

PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
10/06/2014	22/07/2014	30/12/2014

INDICE DI REVISIONE	CAPITOLO/PARAGRAFO MODIFICATO	DATA DI APPROVAZIONE REVISIONE	MOTIVO DELLA REVISIONE
00			Emissione del documento
01	Par. 2, 3, 4, 5	13/10/2017	Adeguamento a: - D.M. 987/2016 - Linee Guida ANVUR 2017

CONTROLLO DELLA DISTRIBUZIONE
Copia n° _____ consegnata a: _____ il _____
Firma Responsabile Qualità _____

INDICE

1. Scopo e campo di applicazione
2. Riferimenti
3. Acronimi e definizioni
4. Responsabilità
5. Attività
6. Allegati

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è definire le modalità per la conduzione degli audit interni ai fini della verifica della conformità del Sistema Qualità di Ateneo ai requisiti di Assicurazione della Qualità.

2. RIFERIMENTI

- L. 30 dicembre 2010, n. 240
- D. Lgs 27 gennaio 2012, n. 19
- D.M. 12 dicembre 2016, n. 987
- Documento finale AVA (Accreditamento periodico delle Sedi e dei Corsi di Studio universitari. Linee Guida – ANVUR 5.05.2017)
- P02 – Procedura di gestione dell'offerta formativa e istruzioni operative allegate

3. ACRONIMI E DEFINIZIONI

- NC: Non conformità
- OSS: Osservazione
- AQ: Assicurazione della Qualità
- AVA: Accredimento Valutazione Autovalutazione
- PQA: Presidio di Qualità di Ateneo
- RAR: Rapporto annuale di Riesame
- CP: Commissioni Paritetiche
- NdV: Nucleo di Valutazione
- SMA: Schede di Monitoraggio Annuale

L'**Audit interno** è un'attività volta alla valutazione del rispetto dei requisiti previsti dal Sistema di Qualità di Ateneo.

4. ATTIVITÀ

Gli audit di conformità sono programmati dal NdV in collaborazione con il PQA per i Corsi di Studio ove si ritiene opportuno verificarne il rispetto della normativa interna ed esterna dell'Ateneo. Il NdV inoltre, in generale, valuta a rotazione, con una periodicità quinquennale, il funzionamento dei CdS e dei Dipartimenti attraverso l'analisi dei risultati (*Linee Guida per l'Accreditamento periodico delle Sedi e dei Corsi di Studio universitari*, ANVUR, 2017).

La prima attività della procedura di audit consiste in una breve interazione dell'Auditor con i Presidenti dei CdS e con il Direttore di Dipartimento, in cui vengono descritte le modalità e i tempi per la conduzione della verifica ispettiva interna, si individuano i documenti di riferimento e si risolvono eventuali incertezze.

Successivamente l'Auditor deve raccogliere tutte le evidenze documentali. La fase di raccolta dei dati può svolgersi interagendo con i Presidenti dei CdS ed esaminando i documenti (Scheda SUA-CdS, RAR (SMA), Relazione CP, ecc.).

Nella conduzione della verifica ispettiva interna, l'auditor dovrà rispettare i punti della Check list allegata (P03_M01), con la possibilità di aggiungere altri campi di valutazione.

In particolare, l'Auditor deve verificare:

- la realizzazione e l'efficacia delle eventuali azioni correttive intraprese per risolvere non conformità precedentemente evidenziate nei RAR (dal 2017 nelle Schede di monitoraggio annuale) e nelle Relazioni delle CP;
- che i contenuti della SUA-CdS e del RAR (SMA) siano coerenti, adeguati, aggiornati;
- che nella SUA-CdS sia fatto esplicito riferimento alle azioni correttive e di miglioramento descritte nel precedente RAR (SMA);
- che le procedure di Assicurazione della Qualità delle attività didattiche e di ricerca sussistano e vengano applicate.

L'attività di audit si conclude con una riunione in cui l'Auditor presenta le risultanze della sua attività di controllo ed eventuali rilievi emersi (non conformità e/o osservazioni), in relazione ai quali il Presidente del CdS deve proporre tempi e modi per attuare le azioni correttive.

Le risultanze e i rilievi dell'Audit dovranno essere registrati dall'Auditor in un Rapporto (P03_M02), inviato via e-mail ai Presidenti dei CdS, al Direttore di Dipartimento, al NdV e al PQA.

I rilievi dell'Audit si classificano come:

- **Non conformità** (NC), quando non sono rispettati i requisiti.
- **Osservazione** (OSS), quando, pur non essendo rispettati i requisiti del Sistema AVA, non viene pregiudicata l'efficacia del Sistema Qualità.

Per le NC è sempre richiesta un'azione correttiva mentre per le OSS non è richiesta ma è fortemente consigliata in un'ottica di miglioramento continuo.

L'Auditor concorda con i Presidenti dei CdS le azioni correttive e le modalità di attuazione e le registra nel Rapporto (P03_M02). Nel corso dell'Audit successivo bisognerà valutare l'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive.

I risultati dell'Audit dovranno essere valutati dalle CP e nel corso del Riesame Ciclico.

5. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità nella gestione di questa procedura sono sintetizzate nella seguente tabella:

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
Pianificazione degli audit	NdV e PQA
Individuazione e nomina dell'Auditor	NdV
Conduzione dell'attività di Audit (raccolta documentazione, produzione delle risultanze, stesura del rapporto)	Auditor interno nominato dal NdV
Gestione delle Azioni Correttive	Presidente del CdS e Direttore di Dipartimento
Valutazione dell'efficacia e adeguatezza delle AC	CP e PQA

6. ALLEGATI

1. Check list (P03_M01)
2. Rapporto di Audit (P03_M02)