



# REGIONE BASILICATA

## **PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO ORGANISMI DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO**

**DGR n. 927/2012**

Manuale operativo per lo svolgimento delle  
attività di audit



## INDICE

### 1. PREMESSA

1.1 RIFERIMENTI

1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

1.3 TERMINI E DEFINIZIONI

### 2. GLI AUDIT

2.1 SCOPO

2.2 TIPOLOGIE DI AUDIT

2.2.1 L'AUDIT PER IL PRIMO RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO

2.2.2 L'AUDIT A SEGUITO DEL MANTENIMENTO DELL'ACCREDITAMENTO

2.2.3 AUDIT A SEGUITO DI VARIAZIONI

2.2.4 L'AUDIT PER LA CONFERMA DELL'ACCREDITAMENTO (FASE TRANSITORIA)

2.3 LA PERIODICITÀ DEGLI AUDIT

### 3. DESCRIZIONE DEL PROCESSO DI AUDIT

3.1 PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELL'AUDIT

3.1.1 PIANO DI AUDIT

3.2 ORGANIZZAZIONE ED ESECUZIONE DELL'AUDIT

3.2.1 ASSEGNAZIONE GRUPPO AUDIT

3.2.2 RIESAME DELLA DOCUMENTAZIONE IN POSSESSO

3.2.3 SVOLGIMENTO DELL'AUDIT

3.3 CONDUZIONE DI AZIONI SUCCESSIVE ALL'AUDIT



### 1. PREMESSA

Le presenti linee guida sono riferite al “nuovo modello operativo” per l’accreditamento degli Organismi di Formazione ed Orientamento professionale, approvate dalla Regione Basilicata con la Delibera di Giunta n.927 del 10 Luglio 2012.



#### 1.1 SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità di pianificazione e gestione delle attività di audit a partire dall’esito positivo della fase di analisi documentale fino al termine delle attività di audit, comprese eventuali azioni a seguire.

La presente linea guida ha, inoltre, lo scopo di garantire la massima trasparenza amministrativa dell’intero processo, ovvero la totale accessibilità, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali dell’amministrazione, delle informazioni concernenti ogni aspetto del processo di accreditamento, delle disposizioni adottate, nonché della modulistica utilizzata. Ciò anche al fine di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità di trattamento. Principio essenziale della costituzione (*articolo 117, secondo comma, lettera m*).

#### 1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

Principali riferimenti normativi di cui al presente manuale:

- **UNI EN ISO 19011:2012**- Linee guida per gli audit di sistemi di gestione
- **DGR n.927 del 10 Luglio 2012** - Disposizioni per l’accreditamento dei organismi che svolgono attività di formazione e di orientamento

#### 1.3 TERMINI E DEFINIZIONI

**Audit:** Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere **evidenze** e valutare con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i **criteri dell’audit** sono stati soddisfatti.

**Criteri dell’audit:** Insieme di politiche, procedure o requisiti. I criteri dell’audit sono utilizzati come riferimento rispetto a cui si confrontano le **evidenze dell’audit**.

**Evidenze dell’audit:** RegISTRAZIONI, dichiarazioni di fatti o altre informazioni, che sono pertinenti ai **criteri dell’audit** e verificabili.



**Risultanze dell'audit:** Risultati della valutazione delle **evidenze dell'audit** raccolte rispetto ai criteri dell'audit.

**Conclusioni dell'audit:** Esito di un audit fornito dal **gruppo di audit** dopo aver preso in esame gli obiettivi dell'audit e tutte le **risultanze dell'audit**.

**Responsabile del Servizio:** Figura individuata dal Dirigente del dipartimento di formazione della Regione Basilicata, responsabile del processo di organizzazione dell'Audit.

