

PROCEDURA 09.01

AUDIT INTERNI

INDICE DEI CONTENUTI

1.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
2.	RIFERIMENTI
3.	MODALITA' OPERATIVE
3.1	GENERALITA'
3.2	GESTIONE DEL PROGRAMMA DI AUDIT
3.3	GESTIONE INFORMAZIONI DOCUMENTATE DELL'AUDIT
4.	RESPONSABILITA'
5.	MODULISTICA

REVISIONI

N° REV.	DATA APPROV.	DESCRIZIONE
00	01/09/18	Prima Emissione UNI EN ISO 9001:2015
Verificata il 01/09/18	Approvata il 01/09/18	Emessa il 01/09/18
CSGQ	CSGQ	RNSGQ

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le modalità di gestione delle attività di audit interno, da svolgersi per tutti i siti facenti parte del sistema *Quali.For.Ma.* al fine di accertare se quanto pianificato sia effettivamente implementato all'interno di ciascun sito e se il SGQ sia efficacemente attuato e mantenuto.

Gli audit sono utilizzati per determinare la conformità del SGQ ai requisiti della ISO 9001:2015 (cogenti e delle parti interessate) ed a quelli eventualmente definiti dalle singole Direzioni.

2 RIFERIMENTI

UNI EN ISO 19011:2018 - "Linee guida per audit di sistemi di gestione"
UNI EN ISO 9001:2015 - paragrafo 9.2 - Audit interno

