



**PROCEDURA  
PSQ16  
VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE**

**Rev. 3  
Data 09/08/2017**

Pagina 1 di 6



COPIA CONTROLLATA

N°.....

ASSEGNATARIO


.....

FUNZIONE

.....


Rev. 3	09/08/2017	Descrizione della modifica	L.M. RAQ	L.M. RAQ	M.D.C. DIR
N° Rev.	Data	Adeguamento alla UNI EN ISO 9001:2015	Redatto	Verificato	Approvato

***Riferimento al Manuale della Qualità di FIL S.r.l. secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015***

	<b>PROCEDURA PSQ16 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<b>Rev. 3 Data 09/08/2017</b>
		Pagina 2 di 6

## **INDICE DELLA PROCEDURA**

- 1. SCOPO**
- 2. RESPONSABILITÀ**
- 3. RIFERIMENTI**
- 4. MODALITÀ OPERATIVE**
  - 4.1. PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE ISPETTIVE**
  - 4.2. VERIFICHE ISPETTIVE PROGRAMMATE**
  - 4.3. VERIFICHE ISPETTIVE NON PROGRAMMATE**
  - 4.4. SCELTA DEI VALUTATORI**
  - 4.5. REQUISITI VALUTATORE INTERNO**
  - 4.6. LISTA DI RISCONTRO PER LE VERIFICHE ISPETTIVE**
  - 4.7. EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE ISPETTIVE**
  - 4.8. RAPPORTO DELLA V I EFFETTUATE DA PERSONALE INTERNO**
  - 4.9. RAPPORTO DELLA V I EFFETTUATE DA PERSONALE ESTERNO**
  - 4.10. ARCHIVIAZIONE DELLA V I**
- 5. ELENCO ALLEGATI**

	<b>PROCEDURA PSQ16 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<b>Rev. 3 Data 09/08/2017</b>
		Pagina 3 di 6

## 1. SCOPO

In questa procedura si definiscono le modalità operative, le registrazioni e le responsabilità relative alle verifiche ispettive interne (VII).

Tale procedura si applica alla pianificazione, esecuzione e raccolta dati acquisita durante VII riguardanti il SGQ aventi i seguenti scopi:

- verificare la conformità del Manuale della Qualità e della documentazione ad esso collegata con le prescrizioni della norma UNI EN ISO 9001:2015
- verifica della corretta applicazione del Sistema Qualità secondo i requisiti specificati nella documentazione richiamata dallo stesso
- controllare l'efficacia del Sistema Qualità attuato per raggiungere e mantenere gli obiettivi definiti dalla Direzione
- controllare lo stato di avanzamento delle Azioni Correttive e Preventive in corso e la loro chiusura.

## 2. RESPONSABILITÀ

**Direzione, RAQ, valutatore, Gruppo di verifica**, ciascuno per le parti di propria competenza indicate nella presente procedura ed in tutti i documenti ad essa collegati e nel mansionario aziendale.

## 3. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001:2015 Par. 9.1 - Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

## 4. MODALITÀ OPERATIVE

### 4.1. PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE ISPETTIVE


Le VII possono essere di due tipi: "Programmate" e "Non Programmate".

### 4.2. VERIFICHE ISPETTIVE PROGRAMMATE

Tutte le aree di attività o le funzioni descritte nel Manuale della Qualità sono sottoposte almeno una volta in un anno solare a VI. Il programma delle VI è definito dal RAQ in modo dettagliato nel "Programma annuale delle VI" per il successivo anno: in esso sono contenute le aree aziendali oggetto di verifica, i valutatori preposti, i periodi programmati (mese).

Il "Programma annuale delle V.I." deve essere approvato dalla D.G. e può contenere per alcune aree un maggior numero di verifiche ispettive sulla base di:

- esiti delle precedenti V.I.
- andamento delle N.C. riscontrate nell'anno
- Azioni Correttive in corso
- Azioni Preventive in corso.

	<b>PROCEDURA PSQ16 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<b>Rev. 3 Data 09/08/2017</b>
		Pagina 4 di 6

Qualunque variazione del "Programma annuale delle Verifiche Ispettive" deve essere predisposta dal RAQ e il programma deve essere aggiornato nell'apposito spazio.

#### **4.3. VERIFICHE ISPETTIVE NON PROGRAMMATE**

Le V.I. non programmate vanno ad aggiungersi a quelle programmate e sono decise durante l'anno dal RAQ al manifestarsi di:

- situazioni di grave deficienza rilevate dai rapporti di non conformità
- verifica dello stato di avanzamento/chiusura delle azioni correttive o preventive
- ristrutturazioni organizzative o procedurali
- richieste esplicite da parte di qualsiasi funzione
- modifiche ai processi o ai servizi

#### **4.4. SCELTA DEL VALUTATORE**

Una settimana prima della verifica ispettiva il RAQ nomina i valutatori dell'area aziendale sottoposta a verifica per concordare ed elaborare il programma giornaliero di verifica.