**RGA:** Responsabile del Gruppo di Audit. E' sempre un funzionario della Regione Basilicata.

**Auditor:** Persona che ha la competenza per effettuare un audit.

**Gruppo di audit:** RGA ed uno o più auditor che eseguono un audit.

**Piano di audit:** Descrizione delle attività e delle disposizioni per la conduzione di un audit

**Competenza:** Dimostrate caratteristiche personali e dimostrata capacità di saper utilizzare conoscenze ed abilità.

**Non Conformità:** Non soddisfacimento di un requisito del dispositivo di accreditamento.

**Azione Correttiva:** Azione intrapresa per eliminare la causa della non conformità al fine di prevenire il ripetersi.

**Organismo:** soggetto pubblico o privato che, indipendentemente dalla propria natura giuridica, abbia tra i propri scopi e fini istituzionali espressamente dichiarato l'attività di formazione e/o di orientamento

**Sede Operativa:** Struttura rispettante i requisiti tecnico-logistici richiesti dalla DGR n. 927/2012, oggetto di accreditamento.



### 2. GLI AUDIT

#### 2.1 SCOPO DELL'AUDIT

L'audit è la visita in loco volta a verificare la veridicità delle informazioni fornite nella documentazione allegata alla domanda ed il possesso dei requisiti necessari per ottenere l'Accreditamento regionale nel rispetto della normativa vigente.



Pertanto, lo scopo dell'audit per l'accREDITAMENTO è quello di:

- verificare la corrispondenza tra quanto dichiarato nella domanda di accreditamento e quanto riscontrabile presso la sede operativa;
- verificare la sussistenza ed il mantenimento dei requisiti di idoneità e qualità richiesti dal sistema regionale di accreditamento degli organismi di formazione ed orientamento professionale (DGR n.927/2012).

#### 2.2 TIPOLOGIE DI AUDIT

##### 2.2.1 L'AUDIT PER IL PRIMO RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO

Gli OdF che intendono accreditare una sede operativa devono rispettare l'iter previsto al paragrafo 6.2 dell'Allegato 1 alla DGR n.927/2012. A positiva conclusione del processo di analisi documentale condotto dall'Ufficio regionale competente viene pianificato, dallo stesso ufficio, l'audit presso la sede dell'organismo che chiede l'accREDITAMENTO.

##### 2.2.2 L'AUDIT A SEGUITO DEL MANTENIMENTO DELL'ACCREDITAMENTO

Durante il periodo di validità dell'accREDITAMENTO, l'OdF è tenuto ad aggiornare telematicamente la documentazione, in conformità a quanto stabilito al paragrafo 6.2 dell'Allegato 1 alla DGR n.927/2012. L'ufficio regionale competente provvede a verificare la documentazione e l'esito positivo dell'istruttoria conferma il mantenimento dell'accREDITAMENTO.

Annualmente, l'ufficio regionale competente effettua audit in loco su un campione di OdF che hanno utilizzato la funzione di mantenimento e la cui istruttoria ha avuto esito positivo.

##### 2.2.3 AUDIT A SEGUITO DI VARIAZIONI

Qualora, durante il periodo di validità dell'accREDITAMENTO, intervengano variazioni ai requisiti



dell'accREDITAMENTO, l'Ufficio regionale competente si riserva di effettuare audit a campione per la verifica della permanenza delle condizioni di accREDITAMENTO, ovvero del rispetto delle soglie minime previste per i vari requisiti.

### 2.2.4 L'AUDIT PER LA CONFERMA DELL'ACCREDITAMENTO (FASE TRANSITORIA)

Gli OdF già accREDITATI presso la Regione Basilicata secondo le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 2587/2002 e 574/2010, devono attenersi a quanto specificato al punto 16.2 di cui all'Allegato 1 alla DGR n.927/2012, ovvero devono presentare nuova domanda di accREDITAMENTO entro il 27.02.2013 completa della documentazione richiesta negli allegati alla delibera. A positiva conclusione del processo di analisi documentale, l'ente sarà soggetto ad audit in loco per la verifica del possesso di tutti i requisiti richiesti.

