

SOMMARIO

1. Scopo
2. Applicabilità
3. Riferimenti
4. Responsabilità ed aggiornamento
5. Audit interni: Responsabilità, conduzione e registrazione
6. Non Conformità (NC) , Azioni Correttive (AC) e Azioni Preventive (AP)
 - 6.1. Classificazione delle NC e definizioni AC e AP
 - 6.2. Modalità operative per la gestione delle NC e delle azioni correttive
 - 6.3. Modalità operative per identificazione e la gestione delle AP
7. Gestione reclami del cliente/utente
8. Gestione del rischio negli adempimenti previsti al D.Lgs. 190/2012
9. Efficace gestione delle emergenze e dei disservizi
10. Documentazione allegata

REVISIONI		
N° REV.	DATA STESURA	DESCRIZIONE
0	17/01/2005	Prima emissione
1	08/01/2008	Riconferma validità documento
2	18/03/2010	Riconferma validità documento per subentro nuovo direttivo
3	24/11/2014	Inserimento requisiti auditor interno e revisione Risk Assessment
4	22.01.2016	Riferimento al D.lgs. 190/2012
Emissione: data 22.01.2016 Firma RA 		Approvazione: data 26.01.2016 Firma DG 

1. Scopo

Scopo della presente procedura è fornire indicazioni operative per la conduzione di Audit Interni al fine di rilevare il grado di risposta dell'organizzazione ai requisiti dell'Accreditamento e stabilire le modalità di gestione delle emergenze, non conformità e azioni preventive al fine di mantenere costantemente un livello adeguato di conformità dell'Organismo ai requisiti interni ed esterni.

Altresì la procedura definisce le attività e le responsabilità in merito alla gestione delle NC e dei Reclami che si possano verificare durante tutte le attività che fanno capo al funzionamento FOIT, sia internamente che presso terzi.

La prevede inoltre le modalità di "Gestione del rischio" di cui alla norma UNI ISO 31000:2010 con riferimento agli adempimenti previsti dal D.lgs. 190/2012.

2. Applicabilità

La procedura è applicata a tutti i processi che sottostanno al funzionamento della Fondazione e ai servizi erogati e alle attività regolate e citate dal Sistema di Accreditamento.

3. Riferimenti

Manuale operativo sinottico per l'accreditamento

4. Responsabilità ed aggiornamento

L'aggiornamento della presente procedura è competenza del Resp. Accreditamento.

L'applicazione fa capo al responsabile dell'Accreditamento e della Direzione


5. Audit interni: Responsabilità, conduzione e registrazione

Almeno una volta all'anno, è cura del Responsabile di Accreditamento, in accordo con la Direzione, pianificare una Verifica Ispettiva Interna in considerazione delle eventuali criticità emerse da verifiche ispettive precedenti e da valutazioni sulla conduzione del Sistema di Accreditamento avvenute in sede di Riesame.

La pianificazione degli Audit interni è comunicata a tutte le funzioni coinvolte ed è documentata all'interno del Mod. Mod. 01_P06 Programma verifiche ispettive interne che deve fornire indicazioni circa il processo sottoposto a verifica, le risorse interessate, periodo svolgimento e il Responsabile della Verifica.

Gli Audit interni vengono condotti per il Sistema di Accreditamento FOIT da valutatori esterni, non direttamente coinvolti in qualità di responsabili nei processi oggetto di sorveglianza e in possesso dei seguenti requisiti:

- esperienza almeno triennale nella conduzione di Audit interni dei Sistemi di Gestione Qualità e /o Accreditamento

 <p>FONDAZIONE DELL'ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI TORINO</p>	<p>GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI, DELLE EMERGENZE, NON CONFORMITA' E AZIONI PREVENTIVE</p>	<p>P06 Rev.04 del 22/01/2016</p>
---	--	--------------------------------------

- opportune conoscenze e competenze dei processi connessi con la Formazione Continua (Analisi fabbisogni, progettazione, erogazione, controllo e rendicontazione)
- opportune conoscenze della normativa che regola la Formazione Professionale

I risultati dell'audit devono essere registrati a cura del Valutatore nei modelli previsti dal Sistema

- Mod.02_P06 Check list per la Verifica ispettiva interna
- Mod.03_P06 Sintesi di verifica ispettiva interna

e comunicati al Responsabile dell'Accreditamento e alle funzioni responsabili coinvolte specificando eventuali criticità riscontrate ed raccomandazioni.

6. Non Conformità (NC) , Azioni Correttive (AC) e Azioni Preventive (AP)

6.1. Classificazione delle NC e definizioni AC e AP

Non Conformità essenziali, rilevate qualora:

- non siano rispettati uno o più parametri previsti dal Manuale operativo sinottico
- non siano rispettati gli impegni assunti dall'Organismo nei confronti dell'utenza che ha aderito ad un'azione formativa
- venga segnalato un reclamo dall'utenza che abbia una certa rilevanza e consistenza.

Le Non conformità essenziali sono gestite da RA e/o da DG.

