

| | | | | | | |
|---|--|--------------|----------------|---------------|------------------|------------------|
| PRELIMINARE | STAGE 2 | SORVEGLIANZA | RINNOVO | SUPPLEMENTARE | ESTENSIONE | RIDUZIONE |
| ORGANIZZAZIONE | IPAB CASA ALBERGO ANZIANI | | | | | LINGUA: Italiano |
| INDIRIZZO | VIA DEL SANTUARIO 31 LENDINARA RO | | | | | |
| NORMA | UNI EN ISO 9001: 2015 - UNI 10881:2013 | | | | SETTORE EA 38 | |
| Oggetto della certificazione (se modificato rispetto all'incarico motivare a pag. 2) | | | | | | |
| Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali residenziali rivolti ad anziani autosufficienti e non, persone affette da grave deterioramento cognitivo o da patologia terminale. | | | | | | |

SINTESI DEI REQUISITI VERIFICATI E DEI RILIEVI RISCONTRATI

| |
|--|
| 1) Requisiti verificati: tutti |
| 2) Sintesi rilievi: n° OSSERVAZIONI: 0, n° NON CONFORMITÀ: 0 n° NON CONFORMITÀ MAGGIORI: XX |
| 3) Rispetto del Regolamento per la Certificazione: SI/ (motivare...) |
| 4) Riserve dell'organizzazione: NESSUNA/ |
| NB: La Direzione UNITER può modificare entro 15 giorni il presente rapporto attraverso una comunicazione |

LIVELLO DI MATURITÀ ED EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE

| LIVELLO | NOTE | C/R | IS | IIS |
|-------------|---|-----|----|-----|
| ALTO | Il Sistema è utilizzato come principale leva competitiva per migliorare i processi e le performance aziendali | X | | ⊗ |
| BUONO | Il Sistema è utilizzato per migliorare i processi e le performance aziendali | | | |
| SUFFICIENTE | Il Sistema è utilizzato correttamente pur non riuscendo a sfruttare a pieno le potenzialità di miglioramento | | | |
| SCARSO | Il Sistema non è applicato in modo da risultare conforme ai requisiti della norma | | | |

NOTE

- La durata dell'audit in termini di giorni/uomo è stata congruente con quanto previsto dal piano dell'audit: **SI** (motivare nelle Note a pag. 2 in caso di mancata congruenza)
- Gli obiettivi dell'audit sono stati raggiunti: **SI** (motivare nelle Note a pag. 2 in caso di mancato raggiungimento)

PRESENTI ALLA RIUNIONE FINALE

| ORGANIZZAZIONE (nome e funzione) | UNITER (nome e ruolo) |
|----------------------------------|-----------------------|
| Vedi foglio firme | CRISTINA SIDELI RGA |
| | FRANCESCA BESCO VAL |
| | |
| | |

ALTRI MEMBRI DEL GRUPPO DI AUDIT NON PRESENTI ALLA RIUNIONE FINALE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Il presente rapporto nelle pagine da 1 a 3 è consegnato all'organizzazione da RGA che lo trasmetterà ad UNITER in formato elettronico

| | |
|---|---|
| RGA Dott. Cristina Sideli <small>(professione disciplinata ai sensi della L. 4/2013)</small>  | TIMBRO E FIRMA RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE  IL DIRETTORE Demiano Martovani  |
|---|---|

CASA ALBERGO PER ANZIANI DI LENDINARA

Prot. n. **5025** Perv. il **25 OTT. 2018**

| | |
|---|-------------------------------------|
| PRESIDENTE + CDA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| DIREZIONE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SEGRETERIA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PERSONALE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| RAGIONERIA / INCASSI | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TECNICO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SOCIALE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SOCIO ASSISTENZIALE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| QUALITÀ / PROGETTUALITÀ / FORMAZIONE / U.R.P. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ALTRO | <input type="checkbox"/> |