### 2.3 LA PERIODICITÀ DEGLI AUDIT

A cadenza triennale dalla prima concessione dell'accREDITAMENTO viene effettuato dall'Ufficio regionale competente un audit in loco.

La regione Basilicata si riserva di effettuare Audit per ragioni specifiche anche attinenti la corretta gestione delle attività formative/orientative, nonché audit periodici a campione o "mirati" in caso di necessità, a giudizio della stessa Amministrazione Regionale, da effettuarsi anche senza preavviso all'Organismo. Tali audit sono effettuati sulla base di un campionamento annuale, individuato dall'Ufficio regionale competente.



### 3 . DESCRIZIONE DEL PROCESSO

#### 3.1 PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELL'AUDIT

Ad esito positivo del processo di analisi documentale della domanda di accreditamento segue l'audit presso la sede operativa dell'organismo.

##### 3.1.1 PIANO DI AUDIT

Il responsabile del servizio, secondo il carico di lavoro dei gruppi di Audit, procede a pianificare e ad inviare il piano di audit - "Mod Acr02", precedentemente approvato e firmato dal Dirigente dell'Ufficio regionale competente, all'organismo almeno 7 giorni lavorativi prima della data pianificata.

Il piano di audit contiene tra l'altro:

- i requisiti da sottoporre a verifica (*criteri dell'audit*) e i documenti di riferimento;
- la data ed il luogo ove si devono attuare le attività di audit;
- l'identificazione del rappresentante dell'organismo oggetto dell'audit, con la richiesta della sua presenza e/o persona delegata per suo nome a rappresentare l'organismo;
- gli aspetti soggetti a vincoli di riservatezza.

Con la ricezione del piano di Audit l'organismo ha la possibilità di:

- accettare l'Audit nella data proposta;
  - richiedere uno spostamento della data proposta, comunque non superiore a 30 giorni e per una ed una sola volta.
  - rifiutare l'Audit, nel qual caso la domanda di accreditamento oggetto di esame termina con esito negativo.
- Scegliendo l'opzione 1 (accettazione data audit) del "Mod Acr02", l'organismo accetta la visita di audit alla data ed all'ora indicati nel modulo stesso. Il Responsabile del Servizio, dopo aver ricevuto il modulo opportunamente compilato, comunica all'organismo, a mezzo e-mail, i nominativi dei valutatori due giorni prima dell'audit.
- Scegliendo l'opzione 2 (richiesta posticipo visita di audit) del "Mod Acr02", l'organismo esprime la propria volontà di rimandare la visita di audit. Tale facoltà è esercitabile per una sola volta. Tale opzione comporta la necessità per l'organismo di produrre, contestualmente alla richiesta di posticipo, opportuna documentazione comprovante le motivazioni della richiesta stessa. In tal caso, il Responsabile del Servizio provvede a ripianificare l'audit in loco.
- Scegliendo l'opzione 3 (rinuncia) del "Mod Acr02", l'organismo esprime la propria volontà a rinunciare all'accreditamento per la sede operativa oggetto della visita di audit. In seguito a





tale scelta, l'organismo è tenuto ad inviare mediante una comunicazione scritta, indirizzata alla Regione la rinuncia alla partecipazione all'iter di accreditamento per la sede operativa oggetto di audit.

**Nota:** Le opzioni contenute nel modulo di conferma sono autoescludenti.

Entro 3 giorni lavorativi dalla data di ricezione, l'organismo è tenuto ad inviare il modello "Mod Acr02" opportunamente compilato e riportante la scelta effettuata. In caso di mancata ricezione, il Responsabile del Servizio riterrà accettato il Piano di Audit e la data proposta.

### 3.2 ORGANIZZAZIONE ED ESECUZIONE DELL'AUDIT

Ad accettazione del piano di Audit, il Responsabile del Servizio avvia il processo di organizzazione ed esecuzione dell'Audit.

