



Management System Certification

Rapporto di Audit

Organizzazione:	SENIOR RESIDENCE S.r.l.		
Indirizzo Sede e siti auditati :	Via G.Servais,80 10146 TORINO		
Norma (e)/Ed. :	UNI EN ISO 9001:2000		
Rappresentante Organizzazione:	Sig.a Rosanna SIGNETTO	Data(e) dell' audit(s):	2007-12- 6 e 7
Codice EA:	38f;30	Codice NACE:	N.A.
Lead auditor:	Anna SAMPO'	Altri Componenti del GA :	//
Il presente rapporto è confidenziale e la sua distribuzione è limitata al GA, al Rappresentante del Cliente e alla SGS Italia			

1. Obiettivi dell'audit

Gli obiettivi dell'audit erano :

- ☐ Confermare che il sistema di gestione è conforme con i requisiti della norma di riferimento;
- ☐ Confermare che l'organizzazione ha effettivamente implementato il sistema di gestione pianificato;
- ☐ Confermare che il sistema di gestione è in grado di raggiungere gli obiettivi della politica stabilita.

2. Scopo della certificazione

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO SANITARI ED ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE, PER PERSONE ANZIANE AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI; EROGAZIONE DI SERVIZI DI TIPO ALBERGHIERO IN REGIME RESIDENZIALE

3. Evidenze dell'audit e conclusioni

Il Gruppo di Audit ha condotto un'audit sui processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento; il metodo ha utilizzato tecniche quali interviste, osservazioni di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni. L'audit è stato strutturato in accordo con il piano e la matrice di audit facenti parte integrante del presente rapporto e che dettagliano, unitamente alla Check-list, i processi specifici, attività e funzioni esaminati e loro interrelazioni.

Il Gruppo di Audit ha concluso che l'Organizzazione ha stabilito e/o mantenuto il suo Sistema di gestione in conformità con i requisiti della norma e dimostrato la capacità del sistema di raggiungere sistematicamente i requisiti per i prodotti o servizi in linea con lo scopo e gli obiettivi e politica dell'organizzazione.

Numero di non conformità identificate: **0 MAGGIORI** **2 MINORI**

Il Gruppo di Audit sulla base dei risultati del presente audit e sullo stato di sviluppo e maturità dimostrato dal sistema, propone che la certificazione del sistema di gestione, in riferimento allo scopo di certificazione sopra riportato, sia :

☐ Raccomandata ☒ Confermata ☐ Ritirata ☐ Sospesa

Nota: il presente rapporto è da ritenersi ufficiale a meno che la fase di valutazione delle risultanze dell'audit non comporti modifiche al risultato della stessa che saranno notificate da SGS SSC entro 60 gg. lavorativi dalla data dell'audit.

Riservato a SGS Italia – SSC Sigla e data di verifica del Rapporto :

Rif. n°:	QQA.NO.05.125.0/3	Data Rapporto:	2007-12-07	Tipo visita:	SORVEGLIANZA
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev. 2	Visita n°	3	Pag. n° 1 di 3

4. Risultati del precedente audit

I risultati dell'ultimo audit del presente sistema di gestione sono stati riesaminati, in particolare per assicurare la presa in carico e corretta implementazione delle non conformità identificate. Tale riesame ha portato alle seguenti conclusioni

- ☒ Ogni non conformità identificata nel precedente audit è stata risolta e le azioni correttive intraprese risultano efficaci.
- ☐ Il sistema di gestione non ha adeguatamente risolto le non conformità identificate nel corso del precedente audit e gli elementi specifici sono stati oggetto di nuove non conformità allegare al presente rapporto

5. Evidenze dell'Audit (giudizio complessivo espresso dal Gruppo di Audit rispetto ai requisiti delle norme di riferimento applicabili ; barrare le caselle non applicabili e riportare osservazioni e/o NC ove necessario)

