soddisfare prescrizioni vincolanti che possono derivare da norme, leggi o decreti;
- valutare il proprio SGQ in rapporto alle norme volontarie prese a riferimento (es. UNI EN ISO 9001).

Le verifiche vengono organizzate su base programmata come descritto nel successivo paragrafo.

Tuttavia possono essere organizzate verifiche in aggiunta a quanto programmato, a seguito di modifiche all'Organizzazione, dei processi o del servizio, o ancora per valutare l'attuazione e l'esito di azioni correttive.

5.2 PROGRAMMAZIONE E PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE INTERNE

5.2.1 Programmazione

Il RAVI, all'inizio dell'anno, programma le verifiche (interne ed esterne) e redige il "Programma aziendale delle verifiche" (Mod. PA03 01) che stabilisce le aree da verificare e le date delle relative verifiche.

Nella definizione del programma, il RAVI stabilisce la priorità dei Dipartimenti, dei Coordinamenti e dei Processi da sottoporre a verifica e la relativa frequenza valutando:

- le date delle precedenti verifiche esterne;
- risultati delle precedenti verifiche interne ed esterne;
- modifiche dell'organizzazione intervenute dopo le precedenti verifiche;
- eventuali richieste di verifica avanzate dalle Direzioni Strategica, Dipartimentale e di Coordinamento.

5.2.2 Pianificazione

Sulla base del "Programma aziendale delle verifiche" (Mod. PA03 01) il RAVI procede alla pianificazione dettagliata delle singole VI.

RDQ individua i verificatori che dovranno comporre il GVI ed il RGVI, in base ai seguenti requisiti:

- il verificatore deve essere indipendente da chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte a verifica (indipendenza tra responsabilità diretta del valutatore rispetto alle attività da verificare);
- i verificatori possono essere anche esterni in possesso delle conoscenze e competenze necessarie (superamento di esami riconosciuti – es. IRCA, AICQ, SICEV, CEPAS, ecc. -, e/o esperienza di almeno 5 anni come valutatore del SGQ).

Almeno 30 giorni prima della verifica interna il RAVI invia all'organizzazione interessata il modulo "Notifica di verifica interna" (Mod. PA03 02) dove sono riportati i punti della norma UNI EN ISO 9001 oggetto della verifica, i nominativi dei verificatori ed i documenti del SGQ necessari alla preparazione adeguata della verifica.

E' responsabilità del RQ della struttura interessata fornire, almeno quindici giorni prima della data di verifica, la documentazione richiesta.

Con almeno una settimana di anticipo, il RAVI invia al responsabile dell'organizzazione da verificare il "Piano dettagliato della verifica interna" (Mod. PA03 03) dove sono riportati orari e luoghi di svolgimento della verifica.

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	<h2>PROCEDURA AZIENDALE</h2>	Documento: PA03 Revisione n.: 3 Data: 22.03.2012 <i>pag. 6 di 7</i>
Direzione Strategica		

5.3 FORMAZIONE DEI VERIFICATORI

Il verificatore interno deve essere appositamente formato mediante un corso (anche interno) sulle verifiche interne del SGQ (norma ISO 9001 e ISO 19011) ed deve aver partecipato come “verificatore in addestramento” ad almeno due verifiche interne (preparazione, conduzione, conclusione) per non meno di 4 giorni di verifica sul campo. Ogni verificatore interno, per mantenere la competenza acquisita, deve partecipare ad almeno una verifica interna (preparazione, conduzione, conclusione), per non meno di 2 giorni di verifica sul campo, ogni anno.

Tipicamente, ad ogni verifica, partecipano più valutatori ad uno dei quali, in base ad esperienza (numero di verifiche condotte) e competenza nella materia oggetto di valutazione, viene assegnato il ruolo di Responsabile della Verifica (RGVI).

5.4 ESECUZIONE DELLE VERIFICHE

La verifica si svolge secondo fasi prestabilite, di seguito elencate:

- preparazione;
- conduzione;
- conclusione.

5.4.1 Preparazione

Il GVI sulla base della “Notifica di verifica interna” (Mod. PA03 02), del “Piano dettagliato della verifica interna” (Mod. PA03) e della documentazione acquisita, prepara la verifica.