#### 3.2.1 ASSEGNAZIONE GRUPPO AUDIT

Il Dirigente dell'Ufficio regionale competente designa il gruppo di audit, composto da due o più unità, e nomina il Responsabile del Gruppo di Audit (RGA).

Il Gruppo di Audit è così composto:

- dal RGA nella persona del Funzionario del dipartimento di formazione della Regione;
- almeno un esperto in materia di Accreditamento degli OdF e nella conduzione degli Audit. L'esperto potrà essere anche un consulente esterno incaricato dalla Regione.

Il Dirigente dell'Ufficio regionale competente verifica che gli auditor costituenti il gruppo di audit abbiano le conoscenze e le competenze necessarie, affinché possano perseguire con efficacia ed efficienza lo scopo dell'audit.

Gli auditor designati non devono trovarsi in situazioni di conflitto di interesse (come ad esempio nel caso di un membro del gruppo di audit che sia stato in precedenza dipendente dell'organismo oggetto dell'audit o gli abbia fornito servizi di consulenza). Se persistono tali ragioni devono essere comunicate dall'auditor designato al responsabile del servizio che procede a sostituirlo.

Gli auditor designati devono sottoscrivere un modulo di [Assegnazione di incarico] - "Mod Acr01", nel quale dichiarano:

- la loro disponibilità a condurre l'audit,
- la non sussistenza di situazioni di conflitto di interesse,
- l'impegno di riservatezza, in attuazione del D.L.G. 196/03 sulla privacy.

Il gruppo di valutazione è imparziale e si astiene da qualsiasi azione arbitraria nei confronti dei soggetti titolari degli Organismi e da qualsiasi trattamento preferenziale. L'operato del gruppo non deve essere in alcun caso influenzato da pressioni indebite di qualsiasi tipo, né da interessi





personali e finanziari. Nell'esercizio delle sue funzioni, il gruppo di audit garantisce il principio della parità di trattamento dei soggetti valutati.

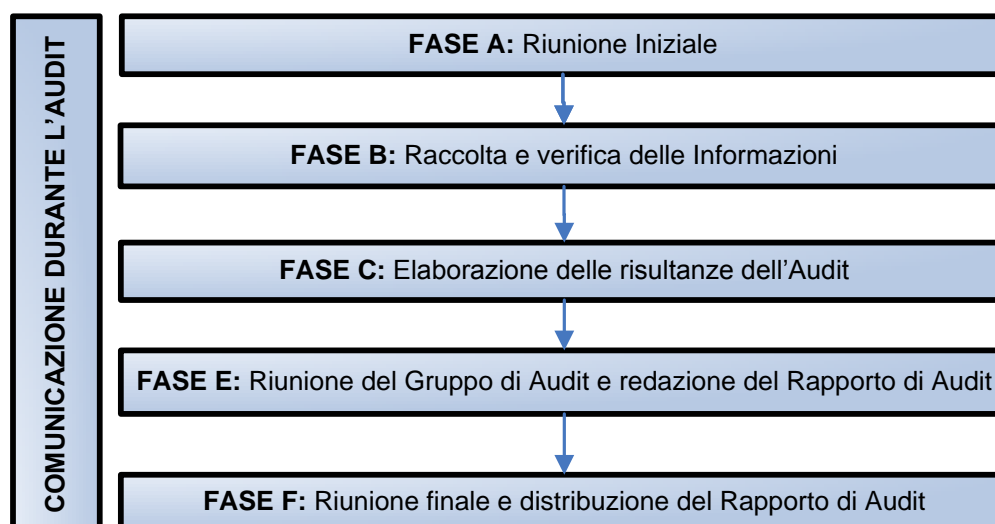
### 3.2.2 RIESAME DELLA DOCUMENTAZIONE IN POSSESSO

I componenti del gruppo di audit riesaminano in back office presso gli uffici regionali la documentazione pertinente agli incarichi ricevuti e predispongono i documenti di lavoro necessari alle attività di audit. Tali documenti di lavoro possono comprendere:

- eventuale copia dei documenti consegnati in fase di analisi documentali ritenuti critici (atto costitutivo, titolo di utilizzo, planimetria della sede);
- eventuali note sull'esito della valutazione documentale.