SINTESI DELL'AUDIT

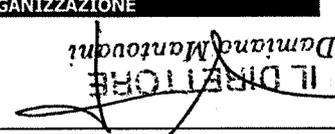
(Esplicitare per gli elementi sotto riportati gli esiti della verifica. Se necessario riportare i processi, le attività, le sedi, le funzioni, i servizi ed i prodotti che, in base agli esiti dell'audit, devono essere considerati prioritari nella pianificazione e conduzione dell'audit successivo)

- MODIFICHE ALL'OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE/SETTORE IAF: **L'attività di Hospice non è esclusivamente rivolta a malati neoplastici e non è presente all'interno dell'Organizzazione un nucleo specificamente dedicato alla disabilità degli adulti. (in corso di attivazione, non valutabile al momento dell'audit). Si è pertanto condivisa la necessità di modificare l'oggetto della certificazione circoscrivendolo alle attività core della Casa Albergo/hospice**
- ESAME DOCUMENTALE ESEGUITO: (indicare i documenti visionati o allegare elenco e specificare il livello di completezza) (solo per audit di rinnovo/estensione – ove previsto) REVISIONATA DOCUMENTAZIONE IN OTTICA DI RINNOVO 9001:2015
- REQUISITI ESCLUSI E GIUSTIFICAZIONE ACCETTABILITÀ (oltre alle esclusioni dei punti della norma, in questa sezione devono essere segnalati anche eventuali processi non coperti da Sistema e da certificazione): TUTTI ad esclusione punto 5 UNI 10881 Progettazione servizi innovativi
- PROCESSI IN OUTSOURCING (se esistono, indicare quali sono, le ragioni - competenza o strategia - e come sono pianificati e tenuti sotto controllo): ristorazione, lavano pulizie manutenzione, approvvigionamento infermieri turno notte e FKT.
- SEDI/FILIALI DA RIPORTARE SUL CERTIFICATO E SUCCESSIVE MODIFICHE (specificare indirizzi o fare riferimento ad elenco allegato o indicare se vi sono state variazioni rispetto a quanto coperto dal certificato): solo sede
- ASPETTI DA APPROFONDIRE NEL CORSO DEL PROSSIMO AUDIT (indicare le attività/processi/i requisiti della norma da analizzare prioritariamente nell'audit successivo incluse eventuali attività svolte in turni notturni): Comunicazione verso l'esterno. Clima organizzativo.
- PRESENZA TURNO NOTTURNO: /NO
- NOTE/INFORMAZIONI DA SEGNALARE (indicare eventuali attività svolte in turno notturno e le eventuali motivazioni per variazioni rispetto al piano di audit – inclusa la durata -, eventuali motivazioni per il mancato raggiungimento degli obiettivi dell'audit): la presenza di operatori in turno notturno si limita alla sorveglianza. Nei soggiorni in cui è presente infermiere h24 non si svolgono di notte attività peculiari rispetto al giorno. Non necessario campionamento.
- CHIUSURA RILIEVI AUDIT PRECEDENTE (specificare quali sono i rilievi rimasti aperti e riproposti tra quelli emersi nell'audit precedente e quelli che non sono stati accolti dall'organizzazione): LO SCORSO ANNO NON SONO STATE VERBALIZZATE OSSERVAZIONI

ATTIVITÀ RICHIESTE

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> SCHEDA RILIEVI E AZIONI CORRETTIVE (MC08) <input type="checkbox"/> AUDIT SUPPLEMENTARE <input type="checkbox"/> ESAME DOCUMENTAZIONE REVISIONATA (*) <input type="checkbox"/> INVIO AD UNITER DELLE SEGUENTI EVIDENZE OGGETTIVE: (*) | RIFERIMENTO ALLE SCHEDE RILIEVI N° inviare solo per Non Conformità | SCADENZA Entro 5 gg dall'audit vedi prospetto cronologico |
|---|---|---|

