

Rapporto di audit – Dati Cliente

| | | | |
|--|----------------------------------|--|-----|
| Azienda: | | OPERE SOCIALI SERVIZI S.p.A. | |
| Indirizzo Sede Legale: | | Via Paleocapa, 4/3 17100, Savona (SV) - | |
| Indirizzo Sede Operativa: | | Via Paleocapa, 4/3, 17100, Savona (SV) - | |
| Certificazione Multisite: | | Non applicabile | |
| N° d'ordine: | | A62624/E0100 | |
| IAF (ATA): | | Primario: 38D | |
| Scopo: | ISO 9001:2015 | Gestione integrata di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. | |
| | ISO 14001:2015 ISO 45001:2018 | Integrated management of social welfare and social health services. | |
| | UNI/PdR 125:2022 | | |
| Standard di riferimento: | | ISO 9001:2015 | |
| Variazione Dati Aziendali: | | Nessuna | |
| Requisiti normativi non applicabili: | | Elencare / - 8.3 | |
| Numero di addetti: | N° 165 | N. di addetti da offerta | 160 |
| Turni: | 1 / 2 / 3 | | |
| Processi in outsourcing: | | Nessuno / Elencare ... | |
| Criteri e obiettivi dell'audit: | | Determinazione della conformità ai requisiti degli Standard di riferimento, procedure di certificazione TUV Thüringen Italia S.r.l. e regolamenti applicabili. | |
| Persona di riferimento per l'Audit: | | Raffaella Carpo | |
| Tipo di audit: | | 1a SORV | |
| Data di audit: | | 12-13/02/2025 | |
| Siti esterni coinvolti (Luogo / Tipologia) | | Sito 1, Città SAVONA Loc. Santuario, Tipologia: RSA di mantenimento NOCETI Sito 2, Città SAVONA – Tipologia – Comunità alloggio ERCOLE | |
| Modalità di conduzione dell'Audit: | | <input checked="" type="checkbox"/> Sito <input type="checkbox"/> Sito e Remoto <input type="checkbox"/> Remoto | |
| Lead Auditor: | | Cervetti Stelvio | |
| Auditor: | | | |
| Esperto Tecnico / Osservatore / Auditor in addestramento: | | | |
| Altri documenti applicabili: | | <ul style="list-style-type: none"> - Programma di Audit (Allegato A) - Piano Temporale di audit (Allegato B) - Allegato/i al report - Modulo Rilievi / Riserve (Analisi e Piano d'Azione) (Allegato C) | |
| Risultato dell'audit: | | Il mantenimento del certificato è raccomandato. | |

13-02-2024

Data di chiusura report

13-02-2024

Data di accettazione

Dr. Stelvio Cervetti
Lead Auditor
SGO 9001:2015 - SGA 14001:2015 - SCR 45001:2018
TUV THÜRINGEN-ITALIA
Certificato registrato presso ITL n° 08-ISO9-20

Opere Sociali Servizi S.p.A.
Lead Auditor
Via Paleocapa, 4/3C
SAVONA

Rappresentante dell'Organizzazione

Il presente report è costituito da 12 paragrafi. È da ritenersi confermato se non pervengono comunicazioni dal CB di TUV Thüringen Italia entro 15 giorni calendariali dalla sua chiusura.

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

1 Valutazione complessiva del Sistema di gestione

A seguito dell'audit e tramite analisi dei documenti, verifica dei processi aziendali e campionamento delle attività aziendali, il sistema di gestione è risultato pienamente efficace:

- I requisiti per lo sviluppo e il mantenimento del sistema sono chiaramente soddisfatti;
- Il sistema di gestione è in grado di soddisfare i requisiti e di garantire il raggiungimento dei risultati attesi;
- L'analisi del contesto e la valutazione dei rischi sono coerenti con la realtà aziendale;
- La presenza di Leadership da parte dell'Alta Direzione è stata accertata tramite interviste, osservazione delle attività, analisi di documenti e registrazioni ed è stata riscontrata come effettiva;
- Responsabilità e autorità sono chiaramente stabilite e attuate;
- La Politica Integrata per la Qualità e Accreditamento è appropriata allo scopo, alle dimensioni, al contesto dell'organizzazione e alla natura specifica dei suoi rischi e opportunità, costituisce un quadro di riferimento per fissare gli obiettivi e comprende gli impegni richiesti dagli Standard SGQ;
- Sono stabiliti Obiettivi: coerenti con la politica, misurabili, monitorati, relativi ai requisiti applicabili, alla conformità dei prodotti / servizi ed all'aumento della soddisfazione del cliente, coerenti con i pericoli e relativi a rischi ed opportunità individuati;
- Le risorse aziendali sono gestite in modo efficace;
- I processi operativi, comprese le attività date in outsourcing, sono gestiti in modo efficace;
- La conduzione degli audit interni soddisfa pienamente i requisiti normativi;
- L'organizzazione garantisce la conformità legislativa SGQ;
- L'organizzazione soddisfa i suoi Obblighi Autorizzativi SGQ;
- Il riesame della direzione è effettuato in modo pienamente conforme ai requisiti normativi;
- Il processo di miglioramento continuo è pienamente attuato.

