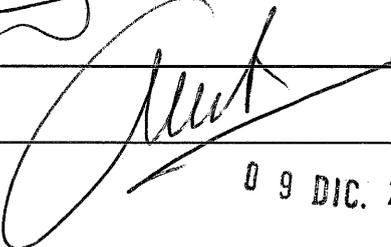


PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	ASP RAGUSA

"Audit interni"

PO-17-SGSL

<i>Revisione n.</i>	<i>Data</i>	<i>Paragrafo</i>
01	Settembre 2014	Revisione paragrafi effettuata da tutto il gruppo di progetto

		<i>Firme</i>
<i>Emessa da</i>	RTI/SINTESI	
<i>Verificata da</i>	RSPP Referente sicurezza	
<i>Approvata da</i>	Direttore Generale	

09 DIC. 2014

COPIA N ASSEGNATA A:

DISTRIBUZIONE CONTROLLATA: SI NO

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	

INDICE

1.	SCOPO	3
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3.	RIFERIMENTI	3
4.	ACRONIMI E DEFINIZIONI	3
5.	RUOLI E RESPONSABILITA'	4
6.	MODALITA' OPERATIVE	4
6.1	Generalità	4
6.2	Audit interno	4
6.3	Pianificazione degli audit interni	5
6.4	Caratteristiche degli auditor	5
6.5	Responsabilità degli auditor	6
6.6	Pianificazione e conduzione degli audit interni	6
6.7	Costituzione del gruppo di audit	7
6.8	Definizione del piano di audit	7
6.9	Svolgimento e verbalizzazione dell'audit	7
6.10	Azioni a seguire dall'audit	8
7.	DOCUMENTI E MODELLI DI REGISTRAZIONE TEMPI E MODALITA' DI ARCHIVIAZIONE	8

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA <small>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</small>
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di fornire le indicazioni in merito ai controlli e alle verifiche del SGSL di ASP Ragusa.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutto il Personale operante nei Distretti e Dipartimenti di pertinenza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

3. RIFERIMENTI

- D.Lgs. 9 aprile 2008 n° 81 e s.m.i
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- Manuale SGSL della ASP di Ragusa

4. ACRONIMI E DEFINIZIONI

DDLSI	Dirigente della U.O.C. Tecnico/Facility Management delegato dal DL per verifica strutture ed impianti
DDLRS	Dirigente della U.O.C. Personale delegato dal DL per gestione risorse umane
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione
SSL	Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro
NC	Non Conformità
Audit	Processo sistematico, indipendente e documentato per verificare l'applicazione efficace del SGSL
Auditor	Persona competente che conduce audit di SGSL
Criteri dell'audit	Insieme di politiche, procedure o requisiti
Gruppo di audit	Gruppo di auditor, nominati da un Responsabile del Gruppo di Audit, che collaborano per condurre un audit interno secondo criteri dell'audit definiti

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	

Evidenze dell'audit registrazioni, enunciazioni di fatti o altre informazioni che sono pertinenti ai criteri dell'audit e verificabili

Per le definizioni non incluse nella presente procedura si fa riferimento alla Sezione Acronimi e definizioni del Manuale SGSL

5. RUOLI E RESPONSABILITA'

Le responsabilità relative alla presente procedura sono di seguito descritte:

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
Monitoraggio di I livello	DIR/PRE; LAV
Archiviare il Verbale di Monitoraggio di I e II Livello	RSGSL
Predisporre annualmente un Programma di audit interni	RSGSL
Approvare il Programma annuale di audit interni	DL
<ul style="list-style-type: none"> • Costituire il Gruppo di Audit, quando necessario; • definire il "Programma di audit interni" ed effettuare una riunione preparatoria assieme, se presente, al Gruppo di Audit; • notificare il Programma ai Responsabili delle Aree/Servizi sottoposte a verifica. 	Responsabile Gruppo di Audit

6. MODALITA' OPERATIVE

6.1 Generalità

Al fine di verificare la gestione degli aspetti relativi alla SSL, l'applicazione efficace del SGSL di ASP Ragusa e il grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento continuo in materia di sicurezza, si pianificano, conducono e registrano audit interni periodici in ASP Ragusa.

6.2 Audit interno

L'audit interno ha lo scopo di:

- fornire informazioni sulla efficacia e applicazione del SGSL;
- evidenziare le capacità dell'organizzazione di migliorare il controllo dei rischi;

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	

- rilevare eventuali comportamenti pericolosi, cattive prassi o inadempienze che possono costituire pericoli per i lavoratori e le parti interessate di ASP Ragusa
- consentire al vertice aziendale di prendere decisioni strategiche come ad esempio l'adeguamento della Politica della Sicurezza;
- intraprendere le opportune azioni preventive e correttive in caso di scostamenti da situazioni conformi;
- valutare l'efficacia complessiva del SGSL applicato con particolare riferimento a:
 - valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dal SGSL;
 - raccolta dei dati relativi agli incidenti, agli infortuni e alle malattie professionali, con l'analisi delle cause;
 - confronto delle prestazioni attuate con i risultati raggiunti.