(*) SPECIFICARE SE L'ATTIVITÀ DEVE ESSERE SVOLTA PRIMA O DOPO IL COMITATO DI CERTIFICAZIONE

| | |
|--|---|
| RGA Dott. Cristina Sidell <small>(professione disciplinata ai sensi della L. 4/2013)</small>  | TIMBRO E FIRMA RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE   |
|--|---|

| LEGENDA SIMBOLI Tipologia verifica | | I SOVRVEGLIANZA | | II SOVRVEGLIANZA | | I SUPPLEMENTARE | | II SUPPLEMENTARE | | RINNOVO | |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| ATTIVITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE | DATA AUDIT /EFFETTUATO | DATA AUDIT PREVISTO/EFFETTUATO | DATA AUDIT PREVISTO | DATA AUDIT PREVISTO | DATA AUDIT PREVISTO | DATA AUDIT PREVISTO |
| C = verifica in cantiere F = verifica della filiale D = verifica presso la sede delle registrazioni inerenti le attività svolte in cantiere S = verifica presso la sede | 23 e 24 10 2018 | Ottobre 2019 | OTTOBRE 2020 | | | | | | | | |
| Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali rivolti Ad anziani auto sufficienti e non, gravi deficit cognitivi | Sede- Soggiorno Dalla Soggiorno Rosa Soggiorno Iris | CAMPIONAMENTO SOGGIORNI | CAMPIONAMENTO SOGGIORNI | | | | | | | | |
| Persone affette da patologia terminale | Hospice Casa del Vento Rosa | | HOSPICE | | | | | | | | |

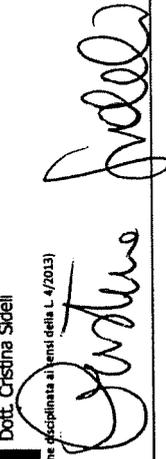
Note:

- riportare sul prospetto in corrispondenza delle singole attività dell'organizzazione i dettagli delle specifiche commesse, corsi, ecc. verificati nel corso dell'audit per tutte le tipologie d, c, s, f. la registrazione deve avvenire riportando ad esempio c: commessa xy; d: commessa abc, s: corso "titolo", ecc;
- Indicare nel prospetto tutte le date degli audit svolti nel ciclo di certificazione in corso e quella dell'audit successivo programmato
- la prima sorveglianza del primo ciclo deve tassativamente essere programmata entro i 12 mesi successivi alla delibera sul rilascio della certificazione
- la data da indicare deve tassativamente essere programmata entro i tre mesi precedenti la scadenza del certificato

RG

Dot. Cristina Sideli

(professione disciplinata ai sensi della L. 4/2013)



TIMBRO E FIRMA RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE




| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Organizzazione | IPAB CASA ALBERGO | Cod. Audit | R064\IMP590\Q\6°\R\01 |
| Indirizzo | VIA DEL SANTUARIO LENDINARA | | |
| Data audit | 23 E 24 /10/2018 | Data di compilazione | 24/10/2018 |

PROSPETTO SINTETICO DELLE OSSERVAZIONI

DESCRIZIONE (tra parentesi riportare il requisito e la norma di riferimento)

1. ISO 9001:2015 -5.2 : Si raccomanda di inserire in Politica Qualità l'impegno dell'Organizzazione a soddisfare i requisiti applicabili (ISO 9001, UNI 10881 e Marchio Qualità Benessere) e di renderla maggiormente disponibile a tutte le parti interessate rilevanti.
2. ISO 9001:2015 -7.4: Si raccomanda di determinare con maggior chiarezza il flusso della comunicazione verso l'esterno (ad esempio, aggiornamento sito web).
3. ISO 9001:2015 – 9.1.3-6.1: Nell'ambito delle attività documentate messe in campo per la registrazione e gestione degli eventi avversi, si suggerisce di valutare i seguenti aspetti:
 - a. Pur nella dovuta implementazione delle attività di registrazione/segnalazione eventi da parte degli operatori, i percorsi di segnalazione evento di aggressione verso l'operatore e l'incidente a rischio biologico dovrebbero seguire iter differenti
 - b. Possibile implementazione di tecniche strutturate retrospettive di analisi delle cause radice degli eventi sentinella
 - c. Dare ulteriore rilievo alle attività di prevenzione degli eventi aggressivi
4. UNI 10881 – 4.14 ; ISO 9001:2015 9.1.3 : Si suggerisce di valutare l'opportunità di definire azioni correttive a fronte dell'andamento dei dati sul benessere organizzativo.
5. ISO 9001:2015 4.4.1: Si raccomanda di aggiornare con continuità il cruscotto indicatori (vedi ad esempio, Carta dei servizi) e rendere più immediatamente rintracciabili i risultati di andamento.
6. ISO 9001:2015 8.2; UNI 10881 4.4: Si raccomanda di descrivere con maggior grado di dettaglio la modalità di richiesta ed il costo dei servizi di accompagnamento alle visite nel territorio.