3 MODALITÀ OPERATIVE

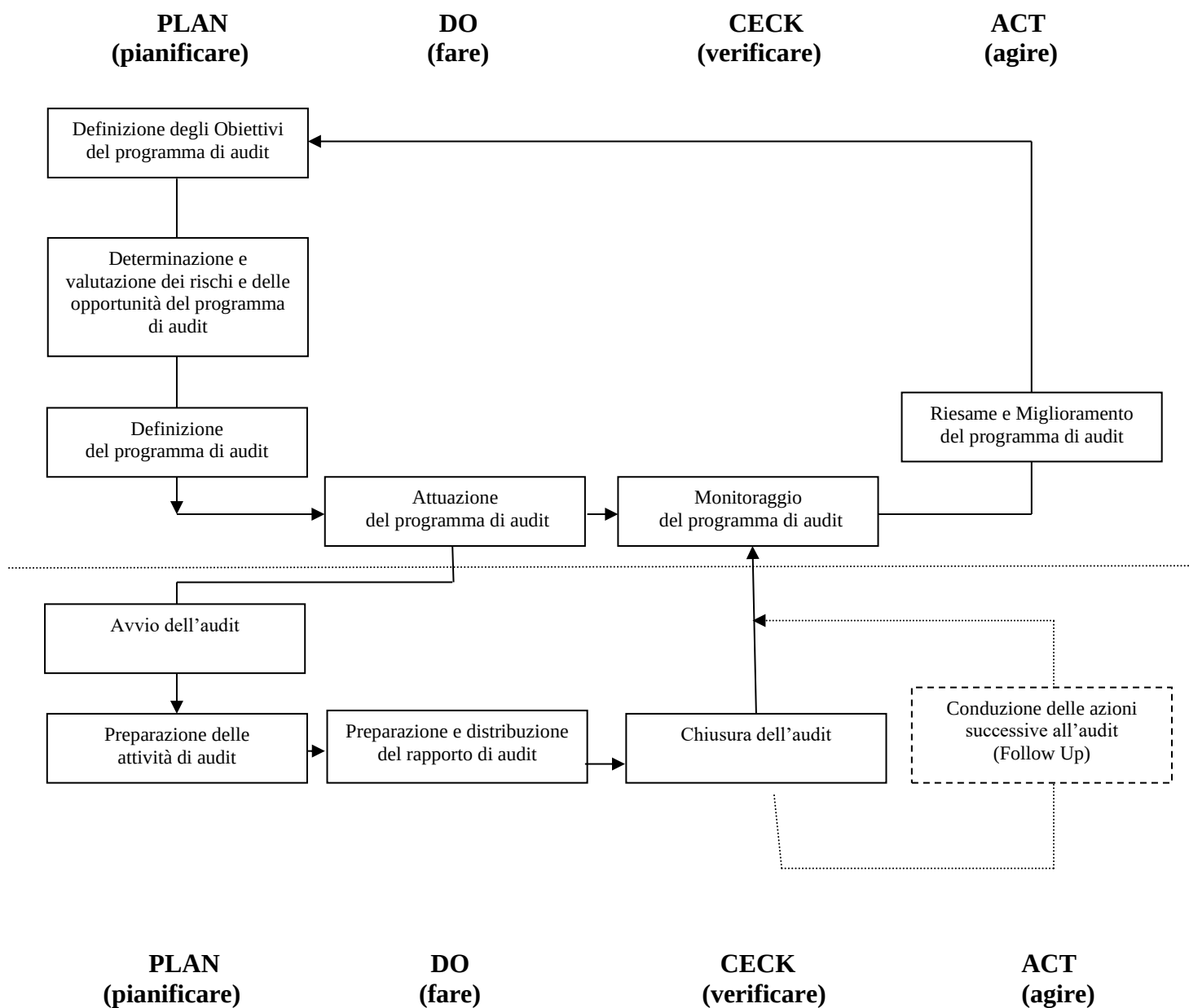
3.1 Generalità

Per poter attuare un processo di audit efficace le attività di gestione degli audit prevedono la:

- Pianificazione e programmazione degli audit
- Conduzione degli audit

Ciascuna delle due macro fasi prevede la suddivisione in sotto attività.

La gestione del processo di audit, la suddivisione delle fasi e la loro interazione, è illustrata nel seguente diagramma (tratto dalla UNI EN ISO 19011:2018) e dettagliata nei paragrafi che seguono.



3.2 Gestione del programma di audit

La gestione del "Programma di Audit" è di competenza della DGOSV che pianifica, annualmente, gli audit interni presso tutti i siti facenti parte del sistema Quali.For.Ma..

Il "Programma di audit" comprende le informazioni ed identifica le risorse necessarie per la successiva conduzione dei relativi audit annuali.

Il "Programma di audit" è integrato con il "Cronoprogramma applicativo di audit" (GQ 01/09.01).

Con il Programma di Audit la DGOSV si prefigge l'obiettivo di indirizzare la pianificazione di tutti gli audit che interessano i siti del sistema Quali.For.Ma. secondo criteri di efficacia ed efficienza facendo ricorso alle professionalità interne al sistema. La DGOSV ha effettuato una valutazione dei rischi connessi con il Programma di audit i cui esiti possono così sintetizzarsi:

- in pianificazione: errata definizione di obiettivi e estensione del programma di audit;
- tempistica: inadeguatezza di tempi per la gestione del programma di audit o per condurre gli audit;
- selezione del Team di audit: inadeguatezza delle competenze;
- attuazione: mancata o non corretta comunicazione del programma di audit;
- informazioni documentate: non corretta conservazione e tenuta dei documenti di audit necessarie per i successivi audit;
- monitoraggio, riesame e miglioramento: inefficace monitoraggio con conseguente carenze nelle fasi di riesame e miglioramento

La valutazione dei rischi ha condotto ad un indice di rischio (per frequenza e per danno) accettabile.

Le informazioni documentate inerenti il programma di audit sono mantenute; le informazioni documentate sui risultati degli audit sono conservate.

3.3 Conduzione dell'audit

La DGOSV svolge il programma di audit avvalendosi dello "Staff di Auditor" costituito presso la stessa Direzione generale con Decreto direttoriale n. 134 dell'8 febbraio 2018. I componenti dello Staff di Auditor sono stati selezionati a seguito di avviso pubblico presso le istituzioni scolastiche appartenenti al SGQ e, previa apposita formazione, gli stessi hanno ottenuto le necessarie qualificazioni debitamente certificate. Nella pianificazione degli audit la DGOSV tiene conto degli esiti delle pregresse attività di audit nel formulare il Team di audit o nel designare un unico auditor.

Avvio dell'audit

La fase di avvio degli audit ha inizio con il conferimento dell'incarico da parte della DGOSV al Team di audit o al singolo Auditor. La comunicazione è inviata ai componenti del Team e ai Dirigenti scolastici, sede di titolarità degli auditor, al fine di concordare con questi ultimi la pianificazione più efficace in relazione anche alle esigenze dell'istituto, tenuto conto delle scadenze e particolari necessità. La comunicazione è inviata anche all'ufficio/istituzione competente al pagamento delle

spese di rimborso. La comunicazione contiene la sede o le sedi assegnate agli auditor.

