


MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO

ai sensi dell'art. 2 comma 1 del DM 19 marzo 2015

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MARTINO - ORISTANO


ALLEGATO P.14 MODALITÀ ESECUTIVE AUDIT INTERNI RELATIVI AL RISCHIO INCENDIO

REVISIONE	DEL	MOTIVO
REV.00	01/07/2024	PRIMA EMISSIONE

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	P.14	Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio	REV.00	01/07/2024
			Pag. 2 a 5	


SOMMARIO

INDICE DELLE REVISIONI	3
1. SCOPO	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
3. MODALITÀ OPERATIVE	4
3.1 PIANIFICAZIONE DEGLI AUDIT INTERNI.....	4
3.2 QUALIFICA DEI VALUTATORI.....	4
3.3 GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI	4
3.4 DOCUMENTAZIONE.....	5

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	P.14	Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio	REV.00	01/07/2024
			Pag. 3 a 5	

INDICE DELLE REVISIONI

REVISIONE	DATA	MOTIVO
REV.00	01/07/2024	PRIMA EMISSIONE

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	P.14	Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio	REV.00	01/07/2024
			Pag. 4 a 5	

1. SCOPO

L'obiettivo di questa procedura è quello di definire le modalità di svolgimento degli Audit interni allo scopo di verificare la corretta applicazione ed efficacia delle attività inerenti il Sistema di Gestione ed intraprendere le opportune azioni correttive.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicabile a tutti gli audit interni ed alla gestione delle non conformità che ne derivano.

Per audit interno si intende un processo sistematico, indipendente e documentato atto a verificare le attività inerenti al Sistema di Gestione, i risultati ottenuti e se quanto predisposto viene attuato e risulta idonea al conseguimento degli obiettivi.

3. MODALITÀ OPERATIVE

3.1 PIANIFICAZIONE DEGLI AUDIT INTERNI

Tutte le attività della struttura sanitaria, in cui si prevede l'esistenza del rischio incendio in valore più o meno significativo, sono verificate almeno una volta l'anno. Il Responsabile predispone un programma degli audit interni anche in occasione del riesame del Sistema di Gestione e ne pubblica copia nell'albo per informare tutto il personale coinvolto, predisposto presso gli uffici SPP e/o Uffici Tecnici.

È possibile indire audit interni non pianificati quando:

- si sono verificati sostanziali mutamenti organizzativi;
- si ritiene vi siano condizioni pregiudizievoli ai fini del rischio "incendio";
- vi è stata una modifica sostanziale alle procedure;
- si ritiene necessario verificare l'applicazione e l'efficacia di azioni correttive per mitigare maggiormente il rischio "incendio";
- si sono verificati incidenti (incendi) più o meno consistenti che possono aver condizionato la salute, l'ambiente, o la redditività del reparto e/o del plesso sanitario.

3.2 QUALIFICA DEI VALUTATORI


Il personale che esegue gli audit interni deve essere opportunamente qualificato sulla base di:

- partecipazione ad attività formative in aula di almeno 10 ore sulle tecniche auditing. Il formatore deve essere a conoscenza delle norme UNI EN ISO 9001:2015, deve possedere capacità relazionali e comunicative ed avere padronanza di procedure e tecniche di valutazione;
- affiancamento a personale qualificato.

Deve essere predisposto un elenco dei valutatori che non devono avere alcuna diretta responsabilità dell'esecuzione di attività soggette a verifica e devono essere qualificate per tale compito.

3.3 GESTIONE DEGLI AUDIT INTERNI

Prima di iniziare la verifica, il gruppo fa un breve check sulla procedura e sullo scopo dell'Audit. La verifica può essere condotta utilizzando eventuali liste di riscontro o le procedure di riferimento. Le attività di verifica

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	P.14	Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio	REV.00	01/07/2024
			Pag. 5 a 5	

consistono nel riscontro dell'evidenza oggettiva della conformità degli aspetti esaminati alle procedure applicabili, contenute nei documenti di riferimento. Le risultanze sono documentate con riferimento ai documenti esaminati (identificazione dei documenti o delle parti esaminate, persone contattate, ecc.).

Completate le attività di verifica, il gruppo di audit si riunisce con il Direttore Sanitario per discutere e valutare i risultati emersi. Al termine della riunione il gruppo di audit si incontra nuovamente con le persone coinvolte nell'audit presentando i risultati e commentandoli affinché essi siano chiaramente compresi per concordare infine eventuali azioni correttive.

Gli esiti dell'audit devono essere sempre discussi e condivisi con il RTA e con il RSPP.

3.4 DOCUMENTAZIONE

Sulla base dei risultati della verifica, il Responsabile del Gruppo di Audit redige il "Rapporto di Audit interno" che contiene:

- luogo e data della verifica,
- identificazione del processo/attività sottoposto a verifica,
- nominativi dei valutatori,
- nominativi delle persone contattate,
- descrizione dello scopo della verifica,
- documenti di riferimento,
- sommario delle risultanze,
- descrizione dei rilievi emersi (osservazioni, non conformità)

Il rapporto di Audit viene firmato sia dal Responsabile del Gruppo di Audit sia dal RTSA e dal RSPP.

I Rapporti di Audit sono archiviati nell'Ufficio Tecnico o nell'ufficio del SPP per essere utilizzati come elemento in ingresso del riesame delle difformità riscontrate. Questi rapporti sono conservati per almeno 3 anni.

Sulla base del rapporto di audit il RTSA e/o RSPP predispone, con la collaborazione del personale coinvolto, le azioni correttive.

Le correzioni e la relativa procedura e/o l'azione rivista dal revisore audit faranno parte di una procedura "azioni correttive e preventive" di mitigazione del rischio incendi.