| | |
|---|--|
| Firma RGA <small>(professione disciplinata ai sensi della L. 4/2013)</small> | Timbro e Firma Organizzazione |
|  |  |

Note per l'organizzazione: In riferimento alle Osservazioni l'organizzazione, con la firma del presente modulo si impegna a valutarle, prenderle in carica e a dimostrare all'UNITER - **nel corso dell'audit successivo** - l'avvenuto recepimento. **Questa pagina non deve essere inviata all'UNITER.**

(SPAZIO DA COMPILARSI A CURA DI UNITER nel CORSO DEL SUCCESSIVO AUDIT)

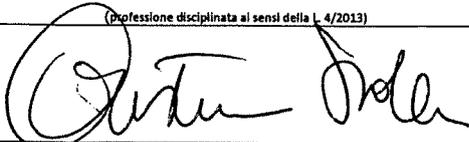
VERIFICA RECEPIMENTO OSSERVAZIONI

| | |
|--|------------------|
| | Data e Firma RGA |
|--|------------------|

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Organizzazione | IPAB CASA ALBERGO | Cod. Audit | R064\IMP590\Q\6°\R\01 |
| Indirizzo | VIA DEL SANTUARIO LENDINARA | | |
| Data audit | 23 E 24 /10/2018 | Data di compilazione | 24/10/2018 |

| | | | |
|-------------------|----------------------|------------------|---|
| RILIEVO n. | NORMA e PUNTO | TIPOLOGIA | NON CONFORMITÀ MINORE/NON CONFORMITÀ MAGGIORE |
|-------------------|----------------------|------------------|---|

Non rilevate non conformità

| | |
|---|--|
| Firma RGA <small>(Professione disciplinata ai sensi della L. 4/2013)</small>  | Timbro e Firma Organizzazione  |
|---|--|

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| CAUSA DELLA NON CONFORMITÀ | (il motivo che ha determinato la non conformità) | |
| | | |

| | | |
|---|--|----------------------|
| TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITÀ | (l'azione che elimina gli effetti della non conformità) | Attuazione entro il: |
| | | |

| | | |
|--|---|----------------------|
| AZIONE CORRETTIVA/AZIONE PREVENTIVA | (l'azione che tende ad eliminare la causa della non conformità/azione che tende al miglioramento)(specificare se AC <input type="checkbox"/> o AP <input type="checkbox"/>) | Attuazione entro il: |
| | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| Data, Timbro e Firma Organizzazione | | Firma UFFICIO TECNICO UNITER/RGA |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|

Note per l'organizzazione: Ogni pagina dei rilievi, una volta compilata, deve essere inviata ad UNITER timbrata e firmata, per fax (fax n. 06 5866309) o per e-mail uniter@uniter-italia.com entro 5 giorni lavorativi dalla data dell'audit.

! ATTENZIONE ! Senza l'impegno formale, UNITER non può rilasciare o mantenere la certificazione.

(SPAZIO DA COMPILARSI A CURA DI UNITER NEL CORSO DEL SUCCESSIVO AUDIT)

VERIFICA CHIUSURA

| | |
|--|------------------|
| | Data e Firma RGA |
|--|------------------|