Tutte le comunicazioni suindicate devono essere mantenute quali informazioni documentate sia dall'emittente sia dai riceventi.

Il Leader auditor (LA) pianifica le attività preliminari all'audit contattando la Direzione dell'istituto.

Il Lead auditor fornisce informazioni pertinenti l'audit da eseguire, acquisisce quelle necessarie alla conduzione (sedi, opzioni attuate, classi, laboratori, ecc.), prende accordi per l'audit, inclusa la pianificazione temporale, comunica agli altri componenti del Team le necessarie informazioni.

Sulla base delle informazioni ricevute e fornite, il Team verifica la fattibilità dell'audit anche in relazione a tempi e risorse disponibili ed eventualmente propone alternative alla Direzione. Il LA comunica al RNSGQ la data fissata per l'audit.

Qualora sussistano impedimenti alla conduzione dell'audit nei tempi fissati dalla DGOSV, il LA informa il CSGQ per una diversa pianificazione.

Preparazione delle attività di audit

Determinata la fattibilità dell'audit, il LA riesamina tutte le informazioni documentate richieste e ricevute dalla Direzione del sito. Queste sono almeno le seguenti:

- presentazione del sito con analisi del contesto, ecc.
- identificazione dei processi, dei rischi e, per ogni processo, rischi e opportunità
- politica per la qualità
- riesame di direzione
- obiettivi e programmi
- procedure di sistema esistenti

L'attività di riesame delle informazioni è eseguita per comprendere il funzionamento del sito, per pervenire ad una visione globale circa l'estensione dei documenti a supporto del SGQ al fine di determinare la sua conformità ai criteri di audit e, quindi, per facilitare l'audit *in situ*.

Successivamente, il LA effettua la valutazione dei rischi connessi alle attività di audit. Per la predetta valutazione sono stati identificati i seguenti fattori di rischio:

- composizione del gruppo di audit, competenza complessiva, conflitto di interesse non esplicito
- tecniche di campionamento adottate
- pianificazione dell'audit inefficace (mancato raggiungimento degli obiettivi di audit)
- percezione della scarsa disponibilità del sito a condividere obiettivi e fasi.

Tale attività di valutazione dei fattori è già eseguita in linea generale nella fase di predisposizione del "Programma di audit"; pertanto il LA verifica esclusivamente se i criteri determinati a livello generale sono coerenti con l'audit specifico da condurre tenuto conto anche dei fattori sopra descritti. Solo in caso di discordanza, procede ad intraprendere azioni che rendano il rischio accettabile e riporta le stesse nel "Piano di audit" (GQ 02/09.01).

Il LA procede alla pianificazione dell'audit redigendo il "Piano di audit" secondo lo schema del mod. GQ 02/09.01.

Il "Piano di audit" è trasmesso, con le modalità concordate con il Dirigente, alla Direzione e al RNSGQ almeno 5 giorni prima della data di inizio audit.

Qualsiasi questione inerente il Piano di audit deve essere trasmessa, dalla Direzione del sito, al LA e al RNSGQ entro 2 giorni dalla ricezione del piano stesso e risolta in tempi adeguati per garantire l'esecuzione dell'audit nei tempi pianificati. Qualora lo si ritenesse necessario le questioni possono essere anche trattate con il CSGQ. In assenza di comunicazione entro 2 giorni dall'audit, il Piano di audit si intende accettato.

Conduzione delle attività di audit

Le attività di audit sono condotte dal Team di audit con le modalità di cui alla norma ISO 19011:2018 "Linee guida per audit di sistemi di gestione".

Gli auditor designati durante le attività procedono alla raccolta delle evidenze oggettive utilizzando uno o più tra i seguenti metodi:

- interviste
- osservazioni
- esame delle informazioni documentate

coerentemente con il metodo di campionamento adottato.

La raccolta può essere supportata da "Check – list"; i riferimenti alle evidenze oggettive sono riportati nel "Foglio raccolta evidenze" (GQ 03/09.01) o, se utilizzata, nella check - list.

