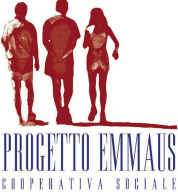
	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004	
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11	Pag. 1 di 8
			Rif. MQ Cap. F	

AUDIT INTERNI

INDICE DELLE REVISIONI				
Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
00	01/09/03	Prima emissione		
01	01/12/06	Aggiunto paragrafo "verifiche qualità del servizio erogato"	7	8 di 8
02	29/07/09	Aggiornata terminologia (AUDIT invece di Verifiche Ispettive Interne)	Tutti	Tutte
03	31/01/11	Modificata frequenza degli A.I. interni	6	4

RESPONSABILITA'			
	ELABORAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	31/01/2011	31/01/2011	31/01/2011
FUNZIONE	Responsabile sistema di gestione per la Qualità	per i Coordinatori il Direttore	Presidente
FIRMA			

	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 2 di 8
			Rif. MQ Cap. F

1 SCOPO

Definire le attività e le responsabilità per la pianificazione e conduzione degli Audit Interni della Coop Sociale "Progetto Emmaus", al fine di stabilire se il sistema di gestione per la qualità è conforme alle procedure, al Manuale della Qualità ed alle norme e viene efficacemente attuato ed aggiornato.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica a tutte le aree e funzioni aziendali, le cui attività sono definite e regolate dal Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale.

3 TERMINI E DEFINIZIONI

Per la terminologia utilizzata fare riferimento al capitolo "Termini e Definizioni" del MANUALE DELLA QUALITÀ'.

Inoltre nella procedura vengono utilizzati i seguenti termini:

A.I. = Audit interno

S.G.Q. = Sistema di Gestione per la Qualità

AC = Azione Correttiva

NC = Non Conformità

4 DOCUMENTI.

4.1 Collegati.

Nessuno

4.2 Di registrazione.

DRQSYS006	Piano annuale degli Audit Interni
DRQSYS008	Rapporto di Audit Interno
DRQSYS009	Rapporto di Non Conformità a seguito di Audit Interno
DRQSYS018	Rapporto di Osservazioni a seguito di Audit Interno

4.3 Allegati.

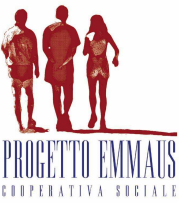
Nessuno

5 RESPONSABILITA'.

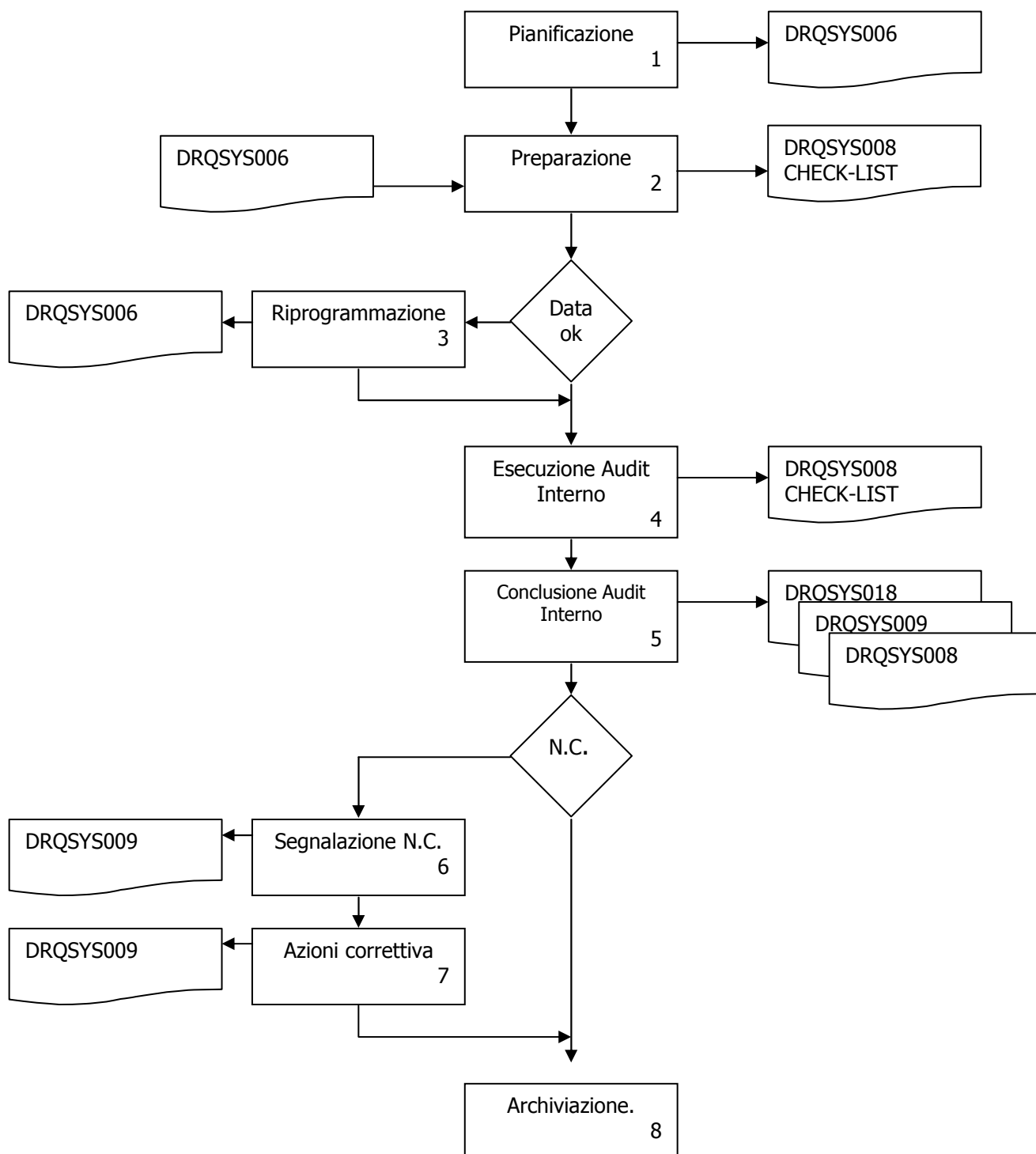
Il Responsabile S.G.Q. ha la responsabilità di individuare il Gruppo per gli A.I., garantendo che nessuno dei partecipanti abbia responsabilità nell'area oggetto di audit. Ha inoltre il compito di sottoporre il risultato della A.I. alla Direzione, effettuare il follow-up, la chiusura di AC a fronte di NC di A.I.