SI	NO	NA	
☒	☐	☐	La documentazione del sistema di gestione ha dimostrato la conformità con i requisiti della norma di riferimento e risulta sufficientemente strutturata per supportare l'implementazione ed il mantenimento del sistema di gestione
☒	☐	☐	L'Organizzazione ha dimostrato un'effettiva implementazione e mantenimento/miglioramento del suo sistema di gestione
☒	☐	☐	L'Organizzazione ha dimostrato di disporre e perseguire appropriati obiettivi prestazionali e traguardi monitorandone i progressi ai fini del loro raggiungimento.
☒	☐	☐	Audit interni effettuati da personale competente e gestiti in modo efficace e commisurato all'Organizzazione
☒	☐	☐	Il processo di riesame della direzione ha dimostrato la capacità di assicurare la continua conformità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione
☒	☐	☐	I requisiti applicabili compresi quelli cogenti aventi influenza sulla qualità dei prodotti e/o servizi sono soddisfatti
☒	☐	☐	Adeguate gestione dei Reclami/incidenti e del marchio di certificazione

6. Non Conformità

In presenza di NC, con la firma del presente rapporto, l'Organizzazione accetta e si impegna a individuare e implementare le stesse nel rispetto dei tempi concordati tramite adeguate azioni correttive interne , in accordo con i requisiti normativi afferenti le azioni correttive e preventive e le relative registrazioni devono essere mantenute; eventuali riserve devono essere segnalate nel rapporto al punto 8. L'Organizzazione è invitata a presentare le proprie proposte a SGS Italia – SSC al fine di ottenerne l'approvazione di principio nel rispetto dei tempi di notifica riportati di seguito ed a margine dei moduli RAC.

Richieste di Azioni Correttive Maggiori

- ☐ Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Maggiori identificate devono essere messe in atto immediatamente con notifica sulle azioni intraprese ad SGS entro 30 gg. (15 gg. in caso di Audit di Sorveglianza / Rinnovo). Successivamente entro 90 gg. (30 gg. in caso di Audit di Sorveglianza/Rinnovo) verrà effettuata una visita addizionale della durata di 0 gg per confermare le azioni intraprese, valutare la loro efficienza e decidere se la certificazione può essere raccomandata o confermata.
- ☐ Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Maggiori identificate devono essere messe in atto immediatamente e le registrazioni con adeguati documenti a supporto inviati al Lead Auditor SGS per la loro chiusura entro 90 gg. (30 gg. in caso di Audit di Sorveglianza/Rinnovo); ciò comporterà un impegno addizionale pari a 0 gg.

Richieste di Azioni Correttive Minori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Minori identificate devono essere messe in atto **entro 6 mesi** con notifica sulle azioni proposte ad SGS **entro 90 giorni**.

La valutazione dell'effettiva attuazione ed adeguatezza delle azioni correttive minori implementate dall'Organizzazione verrà condotta nel corso della prossima visita di sorveglianza per confermare l'efficacia delle azioni intraprese.

Rif. n°:	QQA.NO.05.125.0/3	Data Rapporto:	2007-12-07	Tipo visita:	SORVEGLIANZA		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev. 2	Visita n°	3	Pag. n°	2 di 3	

7. Osservazioni Generali e opportunità per il miglioramento

Si raccomanda un'attenta analisi delle eventuali osservazioni presentate nel seguito al fine di prevenire l'insorgere di non conformità e/o di valutarle ai fini del miglioramento dell'attuale Sistema.

- 1) 4.2.3 Sarebbe opportuno rivalutare alcuni documenti operativi per allineare le descrizioni alle attività effettivamente svolte (ad esempio: modalità di taratura della bilancia pesa persone; tempi e metodi di aggiornamento del raccogliitore" documenti da allegare in caso di ricovero" presente nella cartella clinica di ogni ospite).
- 2) 8.2.4 Si raccomanda di pianificare attività di monitoraggio periodico relativamente ai lotti delle derrate alimentari pervenute in struttura.
- 3) 8.3 Sarebbe opportuno ottimizzare le attività inerenti il processo delle non conformità in modo da migliorare le registrazioni correlate ad attività di processo/ prodotto che deviano dalle procedure.

