

PG07 Azioni Correttive e Preventive

Redazione			Verifica			Approvazione		
RSQ	Firma	Data	DSAG	Firma	Data	DIRS	Firma	Data

Stato delle Revisioni		
<i>Num.</i>	<i>Data</i>	<i>Descrizione</i>
01	07/11/06	Modificati riferimenti alla modulistica

	<i>Ente, Persona</i>	<i>Data</i>
<input type="checkbox"/> COPIA CONTROLLATA n.		
<input type="checkbox"/> COPIA NON CONTROLLATA		

Indice

1. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. RIFERIMENTI E ACRONIMI	3
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
4.1 GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE.....	4
4.2 APERTURA DELL’AZIONE CORRETTIVA	4
4.3 ANALISI E RICERCA DELLE CAUSE	4
4.4 TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITA’	5
4.5 VERIFICA DELL’ATTUAZIONE E DELL’EFFICIACIA DELL’AZIONE INTRAPRESA	5
4.6 GESTIONE DELLE AZIONI PREVENTIVE	6
4.8 RESPONSABILITA’	6
5. ALLEGATI.....	7



1. SCOPO

Scopo di questa Procedura è di descrivere le modalità attuate dall'Istituto "F. De Pinedo" per trattare le azioni correttive e/o preventive

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La Procedura è applicabile in tutti i processi.

3. RIFERIMENTI E ACRONIMI

Manuale della Qualità – Punti 8.5.2 e 8.5.3

RQ	Responsabile Sistema Qualità
SGQ	Sistema Gestione Qualità
DIRS	Dirigente di Istituto
DSGA	Dirigente Amministrativo

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

4.1 GESTIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE

La necessità di avviare un'azione correttiva nasce a seguito della rilevazione di una o più Non Conformità, che possono essere rilevate durante:

- La Gestione delle Non Conformità.
- Le Verifiche Ispettive Interne della Qualità.
- I Riesami da parte della Direzione (qualora dall'analisi dei dati siano evidenziate cause effettive di Non Conformità).

L'Azione Correttiva è comunque sempre ancorata alla presenza di un rapporto negativo di qualsiasi tipo sulla qualità (es. Rapporto dell'Organismo di Certificazione, Reclami degli utenti, ecc.).

RQ ha la responsabilità, nel momento in cui sono emessi i suddetti documenti o successivamente, a seguito di un loro esame sistematico e/o periodico, di individuare l'esigenza di attivare le opportune azioni correttive per *eliminare le cause che generano le Non Conformità*.

4.2 APERTURA DELL'AZIONE CORRETTIVA

La responsabilità dell'apertura dell'Azione Correttiva è di RQ, e l'evidenza di ciò è data compilando il "Rapporto Azione Correttiva/Preventiva" (PG06m01) dove sono riportati:

- La fonte di rilevazione della Non Conformità
- La descrizione della stessa Non Conformità

4.3 ANALISI E RICERCA DELLE CAUSE

Le attività di analisi della Azione Correttiva sono svolte da RQ, in collaborazione la Funzione interessata.

Le cause risultanti devono essere riportate sul PG06m01.

RQ, in collaborazione con la Funzione interessata ha il compito di definire i provvedimenti e le azioni per rimuovere le cause a monte della Azione Correttiva.

La definizione delle azioni correttive deve contenere:

- Provvedimenti/modalità di attuazione
- I tempi di attuazione (entro il)
- Il/i responsabile/i dell'attuazione della AC, con la relativa firma di presa visione ed accettazione degli impegni assunti

Definite, quindi, le attività, RQ le sottopone a DIRS per l'approvazione.

Ad esito positivo, RQ sottopone Rapporto di Azione Correttiva/Preventiva alla firma del/i responsabile/i dell'attuazione per presa visione ed accettazione degli impegni assunti e ne consegna copia.

I Responsabili nominati provvederanno all'attuazione della Azione Correttiva nei modi e nei tempi previsti nel PG06m01.

4.4 TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITA'

Il Responsabile della risoluzione della NC, attua le azioni previste nei modi e nei tempi riportati nel Rapporto di Non Conformità.

4.5 VERIFICA DELL'ATTUAZIONE E DELL'EFFICACIA DELL'AZIONE INTRAPRESA

RQ, terminata la fase di attuazione dell' Azione Correttiva o trascorso il tempo preventivato, ha la responsabilità di verificare:

- La corretta attuazione della Azione Correttiva
- L'efficacia della Azione Correttiva

La verifica dell'efficacia può essere condotta successivamente rispetto alla verifica di attuazione al fine di poter analizzare gli effetti prodotti su un periodo di tempo congruo.

Se la verifica ha esito negativo, occorre aprire nuovamente una Azione Correttiva.

Nel caso di verifica positiva, l'Azione Correttiva si considera conclusa. Il modulo "rapporto di azione correttiva/preventiva" (PG06m01) è archiviato da RQ.

I Rapporti di Azione Correttiva sono analizzati da RQ e i risultati portati in sede di Riesame della Direzione.

4.6 GESTIONE DELLE AZIONI PREVENTIVE

La necessità di avviare un'azione preventiva e di miglioramento del Sistema di gestione per la qualità sorge da:

- Monitoraggio e analisi periodica dei dati riguardanti: Rapporti Non Conformità, Rapporti Azione Correttiva;
- Dati e informazioni provenienti dalle Verifiche Ispettive Interne sul SGQ;
- Risultati dei Riesami del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione;
- Segnalazioni provenienti dagli utenti
- Suggerimenti del personale interno.
- Esigenza di miglioramento continuo del sistema, dei processi e dei servizi erogati

Le modalità e le responsabilità di gestione delle Azioni Preventive sono le medesime definite per le Azioni Correttive. Le Azioni Preventive devono essere registrate sul modulo "Rapporto di Azione Correttiva/Preventiva (PG06m01).

4.8 RESPONSABILITA'

RQ è responsabile dell'attuazione della presente procedura e si avvale della collaborazione delle Funzioni interessate alla corretta attuazione dell'azione Correttiva/Preventiva. DIRS valuta e decide se approvare le Azioni Correttive/Preventive proposte da RQ.



**Istituto Tecnico Aeronautico di
Stato**
Francesco De Pinedo
Roma - Via F. Morandini, 30 - Tel. 065034141

5. ALLEGATI

PG06m01 – Rapporto di Non Conformità, Azione Correttiva e Azione Preventiva

PG07m01 – Registro delle Azioni Correttive e Preventive