



LL-C
Certification

F 43 S

RAPPORTO DELLA VERIFICA DI RICERTIFICAZIONE NO. 3919816
ISO 9001:2015

redatto il martedì 6 agosto 2024

presso

Assohandicap O.N.L.U.S.

DATI GENERALI CLIENTE

Assohandicap O.N.L.U.S.

Via Pietro Nenni, 16
00047 Marino (RM)

P. IVA 02146781006 IT02146781006

Riferimento

Fabrizio Battisti (R. impresa), Telefono: 069388891, e-mail:
info@assohandicap.com, www.assohandicap.com

Il prodotto o servizio principale dell'azienda di cui si valuta il Sistema di Gestione per richiederne la Certificazione è il seguente

Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione per persone diversamente abili in regime domiciliare, ambulatoriale e semiresidenziale.

Progettazione ed erogazione del servizio di residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale temporanea per sollievo ai caregivers rivolto a persone diversamente abili.

Codice NACE corrispondente	86, 87
Numero di dipendenti dell'area certificata	78
Numero di sedi operative oltre la sede legale dell'organizzazione	1
Processi particolari	
I processi certificati sono garantiti da	tutti i dipendenti dell'azienda, senza eccezioni
Design and development applied	NO
Numero di turni	1,00

DATI SUL PROCEDIMENTO DI CERTIFICAZIONE

Standard richiesto per la certificazione	ISO 9001:2015
Data della verifica	05/08/2024 07:30:00 - 06/08/2024 16:15:00
Certificato dal	08/09/2023
Svolgimento della verifica presso	Sede amministrativa e filiali
Coordinatore Audit e Lead Auditor	Puzo Chiara (ISO 9001:2015)
Auditor ed altri partecipanti	Simone Francesca (ISO 9001:2015 - Auditor in training) Toter Gianfranco (ISO 9001:2015 - Esperto tecnico) Terrone Federica (ISO 9001:2015 - Auditor)
Altri partecipanti all'audit (e rispettivi ruoli)	
Data del Piano di Verifica	mercoledì 31 luglio 2024
Totale durata della verifica (in loco)	5,11 (4,10)
Il piano di verifica è stato modificato dopo la riunione iniziale	NO
Problemi significativi nella programmazione di audit o nel sistema di gestione dell'azienda	NO
Coinvolgimento consulente/i a supporto del Sistema di Gestione	
Lingua in cui è stata svolta la verifica	Italiano

1. AMBITO DELLA VERIFICA

Criteri di audit

I criteri di audit sono i requisiti dello standard e dei processi stabiliti, nonché la documentazione del sistema di gestione dell'organizzazione. Lo scopo dell'audit è di confermare la conformità del sistema di gestione del cliente con i criteri di audit e ne determinano la capacità di garantire il soddisfacimento dei requisiti legali e di altro tipo da parte dell'organizzazione. Inoltre, l'obiettivo è determinare se l'efficacia del sistema di gestione rende possibile raggiungere gli obiettivi preposti e identificare potenziali aree di miglioramento.

Descrizione dell'organizzazione certificata e della sua attività

Dettagli dell'azienda, infrastruttura, luoghi di lavoro e sedi distaccate, descrizione dell'organigramma

Sede Legale: Via Pietro Nenni, 16 CAP 00047 Marino (RM). Unità Locale n.RM/1: Via Pietro Nenni, 12 CAP 00047 Marino (RM). Visura Camerale documento n. L ZG0RLN8F3TFQBVM51D estratto dal Registro Imprese in data 08.05.2024.

Attrezzatura produttiva o attività di supporto per servizi

Mod. 9.1 Elenco apparecchiature, attrezzature e strumenti di misura e Mod. 9.2 Scheda Tecnica di strumenti di lavoro come: Defibrillatore semiautomatico (auto-check), aspiratore, kit rianimazione, solleva persone (Braccia inox portata 160Kg), otoscopio, aerosol compressore pistone "windy", elettrocardiogramma

Descrizione del prodotto o del servizio principale

La Onlus Assohandicap si occupa di Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari di riabilitazione e mantenimento per persone diversamente abili in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale.

Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali per persone diversamente abili in regime residenziale e semiresidenziale e sollievo ai caregivers.

Risorse Umane

Organigramma confermato in sede di Riesame del 24.07.2024.

Presidente: Rag. Fabrizio Battisti

Dir.Gen: Claudio Dell'Anno

Dir.Amm.: Tiziana Petrocchi

Ambito della certificazione

Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione per persone diversamente abili in regime domiciliare, ambulatoriale e semiresidenziale. Progettazione ed erogazione del servizio di residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale temporanea per sollievo ai caregivers rivolto a persone diversamente abili.

Aree escluse dalla certificazione

Nessuna.

Obiettivi di audit

Obiettivi di audit, laddove metodologicamente possibile 1) confermare la conformità del sistema di gestione del cliente con criteri di audit, 2) determinare la capacità del sistema di gestione di garantire che l'organizzazione soddisfi i requisiti statutari, normativi e contrattuali applicabili, e 3) raggiungere gli obiettivi specificati, in quanto il sistema di gestione può identificare aree per potenziali miglioramenti, tra cui revisione della direzione e audit interni - Sono stati soddisfatti.