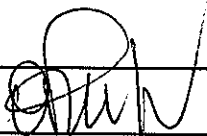
8. Lista di distribuzione Rapporto e allegati (moduli RAC citati alla pagina precedente)					
- originale : Rappresentante Organizzazione			copia: SGS Italia – SSC		
Lead Auditor (Nome e firma) : Anna SAMPO' Data : 2007-12-07			Rappresentante Organizzazione (Nome e Firma) : Sig.ra Rosanna SIGNETTO		

Rif. n°:	QQA.NO.05.125.0/3	Data Rapporto:	2007-12-07	Tipo visita:	SORVEGLIANZA	
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev. 2	Visita n°	3	Pag. n°	3 di 3

RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA – RAC MINORE

ORGANIZZAZIONE: SENIOR RESIDENCE S.r.l.			Rif.: QQA.NO.05.125.0/3	
VISITA N° 3	DEL 2007-12- 6 e 7	LEAD AUDITOR : Anna SAMPO'	RAC N° 1	DI 2
VISITE SORVEGLIANZA Semestrali Annuali		RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE : Sig.a Rosanna SIGNETTO		
REQUISITO : Identificazione e rintracciabilità		Doc. di riferimento / Rev. 2006	Norma Rif. /Ed. : UNI EN ISO 9001:2000 Punto: 7.5.3 Altro/Punto:	
RILIEVI EMERSI (descrizione non conformità): IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA' NON SEMPRE GARANTITA : Non sempre identificato ne' rintracciabile il medico compilatore della cartella clinica (Evidenza : cartella clinica 260 B Signora C.C.)				
FIRMA LA : 		DATA PROPOSTA DI CHIUSURA RAC MAGGIORE: //////////////		
PROPOSTA DI TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITA' :				
CAUSE DELLE NON CONFORMITA' E AZIONE CORRETTIVA PROPOSTA:				
FIRMA RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE:		DATA : 2007-12-07	FIRMA LA (accettazione proposte al termine audit)	
Spazio riservato a SGS Italia – SSC (accettazione proposte notificate dopo l'audit)				
FIRMA LA :		DATA:		
ESITO SULLA VERIFICA DI EFFICACIA E CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA RIPORTATA SU RAPPORTO DI AUDIT				
Tipo di Visita: SORVEGLIANZA	Notifica 3 MESI	Chiusura Visita Sorveglianza		

RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA – RAC MINORE

ORGANIZZAZIONE: SENIOR RESIDENCE S.r.l.			Rif.: QQA.NO.05.125.0/3	
VISITA N° 3	DEL 2007-12-6 e 7	LEAD AUDITOR : Anna SAMPO'	RAC N° 2	DI 2
VISITE SORVEGLIANZA Semestrali Annuali		RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE : Sig.a Rosanna SIGNETTO		
REQUISITO : Tenuta sotto controllo delle registrazioni		Doc. di riferimento / Rev. 2006	Norma Rif. /Ed. : UNI EN ISO 9001:2000 Punto: 4.2.4 Altro/Punto:	
RILIEVI EMERSI (descrizione non conformità): PROCESSO DELLEREGISTRAZIONI NON SEMPRE GESTITO IN FORMA CONTROLLATA (Registro infermieristico n° 5 2007 signora C.C Cam.260 B del 06.12.2007 che riporta registrazione di avvenuta "somministrazione" della terapia insulinica delle ore 12 in luogo di avvenuta " preparazione " della terapia stessa				
FIRMA LA : 		DATA PROPOSTA DI CHIUSURA RAC MAGGIORE: //////////////		
PROPOSTA DI TRATTAMENTO DELLE NON CONFORMITA' :				
CAUSE DELLE NON CONFORMITA' E AZIONE CORRETTIVA PROPOSTA:				
FIRMA RAPPRESENTANTE ORGANIZZAZIONE:		DATA : 2007-12-07	FIRMA LA (accettazione proposte al termine audit)	
Spazio riservato a SGS Italia – SSC (accettazione proposte notificate dopo l'audit)				
FIRMA LA :		DATA:		
ESITO SULLA VERIFICA DI EFFICACIA E CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA RIPORTATA SU RAPPORTO DI AUDIT				
Tipo di Visita: SORVEGLIANZA		Notifica 3 MESI	Chiusura Visita Sorveglianza	