



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. **0**

Data: 01-03-2006

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	
	0		01-03-06		RDQ f.to Vito Colangelo		RDQ f.to Vito Colangelo		DIR 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 
Programmazione annuale delle VI ↓	DIR – RDQ - DOP	Definizione degli obiettivi, aree e tempi di conduzione delle VI	Piano annuale delle VI
Conduzione delle VI ↓	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 19011:2003
Analisi delle risultanze della VI ↓	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
Chiusura della VI ↓	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
Azioni risolutive delle anomalie emerse	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 19011:2003 (Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale)** 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.

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](#)