MOD RAP GEN
RAPPORTO DI AUDIT DEL LEAD AUDITOR

ORGANIZZAZIONE: CASA DI CURA PRIVATA PARCO DEI TIGLI S.R.L.	EVENTUALE GRUPPO DI APPARTENENZA:	
SITO INTERNET: www.parcodeitigli.it	FATTURATO: 9.665.778 euro	ANNO: 2022

TEAM DI AUDIT

TLA	
Lead Auditor (Tl):	GARBELLI CLAUDIO
Norma di riferimento:	ISO 9001:2015
Tipo di Audit:	2° mantenimento
Registrazione n.:	78826
Auditor (A) (*):	
Auditor (B) (*):	
Auditor (C) (*):	
Auditor (D) (*):	
Auditor (E) (*):	
Auditor (F) (*):	
Osservatore (O):	
Esperto (E) :	
Altro:	

(*) In Caso di audit integrati specificare il/i Valutatore/i RGVI di norma

LISTA PRESENZE DEI RAPPRESENTANTI DELL'ORGANIZZAZIONE ALLA RIUNIONE DI CHIUSURA:

NOMINATIVO	POSIZIONE
Dr Giovanni Pilati	A.D.
Dr Roberto Toffanin	Direttore sanitario
Profssa Giulia Perini	Direttore scientifico
Dr Davide Mioni	RQ
Dssa Giulia Atzeni	Resp Amministrativo
Sigra Barbara Parrella	Ufficio tecnico

SITO/I - LUOGHI DI SVOLGIMENTO ATTIVITA' VISITATI:

IDENTIFICAZIONE SITO	TIPOLOGIA DI SITO (U/C) (*)	ATTIVITÀ SVOLTA (**)	DATA DI VISITA
Via Monticello 1 Teolo PD	U	PAI piano assistenza individuale	22.03.2023
"	U	Processo di ricovero presso degenze psichiatriche	22.03.2023

(*) INDICARE CON "U" LE UNITÀ OPERATIVE E CON "C" I CANTIERI/SITI TEMPORANEI.
(**) PER IL SETTORE FORMAZIONE INDICARE ANCHE IL TITOLO DEL CORSO, PER IL SETTORE EDILE IL TIPO DI OPERE.

NUMERO CANTIERI ATTIVI (ALLEGARE ELENCO):	
PER I CANTIERI E I MULTISITO, INDICARE I CRITERI SCELTI PER IL CAMPIONAMENTO:	

EVENTUALI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI DALL'ULTIMO AUDIT (ES. MODIFICHE ALL'ORGANIZZAZIONE O AI PROCESSI OPERATIVI):
/

VERIFICA DELLE SEGNALAZIONI CONTENUTE NEL PIANO DI AUDIT (MOD PRG)

☐ EFFICACE ☐ PARZIALMENTE EFFICACE ☐ NON EFFICACE ☒ NON APPLICABILE

EVENTUALI COMMENTI (OBBLIGATORIO NEL CASO DI RISPOSTA NON DEL TUTTO POSITIVA)

VERIFICA DELL'ATTUAZIONE E DELL'EFFICACIA DEL PIANO DI AZIONI CORRETTIVE E DELLA GESTIONE DELLE RACCOMANDAZIONI/CARENZE A SEGUITO DELL'AUDIT PRECEDENTE.

☐ EFFICACE ☒ PARZIALMENTE EFFICACE ☐ NON EFFICACE ☐ NON APPLICABILE

EVENTUALI COMMENTI (OBBLIGATORIO NEL CASO DI RISPOSTA NON DEL TUTTO POSITIVA)
E' stato avviato l'aggiornamento della documentazione di SGQ, in particolare procedure di sistema, e si rende utile mantenere questo impegno anche con l'acquisizione di una nuova collaborazione per l'Ufficio qualità (vedasi raccomandazione 1/CG precedente audi)

ESCLUSIONI DI AREE, SITI O PROCESSI DALL'OGGETTO DELLA /E CERTIFICAZIONE/I:
nessuna esclusione

MOTIVAZIONE:

1) L'ORGANIZZAZIONE HA IN CORSO PROCEDIMENTI GIUDIZIARI O AMMINISTRATIVI? (VEDI REG 01 PAR 7.4).

DICHIARA DI:

☒ NON AVERE PROCEDIMENTI IN CORSO ☐ AVERE PROCEDIMENTI IN CORSO

DESCRIZIONE (PROVVEDIMENTO, NATURA E STATO DEL PROCEDIMENTO, OGGETTO DELLA CONTESTAZIONE):

2) IL CONTENZIOSO HA DETERMINATO LA NECESSITA' DI AZIONI DI RISPOSTA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI GESTIONE?

☐ SI' ☐ NO

DESCRIZIONE (ANALISI DELLE CAUSE, TRATTAMENTO E AZIONI CORRETTIVE, RIESAME DI DIREZIONE):

VERIFICA DEL CORRETTO UTILIZZO DEL MARCHIO (COMPILAZIONE OBBLIGATORIA).

☒ ADEGUATO ☐ NON ADEGUATO ☐ NON APPLICABILE

EVENTUALI COMMENTI

IN CASO DI MODIFICHE AL PIANO DI AUDIT RISPETTO A QUANTO RIPORTATO NEL MOD PRG (OVE APPLICABILE) INDICARE LE VARIAZIONI:
/

VALUTAZIONE COMPLESSIVA SULLA CONFORMITA' ED EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE ANCHE IN RELAZIONE AI RISULTATI DELL'AUDIT PRECEDENTE.