1.1 Scopo / Campo di Applicazione del Sistema:

Lo scopo indicato per il sistema di gestione è stato verificato attraverso i documenti forniti dall'organizzazione e attraverso verifica della sede ed è risultato applicabile.

Il campo di applicazione è coerente con le caratteristiche dell'Organizzazione e con i suoi rischi.

Il campo di applicazione SGQ considera tutti i tipi di prodotti e servizi coperti.

Il punto 8.3 "Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi" della UNI EN ISO 9001:2015 non trova applicazione nei processi realizzati da Opere Sociali e Servizi in quanto non vengono effettuate attività di progettazione e sviluppo del servizio, poiché i Piani di assistenza individuali degli ospiti della struttura sono elaborati sulla base di schemi previsti dalla ASL locale e tale attività viene considerata come pianificazione del servizio *in* conformità al p.to 8.1, 8.2, 8.5 della ISO 9001:2015, in conformità anche a quanto indicato nella ISO 15224:2017 inoltre ogni attività viene eseguita SOLAMENTE secondo quanto indicato in protocolli e linee guida riconosciute a livello nazionale o internazionale. Il Sestante non è un istituto di ricerca o sperimentazione.

2 Azioni correttive relative a carenze (St1) commenti, osservazioni o non conformità rilevate nel corso del precedente audit

I commenti rilevati nel corso del precedente audit sono stati analizzati e trattati.

3 Commenti, osservazioni o non conformità rilevate nel corso del presente audit

Sono stati riscontrati 2 commenti, 2 osservazioni (Non conformità minori) e 0 non conformità (maggiori).

Osservazioni: il Lead Auditor esaminerà il trattamento e le azioni proposte dall'Organizzazione; attuazione ed efficacia delle stesse saranno verificate nel corso del prossimo audit.

Dettaglio è riportato su Modulo Rilievi / Riserve (Analisi e Piano d'Azione Aziendale) – All. C del presente Rapporto di Audit.

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

4 Segnalazioni a TTI relative all'organizzazione

Nessuna.

5 Utilizzo del certificato e del logo

L'organizzazione è stata informata durante la riunione di chiusura sulle modalità di utilizzo del logo e del certificato in accordo con quanto riportato nel contratto di certificazione. Il logo ed il certificato non devono essere utilizzati in modo da evocare ingannevolmente una certificazione di prodotto o di altri aspetti al di fuori del campo di applicazione stabilito.

5.1 Utilizzo del certificato:

Conforme al contratto di certificazione, pubblicato sul sito internet.

5.2 Utilizzo del logo:

Conforme al contratto di certificazione, utilizzato su carta intestata e documenti di comunicazione ecc.

Personalizzazioni richieste:

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

6 Responsabili aziendali coinvolti (elenco partecipanti)

| Funzione | Nominativo | Apertura | Audit | Chiusura |
|--|---|----------|-------|----------|
| Amministratore Unico | Lorena D.ssa Rambaudi | x | x | x |
| Responsabile Qualità | Paola D.ssa Veirana | x | x | x |
| Impiegata amministrativa | Antonella D.ssa Ruffinoni | | x | |
| Coordinatore Comunità Ercole | Simone Buetto (Coop. Progetto città) | | x | |
| OSS referente | Francesca Petrucci (Coop. Progetto città) | | x | |
| Animatrice | Sara Mantero (Coop. Progetto città) | | x | |
| Direttore Sanitario | Renzo Dr. Paltrineri | | x | |
| Coordinatore infermieristico – coordinatore amministrativo | Ivana D.ssa Delfino (Coop. Maris) | | x | |
| Impiegata amministrativa | Marianna Congedi (Coop. Maris) | | x | |
| Infermiera | Varghese Bindu (Coop. Maris) | | x | |
| Infermiere | Xavier Haloshious (Coop. Maris) | | x | |
| OSS | Gabriella Macciò (Coop. Maris) | | x | |
| OSS | Nicoleta De Gregori (Coop. Maris) | | x | |
| OSS | Manuel Mollo (Coop. Maris) | | x | |
| Fisioterapista | Alina Caraiman (Coop. Progetto città) | | x | |
| Cuoca | Letteria Marcimino (Coop. Maris) | | x | |
| Aiuto cuoca | Alina Alegrini (Coop. Maris) | | x | |
| Animatrice | Irene Sabatelli (Coop. Progetto città) | | x | |