5.4.2 Conduzione

La verifica interna inizia con una riunione condotta dal RGVI con la presenza del Direttore della Struttura verificata con lo scopo di confermare il piano della verifica, di presentare i componenti del GVI e fornire tutte le spiegazioni necessarie relative alla verifica stessa (obiettivi, estensione, modalità di verifica e registrazione).

I verificatori incaricati raccolgono le evidenze oggettive attraverso interviste con i responsabili e gli operatori, l'esame dei documenti e delle registrazioni prodotte, l'osservazione diretta delle attività svolte. Lo scopo è quello di valutare se le attività vengono realizzate secondo quanto previsto dai documenti organizzativi e se sono efficaci. I verificatori devono inoltre verificare che le azioni correttive derivate da precedenti verifiche siano state realizzate, valutarne i risultati raggiunti e l'efficacia.

Ogni valutatore è tenuto a compilare una lista di riscontro dove, per ogni aspetto verificato, devono essere prodotte appropriate registrazioni indicando le evidenze oggettive analizzate per formulare il giudizio di conformità o meno e, quando ritenuto utile, un breve giudizio del valutatore su quanto riscontrato (inclusa le motivazioni per le quali un aspetto non è stato valutato). Nella lista di riscontro devono essere indicati il nominativo e la funzione delle persone contattate.

5.4.3 Conclusione

A conclusione della Verifica, RGVI compila il “Verbale di Verifica Interna” (Mod. PA03 04) indicando il personale contattato e riportando una descrizione sintetica delle evidenze analizzate, classificandole in non conformità o osservazioni:

- non conformità: ogni evidenza del mancato soddisfacimento di un requisito del SGQ;
- osservazione: indicazione di situazioni che potrebbero nel tempo portare a non conformità.

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	PROCEDURA AZIENDALE	Documento: PA03 Revisione n.: 3 Data: 22.03.2012 pag. 7 di 7
Direzione Strategica		

Il verbale di verifica dopo la firma del RDQ e del Direttore/Responsabile della Struttura verificata (DGE, DD, DUO) per presa visione e accettazione, viene trasmesso al DGE ed al DD/DUO. Una copia dello stesso viene conservata a cura del RAVI .

5.5 ATTIVITÀ SUCCESSIVE

Il rapporto di verifica interna deve essere utilizzato come elemento in ingresso del Riesame della Direzione, ai vari livelli organizzativi dell’Azienda (Unità Operative, Dipartimenti, Coordinamenti, Direzione Strategica).

I Direttori/Responsabili delle strutture verificate hanno il compito di intraprendere i trattamenti e le eventuali azioni correttive necessarie per la risoluzione delle non conformità/osservazioni riscontrate in corso di verifica, comunicando a RDQ, entro 30 giorni dal ricevimento del rapporto, le azioni correttive/trattamenti definiti, con i tempi previsti per la verifica di attuazione e di efficacia.

Nel caso si ritenga necessario avviare un’azione correttiva questa, secondo la complessità delle azioni da intraprendere, può essere gestita utilizzando le indicazioni contenute nella procedura “Azioni di Miglioramento” (PA04).

Per quanto riguarda le osservazioni, nel caso si ritenga di prenderle in carico, vanno formalizzate le azioni da attuare ed i risultati relativi all’attuazione e all’efficacia di tali azioni (ad esempio nei verbali di RdD); nel caso non si ritenga di prenderle in carico, si devono registrare le motivazioni.

5.6 ULTERIORI DISPOSIZIONI

Durante la conduzione della verifica la funzione valutata deve:

- informare e coinvolgere il personale operativo interessato in merito agli obiettivi e all'estensione della verifica;
- mettere a disposizione le risorse necessarie al GVI per assicurare uno svolgimento efficace della verifica;
- consentire al GVI di accedere a tutti i locali ed a tutta la documentazione richiesta.

6. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001 “Sistemi di gestione per la qualità: requisiti”
- UNI EN ISO 19011 “Linee guida per gli audit di gestione per la qualità e/o ambientale”
- Procedura PA02 “Gestione delle Non Conformità Codificate, degli Eventi Indesiderati e degli Eventi Sentinella”
- Procedura PA04 “Azioni di Miglioramento”
- Procedura PA05 “Riesame da parte della Direzione”

7. ALLEGATI

- Mod. PA03 01 “Programma aziendale delle verifiche”
- Mod. PA03 02 “Notifica di verifica interna”
- Mod. PA03 03 “Piano dettagliato della verifica interna”
- Mod. PA03 04 “Verbale di verifica interna”