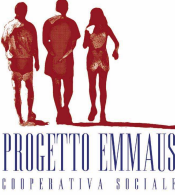
Il Gruppo di Audit ha responsabilità di effettuare l'A.I. come descritto in precedenza e registrando in modo adeguato il rapporto di Audit e le relative Non Conformità.

Tutti gli enti nel cui ambito le NC si verificano, hanno il compito di risolverle nei tempi assegnati e di intraprendere le AC a fronte di NC rilevate a seguito di A.I.

	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 3 di 8
		Rif. MQ Cap. F	

6 MODALITA' OPERATIVE



	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 4 di 8 Rif. MQ Cap. F

PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT INTERNO

Pianificazione annuale Ogni anno il Responsabile S.G.Q. pianifica gli Audit Interni e formalizza il *Piano annuale di Audit Interni (DRQSYS006)*. Il documento prevede un A.I. durante l'anno, con facoltà di programmarne un altro a seconda del grado di applicazione rilevato.
Copia del piano annuale compilato viene consegnato ai Responsabili delle diverse strutture.

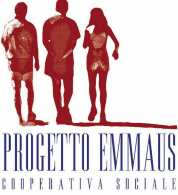
Definizione del gruppo di A.I. In base al "*Piano annuale di Audit Interni*" (**DRQSYS006**), il Responsabile S.G.Q. prepara gli A.I.
La preparazione avviene almeno una settimana prima dell'A.I. in modo da avvisare con dovuto anticipo la struttura sottoposta ad Audit e formare il gruppo di A.I.
Viene definito il gruppo di A.I. ed il Responsabile del gruppo (personale aziendale qualificato a seguito di corso di formazione in materia di audit per la qualità oppure è il Responsabile S.G.Q.) .
I componenti del gruppo vengono designati dal Responsabile S.G.Q. tenendo presente che non devono avere diretta responsabilità nei settori esaminati; il gruppo è sempre costituito da almeno due componenti; per l'A.I. al Responsabile S.G.Q. la cooperativa può avvalersi di auditori esterni qualificati.
Altre regole a cui attenersi per la scelta degli auditori sono:

- un osservatore può diventare auditore dopo aver seguito almeno 2 Audit Interni;
- un auditore può diventare responsabile del gruppo di audit dopo almeno 3 Audit Interni, ad eccezione del Responsabile S.G.Q. che può esserlo da subito;
- un auditore deve svolgere almeno 1 Audit Interno all'anno per mantenere tale qualifica.

PREPARAZIONE DELL'AUDIT INTERNO

Preparazione della lista di controllo Viene preparata una lista di controllo sul secondo foglio del documento (**DRQSYS008**) riportante gli elementi da valutare (numerati). Tale lista, naturalmente, non deve essere di impedimento ad eventuali approfondimenti che si rendessero necessari in particolare quando si riscontrano evidenze oggettive comportanti risultanze o rilievi che richiedono l'adozione di azioni correttive.