I) GIUDIZIO COMPLESSIVO SULLA CONFORMITÀ DEL SISTEMA:
l'organizzazione mantiene il sistema gestione della qualità conforme alla Norma UNI EN ISO 9001:2015 e la capacità di ripresa post-epidemia COVID-19. La customer satisfaction conferma la valutazione positiva sull'assistenza fornita.

II) GIUDIZIO COMPLESSIVO SULLA CAPACITÀ DI ANALISI E GESTIONE DEI RISCHI E DELLE OPPORTUNITÀ:
la matrice di analisi del contesto e dei rischi aziendali è aggiornata e rappresenta il riferimento per le attività di processo anche per la valutazione dei rischi residui

III) PUNTI DI FORZA:
il controllo dei processi ed il cruscotto indicatori degli indicatori di attività e la relazione sul rischio clinico

IV) AREE, PROCESSI O ASPETTI DA MIGLIORARE:
vedasi raccomandazione rilevata

IN CASO DI AUDIT EFFETTUATO IN MODALITA' parzialmente REMOTA: (COMPILAZIONE OBBLIGATORIA)
STRUMENTI HARWARE E SOFTWARE CON CUI E' STATA CONDOTTA LA VERIFICA (INDICARE LA PIATTAFORMA ED ALTRI SUPPORTI UTILIZZATI)
Meet con condivisione dei documenti, non sensibili

GIUDIZIO COMPLESSIVO EFFICACIA DELL'AUDIT:
l'audit è stato condotto in modo efficace

SOLO PER RINNOVO

RIESAME DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL TRIENNIO DI CERTIFICAZIONE (DOCUMENTO DI RIFERIMENTO: QUADRO RIEPILOGATIVO E RAPPORTI PRECEDENTI)

☐ ADEGUATO ☐ DA MIGLIORARE

EVENTUALI COMMENTI (OBBLIGATORIO NEL CASO DI RISPOSTA NON COMPLETAMENTE POSITIVA):

RACCOMANDAZIONI

(SI TRATTA DI MIGLIORAMENTI DEL SISTEMA BASATI SU EVIDENZE OGGETTIVE E CORRELATI AI PUNTI DELLA NORMA DI RIFERIMENTO, CHE DEVONO ESSERE ANALIZZATI E GESTITI DALL'ORGANIZZAZIONE).

NOTA: SEZIONE NON PROTETTTA

N.	NORMA E REQUISITO UNI EN ISO 9001:2015	DESCRIZIONE (EVENTUALI EVIDENZE E/O AREE DI APPLICAZIONE)
1/CG	8.1	Si dovrebbe migliorare la pianificazione in riferimento all'obiettivo di soddisfare i requisiti del processo di riabilitazione psichiatrica come da recente autorizzazione

NON CONFORMITA'

DALL'AUDIT EFFETTUATO DAL GRUPPO DI VALUTAZIONE SONO EMERSE:
- NON CONFORMITÀ MAGGIORI N.: /
- NON CONFORMITÀ MINORI N.: /

DESCRITTE IN N. MODULI DI NON CONFORMITÀ (MOD NCA) ALLEGATI.
(IN CASO DI AUDIT PER PIU' NORME SI CHIEDE DI SUDDIVIDERE LE NC IN FUNZIONE DELLE NORME AUDITATE)

COMMENTI ALLE NON CONFORMITA' (OBBLIGATORIO)

EVENTUALE NECESSITA' DI EFFETTUARE UN AUDIT SUPPLETIVO
(Il certificato non sarà rilasciato/rinnovato/esteso se non a seguito del superamento, con esito positivo, di tale audit)

☐ SI ☒ NO

EVENTUALE NECESSITA' DI EFFETTUARE UN AUDIT ADDIZIONALE
(Il certificato potrà essere rilasciato/rinnovato/esteso e sarà effettuato un audit che si aggiunge a quello annuale)

☐ SI ☒ NO

VEDASI REG. 01 PAR. 5.2.6 E 5.3

EVENTUALI COMMENTI

Si informa che nulla ricevendo da Certiquality entro 20 giorni lavorativi dalla presente verifica, i rilievi di audit si intendono confermati.
l'organizzazione si impegna a inviare al Lead Auditor il piano di azioni correttive (A.C.) per la risoluzione delle non conformità entro il (max 5 gg lavorativi dall'audit) e di completare le A.C. entro il (max 2 mesi, oltre i 2 mesi concordare con Certiquality).
L'organizzazione è invitata a presentare, a mezzo dei moduli MOD NCA, una descrizione dettagliata delle azioni che intende intraprendere per la risoluzione delle "non conformità" riscontrate e la data entro la quale si impegna a superare le "non conformità" stesse. successivamente, l'organizzazione documenterà a Certiquality che le azioni correttive dettagliate siano state tutte attuate entro i termini stabiliti e verificata la relativa efficacia.
La valutazione del GVI non è vincolante per l'istituto, sulla base delle risultanze dell'audit e della documentazione presentata, l'istituto esprimerà la propria valutazione e indicherà il termine per l'audit successivo e l'eventuale necessità di svolgere un audit suppletivo o addizionale questo audit è stato condotto verificando per campione l'attività e non si esclude l'esistenza di eventuali altri rilievi.
Il GVI comunica di aver sottoscritto l'impegno alla riservatezza per tutte le informazioni a carattere riservato acquisite nel corso dell'audit.

FANNO PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE RAPPORTO NR. _2_ ALLEGATI RAP

IL RESPONSABILE DELL'AUDIT (TL) NOME: dr claudio garbelli	IL REFERENTE DELL'ORGANIZZAZIONE (NOMINATIVO E POSIZIONE): dr davide mioni RQ	DATA: 22.03.2023
FIRMA	FIRMA	