Non Conformità importante, nel caso in cui :

- non venga rispettato un sottoparametro previsto dal Manuale operativo sinottico
- venga segnalato un reclamo dell'utenza di modesta rilevanza

Le Non conformità importanti vengono trattate da Resp. Di Funzione coadiuvati da RA.

Non conformità marginale, rilevate qualora:

- manchi un'evidenza di un sottoparametro

Le Non Conformità marginali sono gestite direttamente da chi le rileva dopo aver informato il RA.

Azione Correttiva (AC): Azione intrapresa per eliminare le cause di un'esistente Non Conformità, Difetto o altra situazione indesiderata al fine di prevenirne il ripetersi.

Azioni Preventiva (AP): Azione intrapresa per eliminare le cause di una potenziale Non Conformità, Difetto o altra situazione indesiderata al fine di prevenirne il verificarsi.

6.2. Modalità operative per la gestione delle NC e delle azioni correttive

La Non Conformità può verificarsi in ogni processo della Fondazione e può riguardare attività svolte internamente o presso terzi.

Generalmente le Non Conformità che interessano l'erogazione degli interventi formativi possono essere rilevate da RA, dai Responsabili di Corso/Progetto o dai Docenti durante le attività formative.

Se la Non Conformità è riscontrata da un Docente, questi informa tempestivamente il Responsabile del Corso o il Resp. Erogazione del servizio.

Periodicamente il RA Accreditamento prende in esame le informazioni relative a rapporti di Non conformità, reclami del cliente/utente, rapporti di verifiche ispettive, etc. allo scopo di prevenire ed eliminare le cause potenziali di Non conformità. Tali informazioni sono raccolte e riportate al C.d.A per discutere azioni di miglioramento da intraprendere.

Chiunque rilevi una NC (con le responsabilità esposte al punto 6) è tenuto a compilare il punto 1 del "Verbale di non conformità" (Mod.04_P06).

Nel punto 1 del "Verbale di Non Conformità" (VNC) si:

- Identifica chi ha rilevato la Non Conformità.
- Identifica chi è interessato dalla Non Conformità (Personale interno, Docenti esterni, Clienti, etc.) e la tipologia di Non Conformità
- Descrive la Non Conformità riscontrata, e le eventuali responsabilità.

Una volta compilato il punto 1 del VNC con i dati salienti richiesti, il rilevatore consegna tale verbale al Resp.Accreditamento che avrà il compito di valutare quanto contenuto nel VNC punto 1, identificherà la sussistenza della NC e in caso positivo procederà nella compilazione del VNC (punto 2). Nel caso in cui si rilevi la non sussistenza di NC, la pratica verrà archiviata e conservata per 1 anno.

Nel caso in cui sussistano i presupposti per dichiarare una NC Il responsabile Accreditamento, compilando il punto 2 del VNC (Mod.04_P06) procederà come segue:

- Identificazione del grado di NC (ESSENZIALE, IMPORTANTE, MARGINALE)
- Descrizione dell'AC, identificazione del responsabile incaricato per l'attuazione e della tempistica
- Ad Azione Correttiva attuata se ne verifica l'efficacia documentandone gli esiti. Generalmente tali verifiche vengono effettuate dal Resp. Qualità/Accreditamento mediante valutazione diretta documentata oppure Verifica Ispettiva Interna. L'esito positivo della verifica consente la chiusura dell'Azione Correttiva.
- Chiusura della NC a cura di RGQ/RA con firma della DG all'atto del riesame.

6.3. Modalità operative per identificazione e la gestione delle AP

Le Azioni Preventive sono la conseguenza dell'analisi delle informazioni e dei dati derivanti dai processi e dalle attività lavorative che hanno influenza sulla qualità del prodotto/servizio. In tal

modo il Sistema Qualità/Accreditamento diventa uno strumento dinamico per il continuo miglioramento dell'Azienda

L'identificazione di Azioni Preventive consiste nelle seguenti attività, registrate su apposito Verbale (Mod. 05_P06):

- Analizzare periodicamente le informazioni fornite dal Sistema Accredimento allo scopo di individuare cause di potenziali Non Conformità.
- Selezionare tra le cause delle Non Conformità potenziali quelle che per l'effetto all'interno della Fondazione e(es.: Costi, Soddisfazione del personale) o all'esterno (es: Cliente, Immagine) richiedono Azioni Preventive.
- Pianificare provvedimenti preventivi in grado di eliminare o minimizzare le cause delle Non conformità potenziali (definendo attività, risorse, responsabilità, tempistiche di attuazione e modalità di verifica).
- Attuare i provvedimenti preventivi.
- Verificare l'efficacia dei provvedimenti preventivi.
- Inserire le informazioni relative ai provvedimenti preventivi tra gli elementi utilizzati per il Riesame del Sistema Accredimento da parte della Direzione.

7. Gestione reclami del cliente/utente

Qualsiasi segnale di insoddisfazione del Cliente/utente è preso in considerazione come fattore e causa di una potenziale Non Conformità che può compromettere la qualità del prodotto/servizio. A tale scopo, al fine di indagare in ogni momento il livello di soddisfazione del cliente/utente, è predisposto un modulo di reclamo (Mod. 06_P06) sempre a disposizione durante lo svolgimento delle attività formative.