### 3.2.3 SVOLGIMENTO DELL'AUDIT

Il processo di Audit può essere così schematizzato:



Durante l'audit, il responsabile del gruppo di audit comunica periodicamente il progredire dell'audit ed eventuali problemi all'organismo ed al responsabile del servizio, se opportuno. Le evidenze raccolte nel corso dello svolgimento dell'audit che indichino un rischio immediato e significativo sono riportate senza ritardo all'organismo e, quando opportuno, al responsabile del servizio.

#### A. RIUNIONE INIZIALE

Il responsabile del Gruppo di Audit (RGA) presiede una riunione iniziale con il legale rappresentante dell'organismo o suo delegato avente ad oggetto:

- a) Presentare il gruppo di valutazione;
- b) Registrare i nominativi dei partecipanti;



- c) Confermare il piano dell'audit;
- d) Fornire una breve sintesi di come verranno eseguite le attività di audit;
- e) Confermare i canali di comunicazione;
- f) Offrire all'organizzazione oggetto dell'audit l'opportunità di porre domande;
- g) Richiedere conferma delle informazioni riportate nella domanda di accreditamento e stato di vigenza della documentazione allegata;
- h) Illustrare l'iter di accreditamento post audit;
- i) Illustrare i criteri e modalità di registrazione e classificazione di eventuali non conformità e/o osservazioni;
- j) Illustrare le modalità di risoluzioni delle eventuali non conformità;
- k) Illustrare l'informativa sulla riservatezza, da parte dei Valutatori, su tutto quanto visionato durante la visita di audit;
- l) Richiedere conferma situazione logistica (sistemazione dei valutatori negli uffici, aule da visionare, spostamenti, etc.);
- m) Spiegare tempi e scopi incontro di chiusura.

### B. RACCOLTA E VERIFICA DELLE INFORMAZIONI

Le informazioni necessarie per perseguire lo scopo dell'audit sono raccolte mediante opportuno campionamento.

Solo le informazioni verificabili possono costituire evidenze dell'audit e devono essere registrate.

Le evidenze dell'audit sono basate su campioni delle informazioni disponibili.

I metodi per raccogliere informazioni comprendono:

- interviste;
- verifica dello stato dei luoghi della sede operativa in esame, che comprende in modo non esaustivo:
  - la conformità della planimetria e degli ambienti indicati,
  - la conformità delle strumentazioni e le attrezzature dei laboratori,
  - l'adeguatezza e la conformità degli spazi,
  - il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) e in materia di abbattimento/superamento delle barriere architettoniche
  - riesame dei documenti (es. Curriculum Vitae, contratti di lavoro, etc.);

Le interviste sono uno dei mezzi importanti di raccolta di informazioni e sono eseguite in maniera che si adattino alla situazione ed alla persona intervistata.

Tuttavia, l'auditor è tenuto a considerare quanto segue:

- a) le interviste devono essere rivolte a persone di opportuni livelli e funzioni che eseguono attività o compiti nell'ambito dello scopo dell'audit;



- b) deve essere fatto ogni sforzo per mettere la persona che viene intervistata a proprio agio prima e durante l'intervista;
- c) devono essere spiegate le ragioni dell'intervista e di ogni annotazione presa;
- n) i risultati delle interviste devono essere sintetizzati e riesaminati con la persona intervistata;
- o) le persone intervistate devono essere ringraziate per la loro partecipazione e per la loro cooperazione.

### C. ELABORAZIONE DELLE RISULTANZE DELL'AUDIT

Ciò che è stato posto in evidenza dall'audit viene valutato a fronte dei relativi criteri per dar luogo alle risultanze dell'audit. Le risultanze dell'audit possono indicare sia conformità o non conformità a fronte dei criteri dell'audit che raccomandazioni (ovvero spunti di miglioramenti). Le non conformità sono riesaminate con l'organismo oggetto dell'audit per ottenere consapevolezza che le evidenze dell'audit siano accurate e che le non conformità siano capite.

