

## Procedura PR-8.2-02

### **AUDIT INTERNI**

Questo documento è di esclusiva proprietà dell'IIS "Giacomo Antonietti",  
sono vietate ogni forma di riproduzione e divulgazione se non espressamente autorizzate da parte del Dirigente Scolastico

#### STORICO DELLE REVISIONI

REV.	DATA	NOTE DI MODIFICA	REDAZIONE	APPROVAZIONE
00	14/09/04	Prima emissione	RSQ - Burlotti	DS - Rinaldi
01	02/11/06	Eliminati indicatori 2 e 3 Rivista codifica documenti di riferimento par. 8	RSQ - Carola	DS - Rinaldi
02	17/02/2010	Aggiornato in tutta la PR il vocabolario ai sensi ISO 9001:2008 (audit e auditor) Par. 5.3: revisione delle modalità di programmazione degli audit interni Par. 5.4 - azioni a seguire: esplicitata la verifica dell'efficacia delle azioni correttive e delle correzioni Par. 7: rivista unità di misura e frequenza di rilevamento degli indicatori di processo Par. 8: aggiunta documentazione e relativa codifica	RSQ Giunti (firma)	DS Parzani (firma)

<b>DISTRIBUZIONE</b>	<b>controllata</b>	<b>non controllata</b>	<b>Copia n.</b> _____
<b>data consegna</b> _____	<b>Destinatario</b> _____		

### 1. Scopo e obiettivi

Il documento ha lo scopo di descrivere le modalità di gestione e le responsabilità nella conduzione **degli audit** al sistema di gestione della qualità.

### 2. Campo di applicazione

Il processo descritto nel presente documento si applica a tutti i processi individuati nell'ambito del sistema di gestione per la qualità dell'I.I.S. "G. Antonietti".

### 3. Definizioni

P.O.F.	-	Piano dell'Offerta Formativa
DS	-	Dirigente Scolastico
VIC	-	Vicario del Dirigente Scolastico
RSQ	-	Responsabile Sistema Qualità
<b>auditor interno/esterno</b>	-	<b>verificatore interno qualificato / verificatore dell'ente certificatore</b>

audit interno/esterno - verifica ispettiva al sistema svolta da auditor interni alla scuola / svolta dall'ente di certificazione

## 4. Responsabilità

Il RSQ ha la responsabilità della stesura del programma annuale e del coordinamento del processo di gestione di audit interni, la cui conduzione è affidata agli auditor interni.

## 5 Modalità operative

### 5.1 Generalità

Gli audit interni sono momenti orientati al miglioramento continuo e contribuiscono all'accrescimento della formazione individuale del personale valutatore coinvolto.

Nel corso dell'audit l'organizzazione, attraverso gli auditor interni, esamina lo stato dei propri processi e dei propri servizi resi al cliente per:

- verificare l'applicazione del SGQ;
- valutare la conformità del SGQ ai requisiti delle norme di riferimento (UNI EN ISO 9001:2008 - Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti) e delle disposizioni vigenti;
- valutare la conformità del SGQ alla pianificazione attuata;
- valutare l'efficacia e l'efficienza del SGQ;
- individuare la necessità di intraprendere azioni correttive (AC) mirate alla risoluzione delle non conformità riscontrate nei processi e/o nei servizi al fine di evitarne il ripetersi;
- valutare l'opportunità di intraprendere azioni preventive (AP), orientate a rimuovere potenziali non conformità al sistema.

### 5.2 Auditor interni

Il DS nomina degli auditor interni incaricati della conduzione degli audit interni. Gli auditor devono essere qualificati ad operare come tali ed avere specifica autorità, capacità e responsabilità nella corretta esecuzione dell'audit, indipendentemente da altre responsabilità loro assegnate.

Per assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit gli auditor interni non possono svolgere audit su attività/processi di propria competenza.

### 5.3 Programmazione degli audit interni

Gli audit interni sono effettuate secondo un piano annuale degli audit interni (PQ-02) preparato dal RSQ e approvato dal DS.

Gli audit interni sono programmati prendendo in considerazione sia i processi primari che quelli di supporto.

L'Istituto assicura annualmente un audit interno o esterno per i processi relativi a pianificazione della qualità, riesame della direzione, la gestione della documentazione, l'erogazione del servizio il monitoraggio e la misurazione dei processi e della soddisfazione del cliente, la gestione delle non conformità e l'attuazione di azioni correttive e preventive.

Per tutti i processi l'Istituto Antonietti stabilisce comunque un audit interno nel corso del triennio con periodicità diversificata in funzione di:

- valutazione degli audit precedenti;

- modifiche organizzative sostanziali;
- reclami dei clienti;
- analisi delle non conformità.