Notifica di A.I. La notifica di A.I. viene inviata con una settimana di anticipo alla struttura sottoposta alla visita, il Responsabile della struttura firma per presa visione la sezione sulla prima pagina del documento (**DRQSYS008**).

	PROCEDURA GESTIONALE	PG SYS 004	
	AUDIT INTERNI	Rev. 03 del 31/01/11	Pag. 5 di 8
		Rif. MQ Cap. F	

RIPROGRAMMAZIONE DELL'AUDIT INTERNO

Riprogrammazione e Qualora non sia possibile effettuare l' A.I. nel periodo, il Responsabile S.G.Q. informa (per iscritto) la struttura che doveva essere sottoposta ad audit concordando il nuovo periodo di audit. Inoltre il Responsabile S.G.Q. revisiona sul "*Piano Annuale degli Audit Interni*" (**DRQSYS006**) riconsegnandolo alle funzioni interessate.

ESECUZIONE DELL'AUDIT INTERNO

Riunione iniziale Prima di iniziare la A.I. viene effettuata una breve riunione con i responsabili della struttura sottoposta a A.I. per pianificare e verificare la disponibilità delle persone coinvolte.

Conduzione dell' A.I. La conduzione dell' A.I. prevede la raccolta delle evidenze oggettive avvalendosi di:

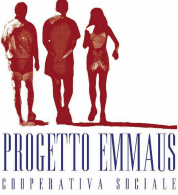
- Interviste:
- Esame dei documenti:
- Osservazione delle attività e delle condizioni in cui esse si svolgono.

Le indicazioni significative di probabili non conformità vengono annotate e, se necessario, approfondite. Le informazioni ottenute mediante interviste vengono verificate, almeno in parte, per essere confermate da altre fonti come osservazioni dirette, misure e registrazioni. Tutte le osservazioni emerse durante l' A.I. vengono documentate e registrate nella check list preparata per l'A.I.

CONCLUSIONE DELL' A. INTERNO

Riunione del gruppo di A.I. Dopo che tutte le attività sono state verificate, il gruppo di A.I. si riunisce per discutere in separata sede i risultati. Scopo della riunione, è quello di riesaminare tutte le osservazioni per stabilire quali siano da verbalizzare come "non conformità" (vincolanti per le azioni correttive) oppure come raccomandazioni non vincolanti. Il gruppo si assicura che le non conformità siano documentate in modo chiaro e conciso, supportate da evidenze oggettive; se ciò non fosse, il gruppo può decidere di effettuare ulteriori verifiche sul campo per rafforzare i risultati.

Valutazione dei risultati A questo punto il gruppo di A.I. compila il Rapporto di A.I. I (documento DRQSYS008) riportando i risultati rilevati. Le Osservazioni che non generano rapporti di Non Conformità vengono riportate sul documento DRQSYS018 che viene utilizzato anche per gestire la risoluzione e la chiusura delle Osservazioni: *N.b. – questo*

	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 6 di 8 Rif. MQ Cap. F

documento viene anche utilizzato per la gestione delle Osservazioni emerse a fronte di Audit da parte dell'ente di certificazione ed eventualmente di un cliente.

Il grado di applicabilità di ciascun elemento è valutato assegnando a ciascuno un peso in funzione del giudizio dato in fase di audit. Il giudizio ed il relativo peso sono così definiti:

GRADO DI APPLICAZIONE	PESO
<i>Applicazione completa</i>	100
<i>Applicazione soddisfacente</i>	80
<i>Applicazione poco soddisfacente</i>	60
<i>Applicazione non soddisfacente</i>	40
<i>Non applicato</i>	0

Il punteggio 40 si assegna quando l'applicazione della procedura di riferimento è quasi sistematicamente non applicata, applicata in parte o applicata in maniera sbagliata.

Il punteggio 60 si assegna quando l'applicazione della procedura di riferimento non è sistematica (saltuaria) o applicata in modo incompleto.

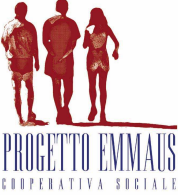
Il punteggio 80 si assegna quando si evidenziano piccole manchevolezze, incompletezze, dimenticanze applicative, che non inficiano la sostanziale ed idonea applicazione della procedura di riferimento.

Per i punteggi inferiori o uguali a 60 viene sempre aperta una NC.

L'assegnazione del punteggio 80 non implica obbligatoriamente l'apertura di una osservazione.