7 L'Organizzazione

7.1 Informazioni generali:

| | |
|----------------------|---|
| Prodotti / Servizi: | Tipologia Prodotti e/o Servizi: socio sanitari assistenziali. |
| Clienti: | Tipologia Clienti: Persone anziane Numerosità: pochi vitali, alcuni, molti, ... |
| Personale: | Tipologia di operatori: laureati, tecnici qualificati ... Figure chiave: Direttore Sanitario e Capo Sala. ... |
| Catena di Fornitura: | Tipologia di Fornitori: Arredi per strutture e DM |
| Fascia di fatturato: | ... (€ 8M (1)...)... |
| Sito internet: | www.operesocialiservizi.it |

Opere Sociali Servizi SpA è una società mista, a maggioranza pubblica, costituita ad aprile del 2007 a seguito di una gara ad evidenza pubblica esperita dalla Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Opere Sociali di Nostra Signora di Misericordia di Savona

La Società è stata rinnovata il 1° giugno 2014 a seguito di gara, aggiudicata dall'Associazione Temporanea di Impresa Consorzio C.RE.S.S. e Consorzio Il Sestante.

L'Assemblea dei Soci di Opere Sociali Servizi SpA è composta al 68% da Opere Sociali di Nostra Signora di Misericordia e al 32% dal Consorzio C.RE.S.S..

La società ha per oggetto le seguenti attività:

la gestione integrata di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari;

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

la gestione di residenze per anziani e strutture socio-assistenziali, asili nido, centri infanzia. Attualmente sono comprese le seguenti tipologie di servizi: asili nido, centri per l'infanzia, attività integrative ed estive, comunità alloggio, residenze protette, residenze sanitarie assistenziali...)

Il sito è composto da: Uffici Sede (Direzione, amministrazione, sede legale) m² 80
RP Santuario – Loc. Santuario Savona – m² 4000 tutti coperti –
RSA Santuario – Loc. Santuario Savona - m² 2000 tutti coperti -
RSA Noceti - Loc. Santuario Savona - m² 1100 di cui m² 1500 coperti – VERIFICATO
Comunità ERCOLE (Anziani autosufficienti) – Via Paleocapa – Savona - m² 300 interamente coperti - VERIFICATO
RP Bagnasco – Salita Schiena Coste – Savona – m² 2158 di cui m² tutti coperti -

7.2 Risorse:

Personale: sono disponibili le persone necessarie per l'efficace attuazione dei processi aziendali. Le persone sono competenti (Medici, Medici specialisti, Psicologi, Fisioterapisti, Infermieri, Animatori, OSS) Il livello di consapevolezza è elevato.

Impianti, Macchine ed Infrastrutture: sono disponibili adeguate infrastrutture; per l'organizzazione le infrastrutture fondamentali sono: edifici, uffici.

È un programma di manutenzione preventiva.

Sono richieste specifiche condizioni ambientali necessarie per conseguire la conformità dei servizi (se richieste specificare quali: temperatura, igiene).

L'organizzazione utilizza le seguenti risorse per monitoraggi e misurazioni: statistiche, termometri, sfingomanometri.

7.3 Certificazione Multi-sito – Altri Siti

Non Applicabile.

7.4 Punti di forza dell'Organizzazione

- La Leadership e l'esperienza legata al sociale della Direzione Generale (il direttore Generale è l'ex Assessore regionale ai servizi sociali, unitamente ad componente umana non trascurabile hanno contribuito a creare un'organizzazione in continuo miglioramento.
- L'attività del Quality Manager hanno contribuito a mantenere un sistema qualità ad altissimi livelli.
- Tutto il personale Sanitario incontrato nel corso dell'audit, dai medici alle infermiere ed OSS, hanno dimostrato competenza, consapevolezza di alto profilo.

8 Modalità di conduzione dell'Audit

L'audit è stato condotto in sito conformemente al piano di audit.

9 Informazioni aggiuntive

9.1 Dichiarazione di esclusione di responsabilità

I risultati dell'audit sono stati stabiliti a seguito di una verifica in azienda che si è sviluppata tramite interviste con il management aziendale e con i dipendenti, tramite esame di documenti, osservazione e verifica dei processi a campione.