In caso di anomalie si segue quanto previsto dalla procedura PO-10-SGSL "Gestione Non Conformità, Azioni Correttive e Azioni Preventive".

6.3 Pianificazione degli audit interni

Il RSGSL predispone all'inizio di ogni anno solare un programma di audit interni.

Tale Programma Annuale di Audit Interni (MD-17-01-SGSL), poiché include ogni anno la sorveglianza di buona parte dei Dipartimenti e Distretti di ASP Ragusa, deve essere sottoposto all'approvazione del Direttore Generale.

Tale Programma può essere modificato durante l'anno su richiesta di SPP e dei preposti, qualora questi ultimi rilevino la necessità del ricorso ad audit supplementari.

Tale Programma deve garantire che tutti i processi vengano verificati almeno una volta l'anno.

6.4 Caratteristiche degli auditor

Gli audit interni devono essere effettuati da persone competenti ed indipendenti dall'area sottoposta a verifica.

Gli Auditor possono essere interni (dirigenti, RSPP, preposti, ecc...) o esterni all'organizzazione.

ASP Ragusa nella scelta degli Auditor interni tiene in considerazione:

- la conoscenza della linea guida UNI INAIL per i SGSL;
- conoscenze specialistiche o esperienza tecnica in materia di SSL;

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	

- conoscenza di ASP Ragusa maturata in anni di servizio presso l'Azienda.

Per maggiori dettagli sui requisiti che devono possedere auditor interni ed esterni si rimanda alla procedura PO-02-SGSL_ "Gestione della Formazione ed informazione per la sicurezza" e in particolare all'allegato di tale procedura MD-02-02-SGSL- "Scheda profilo mansione", compilata appositamente per l'Auditor interno.

6.5 Responsabilità degli auditor

Gli Auditor sono responsabili di:

- stabilire gli obiettivi dell'audit in funzione dei requisiti;
- agire in conformità agli obiettivi stabiliti per l'audit;
- adempiere con obiettività ed etica professionale agli incarichi assegnati;
- seguire le procedure definite;
- raccogliere ed analizzare elementi rilevanti e sufficienti, che consentano di giungere a conclusioni relative all'efficacia del SGSL sottoposto ad audit;
- documentare ed esporre i risultati dell'audit;
- verificare l'efficacia delle misure correttive adottate conseguentemente all'audit;
- analizzare i dati relativi ad infortuni, incidenti, situazioni e comportamenti pericolosi, NC;
- segnalare le azioni necessarie per prevenire infortuni, incidenti, situazioni e comportamenti pericolosi, NC;
- confermare l'efficacia delle azioni correttive e preventive intraprese.

6.6 Pianificazione e conduzione degli audit interni

Il Responsabile del Gruppo di Audit, con adeguato anticipo rispetto alla data prevista di esecuzione della verifica (indicativamente 4 settimane), deve provvedere a:

- costituire il Gruppo di Audit, quando necessario;
- definire il "Piano di Audit" (MD-17-02-SGSL) ed effettuare una riunione preparatoria insieme al Gruppo ispettivo (se presente);
- notificare il Piano ai DIR/PRE delle Aree/Servizi sottoposte a verifica.

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	<i>01</i>	
		ASP RAGUSA

6.7 Costituzione del gruppo di audit

Il Gruppo di audit può essere formato da due o più membri, compreso il Responsabile del Gruppo di Audit, che ha il compito di costituirlo e, durante la fase esecutiva, coordinarlo.

I membri del Gruppo di audit possono essere scelti fra il personale interno o esterno purché non abbiano alcuna responsabilità diretta nell'area sottoposta a verifica e siano stati formati per le attività di conduzione ed esecuzione dell'audit.

6.8 Definizione del piano di audit

Il Responsabile del Gruppo, con l'eventuale supporto del Gruppo di audit, elabora un "Piano di Audit" (MD-17-02-SGSL) in cui deve essere precisato quanto segue:

- area o attività sottoposta ad audit;
- Responsabile area o attività;
- Auditor incaricato;
- aspetti della verifica;
- data e orario;
- documenti di riferimento (Manuale, Procedure, ecc.);
- note

Il Responsabile del Gruppo di Audit notifica al DIR/PRE dell'Area/Servizio da sottoporre a verifica il suddetto Piano affinché questi possa mettere a disposizione degli Auditor le risorse necessarie.

6.9 Svolgimento e verbalizzazione dell'audit

L'audit viene svolto sulla base del Piano predisposto nella fase preparatoria utilizzando il criterio di campionamento ritenuto opportuno.

Al termine dell'audit si svolge una riunione conclusiva, fra i componenti del Gruppo di Audit e il DIR/PRE della Area/Servizio sottoposta a verifica, nel corso della quale sono presentati e discussi i risultati dell'audit, che vengono documentati per iscritto sul "Rapporto di Audit" (MD-17-03-SGSL).