Dopo aver assegnato un punteggio ad ogni elemento valutato, si calcola il punteggio totale dell'A.I. rapportando il totale dei punteggi con il punteggio massimo ottenibile (100 per ogni elemento):

$$Risultato = \frac{\sum Punteggi}{\sum Max.ottenibile} * 100$$

	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 7 di 8 Rif. MQ Cap. F

L'A.I. viene poi valutata dal Responsabile SGQ e dal Rappresentante della Direzione per la Qualità che emette un giudizio complessivo circa la conformità ai requisiti della norma e a quanto pianificato per il raggiungimento degli obiettivi per la qualità e se è stato efficacemente attuato. Il giudizio può essere:

- più che soddisfacente
- soddisfacente
- non soddisfacente

Oltre al rapporto di A.I. il Responsabile del gruppo di audit deve stilare gli eventuali 'Rapporti di Non Conformità' (documento DRQSYS009).

Riunione di chiusura di A questo punto il gruppo di A.I. si riunisce con i responsabili della struttura sottoposta a A.I., per presentare i risultati ed assicurarne una chiara comprensione. In questa sede viene consegnata copia del rapporto di A.I., ed i rapporti di Non Conformità.

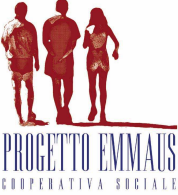
Aggiornamento del piano degli A.I. Al termine di ogni A.I., se questa era programmata, viene aggiornato il piano annuale (doc. DRQSYS006) riportando la data di effettuazione degli A.I.

Reporting alla Direzione Tutti i risultati degli A.I. effettuati (Programmati o non), vengono segnalati alla Direzione in occasione del "Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità", per valutare l'effettivo stato di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità dell'azienda, la conformità ai requisiti della norma e le opportunità di miglioramento.

GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' RISCONTRATE DURANTE GLI A.I.

Segnalazione delle NC Le Non Conformità riscontrate a fronte degli Audit Interni devono essere segnalate all'area oggetto di A.I. dal Responsabile del Gruppo di audit e per conoscenza al Responsabile S.G.Q. tramite il modulo DRQSYS009. La responsabilità della gestione delle Non Conformità è del Responsabile dell'area oggetto di A.I..

Individuazione ed attuazione dell'AC In presenza di NC derivante da Audit Interno, l'Area valutata deve sempre aprire un' Azione Correttiva necessaria per rimuovere le cause della Non Conformità, definendo un Responsabile e la data di completamento prevista. Tali Azioni Correttive vengono sempre verificate ed approvate dal Responsabile S.G.Q. Il responsabile individuato deve completare le Azioni Correttive nei tempi previsti.

	PROCEDURA GESTIONALE		PG SYS 004
	AUDIT INTERNI		Rev. 03 del 31/01/11
			Pag. 8 di 8
			Rif. MQ Cap. F

**Verifica
dell'attuazione
dell'efficacia
dell'AC**

Il Responsabile S.G.Q. deve controllare che le azioni correttive vengano completate entro il periodo stabilito e che tali azioni abbiano realmente rimosso la non conformità rilevata.

Quando l'AC è stata completata il Responsabile S.G.Q. o il Responsabile del Gruppo di Audit (quando la VI e la NC sono state effettuate al Responsabile S.G.Q.) deve effettuare il follow-up per verificare l'efficacia dell'Azione Correttiva, valutando costi/benefici e la rimozione della causa di NC. (Se l'AC non ha sortito l'esito sperato si può valutare necessaria un'ulteriore AC).

Solo in questo momento la Non Conformità e relativa Azione Correttiva possono ritenersi chiuse.

Registrazione

La registrazione delle Azioni Correttive intraprese, la data di completamento, la data di follow-up e la data di chiusura dell'AC, con la firma del Responsabile S.G.Q. sono riportate sul modulo DRQSYS009.

Il risultato della verifica di efficacia dell'AC attivata viene comunicato al responsabile dell'area valutata con invio del DRQSYS009.

ARCHIVIAZIONE DELL' AUDIT INTERNO

**Archiviazione e
conservazione dei
documenti dell'
A.I.**

Tutta la documentazione relativa all'A.I. va consegnata in originale al Responsabile S.G.Q. che ha la responsabilità dell'archiviazione e conservazione.

7. Verifiche qualità del servizio erogato

Una volta all'anno, in corrispondenza degli Audit Interni di fine anno, il coordinatore dei servizi si reca in ogni struttura della cooperativa per compilare la check list dall'esame della quale si ottiene l'indicatore della qualità del servizio erogato.

Per ogni item della check list è possibile dare un punteggio che va da un minimo di zero (per nulla) ad un massimo di 152 (eccellente). Quando il punteggio corrisponde a zero è opportuno aprire una N.C.; se il punteggio è pari a 50 viene aperta una A.P.

Il risultato totale della check list è considerato ottimale dall'80% in su, da un risultato inferiore scaturisce una N.C.