Le V.I. sono effettuate:

- dal RAQ o persona da lui delegata
- dal personale esterno qualificato per le V.I. nel caso che la DIR intenda sottoporre l'azienda a tale tipo di verifica
- da un responsabile di pari livello del RAQ, nel caso di V.I. riguardanti la funzione di assicurazione qualità o aree aziendali che hanno come responsabile la stessa persona del RAQ.

#### **4.5. REQUISITI VALUTATORE INTERNO**


Il valutatore interno nella persona del RAQ o chi da lui delegato ad effettuare la V.I. deve soddisfare i seguenti requisiti:

- essere indipendente e non avere diretta responsabilità rispetto all'area aziendale oggetto della V.I.
- competenze documentate sulle modalità di una V.I.
- aver seguito un adeguato periodo di formazione: minimo 16 ore di corso sulle V.I. o affiancamento al RAQ per almeno due V.I.

#### **4.6. LISTA DI RISCANTRO PER LE V.I.**

Il valutatore può utilizzare per la V.I. check-list a carattere generale o redatta dal RAQ per le verifiche ispettive interne articolata secondo quanto prescritto dalla norma UNI EN ISO 9001:2015.

Nel caso che la Direzione decida di commissionare la V.I. a un ente esterno il RAQ deve collaborare nella predisposizione e durante la V.I.

	<b>PROCEDURA PSQ16 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<b>Rev. 3 Data 09/08/2017</b>
		Pagina 5 di 6

#### **4.7. EFFETTUAZIONE DELLA V.I.**

La V.I. è fatta in presenza del responsabile della funzione/reparto oggetto della visita in modo tale che qualsiasi elemento emerga possa essere direttamente affrontato con il responsabile. La V.I. si articola come segue:

- visita in loco
- intervista al personale
- verifica delle procedure
- verifica della documentazione di registrazione
- esame degli strumenti in dotazione.

Il valutatore deve eseguire la V.I. seguendo la check-list, ma le domande possono anche esulare da quelle contenute nella stessa.

Tramite le check-list si devono valutare il corretto uso della documentazione del SGQ, la corretta registrazione ed archiviazione dei documenti derivanti dalla applicazione del SGQ, la corretta esecuzione delle procedure ed istruzioni operative applicabili, la adeguata formazione del personale.

Terminata la V.I. il valutatore deve discutere col responsabile della funzione/reparto delle eventuali N.C. emerse e annotare eventuali riserve, osservazioni, proposte del responsabile di azioni correttive o azioni preventive.

#### **4.8. RAPPORTO DELLA V.I. (EFFETTUATO DA PERSONALE INTERNO)**


I risultati della verifica devono essere documentati in dettaglio: ad esempio identificazione dei documenti o delle parti esaminate, nomi delle persone contattate.

Il valutatore della V.I. deve compilare il "Rapporto di V.I. Interna" riportando:

- data V.I.
- oggetto V.I.
- indicazione se programmata o non programmata
- nome dei valutatori
- riepilogo dei rilievi
- descrizione dei rilievi
- giudizio complessivo.

I rilievi emersi nel corso della Verifica Ispettiva devono essere classificati in base alla loro gravità come non conformità (N.C.) o come osservazioni (Oss.).

Sono classificati come N.C. i mancati soddisfacimenti dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015. Sono da considerarsi Oss. i rilievi riconducibili a requisiti della norma previsti ma non completamente applicati, o indicazioni per una corretta e migliore applicazione.

	<b>PROCEDURA PSQ16 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<b>Rev. 3 Data 09/08/2017</b>
		Pagina 6 di 6

#### **4.9. RAPPORTO DELLA V.I. (EFFETTUATA DA PERSONALE ESTERNO)**

Il resoconto della V.I. deve essere inviato dai valutatori esterni e sostituisce il "Rapporto di V.I. Interna".

#### **4.10. ARCHIVIAZIONE DELLA V.I.**

Il valutatore interno o esterno deve inviare la documentazione al RAQ nel caso che non sia la stessa persona. Il RAQ decide se:

- inviare copia del "Rapporto di V.I. Interna" al responsabile funzione/reparto oggetto della V.I.
- aprire il "Rapporto di Azione Correttiva" o il "Rapporto di Azione Preventiva" e dopo un incontro con il responsabile di reparto dove la N.C. si è manifestata concordare su quali sono gli interventi da effettuare e i relativi tempi di attuazione stabilendo se e quando sottoporre il reparto ad una nuova V.I.
- archiviare tutta la documentazione nel raccoglitore apposito.

### **5. ELENCO ALLEGATI**

DR47 - Programma annuale delle verifiche ispettive interne

DR49 - Rapporto di verifica ispettiva interna