La raccolta e la successiva valutazione delle evidenze oggettive, a fronte dei criteri di audit, determina le risultanze dell'audit. Queste possono indicare rispetto ai criteri dell'audit:

- conformità
- non conformità
- opportunità di miglioramento
- eventuali raccomandazioni
- aspetti degni di nota

La Non Conformità è classificata in maniera qualitativa come "Maggiore" o "Minore" secondo quanto riportato nel Rapporto di audit (GQ 04/09.01)

Il Team di audit, prima della riunione finale, riesamina le risultanze e concorda le conclusioni.

Preparazione e distribuzione del rapporto di audit

Le conclusioni dell'audit sono riportate dal Team di audit nel "Rapporto di Audit" (GQ 04/09.01) dove sono comprese, oltre alle informazioni dell'audit, anche note su eventuali divergenze di opinioni non risolte tra Team di audit e Direzioni o rappresentanti, la nota indicante che l'audit è eseguito a campione e pertanto esiste un rischio che le evidenze raccolte ed esaminate non siano rappresentative

Il Rapporto di audit può inoltre contenere:

- il riferimento a buone prassi adottate
- l'indicazione di punti di forza e di debolezza
- piani di follow - up

Il Rapporto di audit è emesso dal Team di audit ad ultimazione della verifica e sottoposto all'accettazione del Dirigente del sito o di un suo delegato.

Il Rapporto di audit è ridistribuito, insieme al "Piano di audit", se questo è stato modificato in itinere, al Dirigente del sito.

Gli stessi documenti, integrati da check -list o "Fogli raccolta evidenze" sono trasmessi alla DGOSV entro 3 giorni dalla chiusura dell'audit possibilmente in formato digitale.

Chiusura dell'audit

Terminate tutte le attività previste dal Piano, l'audit è concluso.

Conduzione delle azioni successive all'audit (follow – up)

Quando all'esito dell'audit consegue l'esigenza di apportare correzioni o azioni correttive le azioni da intraprendere devono essere comunicate dalla Direzione al LA entro 5 giorni dalla chiusura dell'audit.

Con periodicità trimestrale le Direzioni informano il LA sullo stato di avanzamento delle azioni sino alla loro chiusura. Il LA comunica al RNSGQ l'andamento del follow-up circa gli audit condotti. Il completamento delle azioni intraprese e della loro efficacia sono verificate nel successivo audit interno.

Qualora emergano criticità rilevanti, sia nella fase di audit che nel successivo follow-up, tali da determinare la necessità di una verifica straordinaria rispetto a quanto pianificato, il LA comunica al RNSGQ tale circostanza per la programmazione di audit supplementari.

Gli esiti dell'audit sono un elemento per la valutazione delle prestazioni del SGQ ed, a seguito di analisi, sono discussi nel Riesame di Direzione.

3.4 Gestione delle informazioni documentate dell'audit

L'attività di audit genera informazioni documentate che sono gestite.

Sono informazioni documentate da mantenere a cura di RNSGQ/RSGQ:

- programma di audit
- cronoprogramma di audit
- incarichi dei gruppi di audit
- piani di audit
- comunicazioni con LA e Direzioni

Sono informazioni documentate da conservare a cura di RNSGQ/RSGQ e LA:

- rapporti di audit
- check – list o Fogli di raccolta evidenze

Sono informazioni documentate da mantenere a cura di LA e Direzioni:

- comunicazioni tra le due parti
- comunicazione di ciascuna delle figure con la DGOSV
- piano di audit

Sono informazioni documentate da conservare a cura delle Direzioni:

- rapporto di audit

4 RESPONSABILITA'

Il Programma di Audit è gestito a livello centrale dal CSGQ in collaborazione con RNSGQ. All'interno delle singole Direzioni le responsabilità inerenti la gestione delle procedure di audit è affidata ai RSGQ. In sede di conferimento dell'incarico al RSGQ è opportuno che venga specificata tale funzione.

Le Direzioni mantengono la responsabilità per quanto attiene alle scelte sulle azioni di trattamento e azioni correttive che dovessero rendersi necessarie a seguito di riscontro di NC.

5 MODULISTICA

GQ 01/09.01	Cronoprogramma applicativo di audit
GQ 02/09.01	Piano di audit
GQ 03/09.01	Foglio raccolta evidenze
-----	Check list
GQ 04/09.01	Rapporto di audit