Attraverso un audit, basato su un processo di campionamento, non è possibile esaminare ogni dettaglio del sistema di gestione. Si segnala pertanto che potrebbero essere presenti situazioni di non conformità o punti di debolezza, senza tuttavia che questi siano stati individuati durante l'audit. Un rilievo evidenziato per un processo aziendale potrebbe essere applicabile ad altre aree dell'organizzazione.

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

I risultati dell'audit non sollevano l'organizzazione dalla sua responsabilità di assicurare il rispetto costante dei requisiti dello standard e dei requisiti di legge. La responsabilità per l'efficace e continuo funzionamento del sistema di gestione rimane sempre e solo in carico all'Organizzazione sottoposta a processo di certificazione.

Tutti i rilievi sono soggetti a una revisione indipendente prima della decisione finale riguardante il rilascio o il rinnovo della certificazione.

Un audit di certificazione di un Sistema di Gestione (certificazione st.1 e st.2, sorveglianza o rinnovo) non è un audit di conformità legale (ISO/IEC 17021-1; ACCREDIA RG-01-01).

9.2 Riservatezza

TUV Thüringen Italia tratterà tutte le informazioni ottenute nel corso del processo di certificazione, come strettamente confidenziali.

Il presente Rapporto sarà sottoposto all'ente di certificazione e, su richiesta, all'Ente di Accredimento, ai membri del Team di audit ed a Rappresentante dell'Organizzazione stessa. Gli allegati al report sono necessari per la decisione relativa al processo di certificazione e restano documenti riservati ad uso interno dell'Ente di certificazione. Tutti i documenti (incluso il presente Rapporto) relativi alle verifiche di sorveglianza e di certificazione saranno trattati con riservatezza da parte dei membri del team di audit e da parte dell'Ente di certificazione. L'Ente di certificazione detiene la proprietà del report.

9.3 Obbligo di informazione

Se nel corso di validità del certificato vengono apportate modifiche al sistema di gestione, alla struttura aziendale, ai dati anagrafici o relativamente al campo di applicazione, l'azienda ha l'obbligo di informare immediatamente l'organismo di certificazione di questi cambiamenti.

9.4 Dichiarazioni dell'Organizzazione

La firma dell'Organizzazione sul presente rapporto attesta che:

- L'Organizzazione è in possesso delle autorizzazioni di legge all'esercizio delle attività oggetto di certificazione valide e vigenti, ove applicabile.
- L'Organizzazione rispetta i requisiti cogenti relativi al prodotto / servizio oggetto del campo d'applicazione.
- L'Organizzazione è in possesso del Piano di Audit e del presente Rapporto di Audit; i rilievi ivi descritti si ritengono confermati salvo diversa comunicazione del CB a seguito di revisione indipendente; si ricorda che la revisione può portare ad una riclassificazione dei rilievi.
- L'Organizzazione conferma la correttezza dei dati riportati nella prima pagina del presente Rapporto e relativi alla identificazione della stessa ed alla definizione del campo di applicazione del proprio sistema di gestione e del conseguente scopo di certificazione.
- L'Organizzazione è a conoscenza dei regolamenti generale certificazione SG e dei regolamenti specifici di schema disponibili e consultabili sul sito www.tuv-thuringen.it.

10 Allegato A – Programma di Audit

Il Team di Audit ha rispettato il Programma di audit previsto .

11 Allegato B – Piano temporale di Audit

Il piano temporale di audit è stato rispettato.

12 Allegato C – Modulo Rilievi / Riserve (Analisi e Piano d'Azione)

L'Organizzazione non ha espresso riserve.

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |

L'area nel riquadro sottostante è riservata al riesame di TUV Thüringen Italia

Certificazione e Ricertificazione

A seguito del riesame della documentazione ispettiva consegnata e/o della documentazione a supporto della chiusura dei rilievi emersi in sede di verifica ispettiva, l'organizzazione sopra citata soddisfa non soddisfa i criteri previsti dalla norma tecnica di riferimento

_____ Data

_____ Veto Tecnico Report

Data

Responsabile di Schema

Sorveglianza

A seguito del monitoraggio delle attività di sorveglianza e della documentazione ispettiva consegnata, verificata l'assenza di NC, l'attività di certificazione soddisfa non soddisfa i criteri previsti dalla norma tecnica di riferimento

_____ Data

_____ Responsabile di Schema

| | |
|-------------|--------------|
| Redazione | Approvazione |
| TMAN - QMAN | GMAN |