Qualora si siano riscontrate delle anomalie, il Responsabile del Gruppo di Audit, in base alla gravità della situazione rilevata, decide per una raccomandazione o misura temporanea che viene verbalizzata sul

PO	PROCEDURA OPERATIVA	 ASP RAGUSA
<i>Titolo Procedura</i>	<i>Audit interni</i>	
<i>Codice procedura</i>	<i>PO-17-SGSL</i>	
<i>Revisione</i>	01	

Rapporto, oppure per una AC volta a rimuovere le cause di NC; in quest'ultimo caso, il Responsabile del Gruppo di Audit predisporre un'azione correttiva registrandone gli estremi sul modello di "Segnalazione non conformità" (MD-10-01-SGSL).

Copia del Rapporto di Audit viene consegnata al DIR/PRE dell'Area o attività verificata.

Il MD-10-01-SGSL "Segnalazione non conformità" viene gestito in accordo a quanto previsto dalla procedura PO-10-SGSL "Gestione Non Conformità, Azioni Correttive e Azioni Preventive".

6.10 Azioni a seguire dall'audit

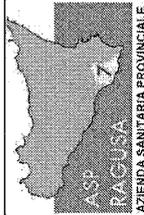
I rapporti di NC aperti in seguito allo svolgimento di un audit seguono, ai fini della verifica della chiusura della NC stessa, la stessa sequenza di operazioni descritta nella procedura PO-10-SGSL "Gestione Non Conformità, Azioni Correttive e Azioni Preventive".

Se i risultati degli audit richiedono l'attuazione di AC, il Dirigente Delegato deve provvedere a definire un programma di attuazione che viene riportato e sottoscritto sul modulo per la gestione delle NC MD-10-01-SGSL "Segnalazione non conformità" all'interno del quale viene definita l'AC, nonché la sua verifica di chiusura ed efficacia.

La verifica della chiusura e dell'efficacia, di eventuali AC avviate in fase di audit, è svolta secondo quanto previsto nella procedura PO-10-SGSL "Gestione Non Conformità, Azioni Correttive e Azioni Preventive".

7. DOCUMENTI e MODELLI DI REGISTRAZIONE Tempi e MODALITA' DI ARCHIVIAZIONE

Documento	Tempo archiviazione	Luogo archiviazione	Resp.le archiviazione	Supporto archiviazione
MD-17-01-SGSL "Programma Annuale di monitoraggio"	5 anni	Ufficio RSGSL	RSGSL	Informatico
MD-17-02-SGSL "Piano di audit"	3 anni	Ufficio RSGSL	RSGSL	Cartaceo
MD-17-03-SGSL "Rapporto di audit"	5 anni	Ufficio RSGSL	RSGSL	Informatico



ASP Ragusa

PIANO ANNUALE DI MONITORAGGIO

MD-17-01-SGSL

Rev.1

Del 07/10/2014

Destinatari	Progr.ne	Scadenza programmata												Oggetto	Riferimenti applicabili		
		Data verifica	G	F	M	A	M	A	G	L	A	S	O			N	D
DIREZIONE GENERALE	Pianificata													P		OBIETTIVI ASP ORGANIGRAMMA	Tutte le applicabili
	Eseguita																
OSPEDALE VITTORIA	Pianificata													P		VERIFICA DOCUMENTAZIONE	Tutte le applicabili
	Eseguita																
SERVIZIO VETERINARIA	Pianificata													P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																
OSPEDALE MODICA	Pianificata													P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																
AMBULATORI RAGUSA	Pianificata								P					P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																
VIA TEOCRITO	Pianificata								P					P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																
OSPEDALE PATERNO' AREZZO	Pianificata													P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																
OSPEDALE PATERNO' AREZZO	Pianificata													P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita																



ASP Ragusa

PIANO ANNUALE DI MONITORAGGIO

MD-17-01-SGSL

Rev.1

Del 07/10/2014

Destinatari AREA ASP RAGUSA	Progr.ne Data verifica	Scadenza programmata												Oggetto	Riferimenti applicabili Codice Procedure	
		G	F	M	A	M	A	G	L	A	S	O	N			D
OSPEDALE CIVILE RAGUSA	Pianificata												P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita															
NUOVO OSPEDALE RAGUSA	Pianificata												P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita															
OSPEDALE COMISO	Pianificata												P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita															
OSPEDALE BUSACCA SCICLI	Pianificata												P		VERIFICA ATTIVITA'	Tutte le applicabili
	Eseguita															



RAPPORTO DI AUDIT

MD-17-03-SGSL

Rev.1

Del 07/10/2014

Audit Interno N° _1/20xx

Data:	Area verificata: TUTTE	pag. ___ di ___
Esprimere considerazioni finali sui temi di sotto elencati		
Gestione della documentazione:		
Effettiva implementazione del SGSL:		
Miglioramento:		
Capacità di raggiungimento obiettivi:		
Riesame della direzione:		
Azioni correttive e preventive:		
Numero non conformità emerse:°		-
Numero osservazioni:°		-
RGA/Auditor _____	Firma _____	Data _____