Le non conformità (NC), sono sostanzialmente di due tipi:

- **Essenziali:** assenza del legale rappresentante o di un suo delegato; mancata accettazione della seconda data proposta per audit; destinazione d'uso dei locali da accreditare difforme alla planimetria presentata; superfici e spazi inferiori ai minimi previsti dalla delibera; dotazione, arredi e tecnologia didattica, per numerosità o tipologia, gravemente difforme da quanto previsto in delibera; mancato abbattimento/superamento delle barriere architettoniche;
- **Marginali:** difformità della documentazione visionata rispetto a quanto dichiarato nella domanda di accreditamento.

**Le non conformità essenziali non sono sanabili tramite azioni correttive da parte dell'organismo e la loro presenza causa il rigetto della domanda di accreditamento.**

Deve essere fatto ogni tentativo per risolvere eventuali divergenze di opinione relative alle evidenze e/o alle risultanze dell'audit e i punti non risolti devono essere registrati.

### D. RIUNIONE DEL GRUPPO DI AUDIT

Il gruppo di audit, al termine dell'audit, si consulta prima dell'incontro di chiusura per:

- a) riesaminare le risultanze dell'audit;
- b) concordare le conclusioni dell'audit, tenendo conto dell'incertezza inerente il processo;
- c) formalizzare le raccomandazioni;
- d) discutere sulle azioni successive da intraprendere;
- e) redigere il [verbale di audit] - **“Mod Acr03”**. Il verbale è redatto attraverso il sistema informativo che consente l'immissione dei dati e la stampa in formato .pdf. In attesa



dell'attivazione del sistema informativo, il verbale è redatto in cartaceo.

### E. RIUNIONE FINALE E DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

L'ultima attività dell'audit sul posto è la riunione finale, presieduta dal responsabile del gruppo di audit, per presentare le risultanze e le conclusioni dell'audit in maniera tale che queste siano conosciute e comprese da parte dell'organismo e per comunicare il periodo di tempo da concedere all'organizzazione stessa per la risoluzione delle eventuali non conformità. Tra i partecipanti alla riunione finale devono essere compresi gli attori registrati nella riunione iniziale ed il legale rappresentante (o suo delegato).

Nella riunione finale sono discusse, e se possibile risolte fra il gruppo di audit e l'organismo oggetto dell'audit, eventuali divergenze di opinioni relative alle risultanze e/o alle conclusioni dell'audit. Se non risolte, tutte le opinioni sono registrate sul rapporto stesso.

Eventuali raccomandazioni emerse non sono vincolanti.

In tale sede viene anche distribuito il verbale di audit "Mod Acr03" firmato dai partecipanti alla riunione.

### 3.3 CONDUZIONE DI AZIONI SUCCESSIVE ALL'AUDIT

Le conclusioni dell'audit possono indicare l'esigenza di azioni correttive, dovute a presenze di non conformità marginali. Tali azioni sono effettuate dall'organismo oggetto dell'audit secondo tempistiche definite e non sono considerate come facenti parte dell'audit. L'inoltro della documentazione per la chiusura delle non conformità avviene telematicamente attraverso il sistema informativo (in attesa dell'attivazione, l'inoltro è cartaceo).

A seguito della ricezione delle evidenze oggettive presentante per la risoluzione delle non conformità, il RGA verifica l'efficacia delle stesse, che se positiva consente la chiusura delle non conformità, diversamente richiede ulteriori riscontri. La mancata o incompleta chiusura delle non conformità nei tempi assegnati comporta la sospensione o revoca dell'accreditamento.



Al termine del processo viene chiuso il rapporto di audit e consegnato in originale dal RGA al responsabile del servizio.