Copia del programma è consegnata ai responsabili di area e di processo. Eventuali variazioni della data programmata sono gestite dal RSQ e comunicate tramite circolare interna almeno sette giorni prima della data stabilita per il nuovo audit.

In occasione del Riesame della Direzione il RSQ riesamina ed aggiorna il *piano annuale degli audit interni (PQ-02)* e eventualmente provvede alla comunicazione agli interessati delle variazioni apportate o, in caso di modifiche sostanziali al programma, alla pubblicazione della nuova revisione.

## 5.4 Esecuzione degli audit interni

### Fase preparatoria

Prima dell'audit programmato, l'auditor incaricato provvede a preparare il piano, l'eventuale *check list* (MR-15) delle domande o punti che intende verificare nel corso dell'incontro con il responsabile del processo sottoposto a *audit*.

L'auditor sottopone la *check list* o il piano dell'audit alla valutazione del RSQ, che ne verifica la conformità. A verifica avvenuta la documentazione viene trasmessa in copia prima dell'incontro al responsabile coinvolto.

L'auditor formula i quesiti in modo da verificare se:

- esistano carenze nella comprensione ed attuazione del sistema;
- le persone intervistate conoscano l'organizzazione e le responsabilità della propria area;
- le persone intervistate eseguano le attività applicando le procedure;
- la documentazione in dotazione sia attuale ed adeguata;
- i risultati ottenuti dal processo soddisfino gli obiettivi definiti.

Nel caso in cui l'audit venga condotto in team, verrà individuato un team – leader responsabile dell'audit.

### Incontro

Prima di procedere all'audit il verificatore ribadisce agli intervistati gli obiettivi e i criteri dell'audit e chiarisce che scopo dell'azione è la verifica dell'efficacia e dell'efficienza del SGQ e non dell'efficienza della persona.

Le risposte fornite dal responsabile del processo o le evidenze emerse nel corso della visita ispettiva sono annotate nella eventuale *check list* e riassunte nel *rapporto di audit interno* (MR-18).

In particolare, se durante l'audit si evidenziano delle NC, esse sono analizzate con il responsabile del processo coinvolto e registrate nel *rapporto di audit interno*.

Il *rapporto di audit interno* è firmato congiuntamente dall'auditor incaricato e dal RSQ.

### Azioni a seguire

La *check list* eventualmente utilizzata, aggiornata con le risposte e le evidenze riscontrate è consegnata al RSQ insieme al *rapporto di audit interno* redatto, contenente le risultanze e le

conclusioni dell'audit (NC ed opportunità di miglioramento). Il *rapporto di audit interno* è consegnato in copia al responsabile di processo.

Il RSQ esamina il rapporto e sulla base delle risultanze valuta l'opportunità di aprire NC provvedendo ad inserirle nel *registro delle non conformità* (DQ-37) e AC/AP, provvedendo ad inserirle nel *registro delle azioni correttive/azioni preventive* (DQ-38).

Qualora

In occasione del *Riesame della Direzione* il RSQ verifica lo stato d'avanzamento delle AC/AP riportate nel *registro delle azioni correttive/azioni preventive* e accerta che le correzioni o azioni correttive siano state effettuate verificandone anche l'efficacia.

Se al termine del periodo previsto per l'attuazione della correzione o della AC il RSQ ne verifica la mancata effettuazione o accerta che le AC/AP non hanno prodotto i risultati attesi provvede nel primo caso, dopo un'attenta analisi, a concordare con il RP un'ulteriore AC e nel secondo caso a richiedere nuovi termini per le AC/AP.

## 6. Input e output del processo

INPUT	OUTPUT
Dati dei processi, norma UNI EN ISO 9001:2008	Verbale di audit contenente: Riscontro di eventuali NC, raccomandazioni, apertura di AC e implementazione del miglioramento continuo

## 7. Gestione degli indicatori di prestazione del processo

INDICATORE	UNITA' DI MISURA	FREQUENZA DI RILEVAMENTO	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	ARCHIVIO DEI DATI	RESPONSABILE DELL'INDICATORE	ANNOTAZIONI
Rispetto della programmazione	percentuale	Semestrale	Semestrale	RDS	RSQ	Secondo la pianificazione da PQ-06
Numero occasioni di miglioramento emerse	numerico	Annuale	Annuale	RDS	RSQ	Variazioni rispetto al target fissato nel PQ-06

## 8. Documenti di riferimento

CODICE DOCUMENTO	DOCUMENTO	RESPONSABILE DELL'ARCHIVIAZIONE
a.s.	P.O.F.	VIC
MR-15	check list	RDS
MR-18	rapporto di audit interno	RDS
DQ-38	registro delle azioni correttive e preventive	RDS
PQ-02	piano annuale degli audit interni	RDS
PQ-01	Piano di miglioramento – Obiettivi per la qualità	RDS
PQ-06	Elenco indicatori di processo e piano dei monitoraggi	RDS