Il Reclamo è da ritenersi **critico** e quindi rientrante nelle tipologie di NC essenziale e/o importante se si verifica uno dei seguenti casi:

- riguarda caratteristiche del Servizio indicate specificatamente nel Contratto stipulato con il Cliente/utente (Offerta, Ordine, etc.).
- riguarda caratteristiche del Servizio indicate specificatamente nelle procedure, norme, specifiche, etc. del Sistema Aziendale.
- richiede, per la risoluzione, tempo o spese tali da dover essere autorizzate da Direzione Generale.
- il Cliente/utente richiede una risposta scritta in merito alla valutazione del problema e alla relativa soluzione.
- La gestione dei reclami, se ritenuti fondati dal RA, prosegue con l'apertura di VNC o di VAP.
- Il reclamo viene quindi trattato come NC o potenziale NC di processo/prodotto/servizio. Per la gestione e risoluzione del reclamo si rimanda a quanto espresso sopra circa le NC e le AP.

8. Gestione del rischio negli adempimenti previsti dal D.Lgs. 190/2012

Per "Gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate e sistematiche che, nel loro insieme, costituiscono lo strumento per la riduzione delle probabilità che il rischio di verifichi.

La gestione del rischio è un'attività trasversale che coinvolge la partecipazione e l'attivazione di più soggetti che vanno dai ruoli apicali ai dipendenti, sia in fase di predisposizione che in fase di implementazione.

L'intero processo di gestione del rischio, consistente nella individuazione delle aree di rischio e dei processi, valutazione dei presidi anticorruzione esistenti, ponderazione del rischio e indicazione delle misure preventive obbligatorie ed ulteriori tiene conto dei principi di cui alla norma UNI ISO 31000:2010

FOIT, in relazione alla fase di gestione del rischio, deve svolgere le seguenti attività:

- Individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, avuto a quanto indicato dalla L. 190/2012 e al PNA, alla propria operatività e dimensionamento e ai propri processi interni (c.d. "mappatura dei rischi"); l'attività viene di seguito descritta in forma tabellare
- Individuazione di misure di prevenzione finalizzate a gestire i rischi individuati; l'attività viene di seguito descritta in forma tabellare
- Quale misura di prevenzione obbligatoria, programmazione di attività di formazione dei dipendenti, consiglieri, collaboratori e consulenti impegnati nelle aree considerabili a maggior rischio di corruzione
- Quale misura di prevenzione obbligatoria, previsione dell'adozione di un Codice di comportamento per i dipendenti ed i collaboratori, che includa la regolazione dei casi di conflitto di interesse per l'ambito delle funzioni ed attività amministrative e che individui, in conformità al CCNL di riferimento, modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati
- Quale misura di prevenzione, predisposizione di procedure e regolamentazione interna idonea a disciplinare i processi mappati
- previsione di procedure per l'aggiornamento del PTPC e delle misure di prevenzione
- Previsione di meccanismi di informazione nei confronti dell'organo a vigilare sul funzionamento e sul rispetto del PTPC (flussi informativi)

9. Efficace gestione delle emergenze e dei disservizi

La Direzione considera fondamentale, per una efficiente gestione dei servizi offerti, porre rimedio tempestivamente alle eventuali emergenze e disservizi che dovessero verificarsi.

Per questo è stata approntata una casistica delle emergenze ragionevolmente prevedibili con le soluzioni per farvi fronte e le responsabilità di attuazione riportata del Mod. 07_P06 Risk Assessment

delle attività, che riporta la gestione e l'analisi dei fattori di rischio potenziali e indicazioni di massima per un'immediata risoluzione.

Di norma i fattori di rischio della Fondazione possono essere catalogati secondo il seguente schema:

FATTORI DI RISCHIO ESTERNO

- Rischi Finanziari, legati alle fluttuazioni dei tassi di interesse, alle condizioni e situazioni di credito e al ritmo dei pagamenti
- Rischi Strategici, legati a situazioni ed elementi quali la concorrenza, i cambiamenti della clientela, i cambiamenti del comparto produttivo e lavorativo, la domanda del cliente;
- Rischi Operativi, legati al cambio delle normative e leggi di settore, all'approccio culturale adottato nella interpretazione ed applicazione;
- Rischi Potenziali, legati all'accesso e disponibilità di utenza e pubblico, al personale operativo impiegato, ai diversi fornitori

FATTORI DI RISCHIO INTERNO

- Finanziari, legati in questo caso ai flussi di cassa e alla disponibilità di liquidità;
- Strategici, legati alla capacità di ricerca e sviluppo e al capitale umano intellettuale di cui l'organizzazione dispone;
- Operativi, legati al controllo contabile e ai sistemi di informazione e al turn over di personale

10.DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Mod. 01_P06 Programma di verifiche ispettive interne
- Mod. 02_P06 Check list Verifica ispettiva interna
- Mod. 03_P06 Sintesi di verifica ispettiva interna
- Mod. 04_P06 Verbale di non conformità (VNC)
- Mod. 05_P06 Verbale di azione preventiva (VAP)
- Mod. 06_P06 Modulo reclamo
- Mod. 07_P06 Risk Assessment