Procedura della certificazione

Dichiarazione di non responsabilità

L'auditing si basa su un processo di campionamento delle informazioni disponibili e di conseguenza vi sarà sempre un elemento di incertezza presente nelle prove di auditing che può riflettersi nei risultati dell'audit. Coloro che fanno affidamento o agiscono in base ai risultati e alle conclusioni dell'audit dovrebbero tener conto di questa incertezza.

Partecipanti alle riunioni iniziali e finali

Presidente: Rag. Fabrizio Battisti

Dir.Gen: Claudio Dell'Anno

Dir.Amm.: Tiziana Petrocchi

Settore Residenziale RSA "Il Tetto" - Dott. Marco Caligiuri

Metodi di verifica

Per la verifica in oggetto è stato scelto il metodo del controllo a campione con particolare attenzione agli elementi con impatto più significativo.

Volume delle vendite, prodotti, ordini, servizi, a seconda dei casi

Le campionature sono state effettuate con modalità casuali.

Descrizione del campionamento e statistiche

In ragione del 30%

Cambiamenti significativi del sistema di gestione e problemi irrisolti dell'organizzazione verificatisi dal precedente audit

no

LOGO of the Certification Body and certification reference

è usato in maniera comune, non è fuorviante o inconsistente con i termini delle condizioni commerciali

Revisione dei rapporti di audit di sorveglianza e delle prestazioni dell'SG nel precedente ciclo di certificazione

Il giudizio è positivo, le prestazioni del sistema di gestione sono costanti e in crescita

2. DESCRIZIONE DEL SISTEMA E MATRICE DI CONFORMITÀ ISO 9001:2015

Descrizione del sistema

Contesto dell'Organizzazione

L'Associazione Assohandicap si costituisce nel 1986 da un gruppo di 27 famiglie di ragazzi diversamente abili, viene riconosciuta con personalità giuridica propria nel 1988 (Decreto Regionale n. 10716) e dal 1998 è stata iscritta all'anagrafe delle O.N.L.U.S. (Organizzazione non lucrativa d'utilità sociale).

Con il supporto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma nasce il Centro di Riabilitazione Assohandicap autorizzata per l'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali (ex. Art.26 Legge 833/1978).

Dal 1991 è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale e dal Dicembre 2000 ha ottenuto l'accreditamento sperimentale (D.G.R. N O 2591), secondo il Decreto legislativo n. 517/93 e n. 229/99, per trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e non residenziale (ambulatoriale e domiciliare).

Vista Carta dei Servizi rev.2 ottobre 2023.

Determinazione dei fattori di QMS

Presente Manuale Sistema di Gestione della Qualità Rev. 12 del 19/07/2022 confermato in sede di Riesame del 24.07.2024. Al suo interno sono descritte le attività attraverso processi definiti: processo controllo operativo, processi di supporto (gestione attrezzature, gestione risorse, gestione documenti) e processo monitoraggio, analisi e miglioramento.

Politica della qualità, obiettivi di qualità e cambiamenti

La Politica viene decisa e formalizzata, da parte del Presidente, nel documento ufficiale appropriato alla missione e agli obiettivi aziendali. Contiene esplicitamente l'impegno al rispetto dei requisiti del SGQ ed al miglioramento continuo; Fornisce un quadro di riferimento per definire e riesaminare gli obiettivi per la qualità. Il Responsabile della Qualità con il Presidente definiscono specifici obiettivi di qualità misurabili. Tali obiettivi sono riportati sul doc. "Programma della Qualità" confermati nel RDD del 2024.

Organizzazione, Requisiti legali, Competenze e requisiti

Restano confermati e attivi i seguenti documenti: Prot.129823 del 10.07.2013 con oggetto: DCA n.U0023 del 24.05.2013-Presidio sanitario Assohandicap Onlus: Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario Assohandicap Onlus. Verbale delle Deliberazioni della Giunta Regionale n.362 del 15.06.2021 di disporre l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento di n.30 posti semiresidenziali alla RSA il Tetto Sita in Via Pietro Nenni 12 CAP 00047 Marino (RM).

Pianificazione, rischi e opportunità

Per assicurare un approccio globale alla gestione del rischio Assohandicap Onlus ha adottato un processo integrato come strumento di governance del rischio aziendale, attraverso il quale viene realizzata l'identificazione, la valutazione e la gestione dei rischi. Il processo è concepito per individuare eventi potenziali che possono influire sull'attività d'impresa, al fine di gestire il rischio entro i limiti accettabili e di fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi aziendali. Analisi dei Rischi e Opportunità aggiornata nel RDD del 2024.

Corso di tipo-2: formazione per addetti antincendio in attività di livello 2 conferito a Sergenti Michela e Dinetti Stefania rilasciato il 30.11.2023 da edafos valido fino al 30.11.2028.

Risorse umane e competenze

Formazione Elisa Cucchiarelli (fisiot.) "tavole rotonde della pediatria: quando, come e perché. Quali errori?" 6 crediti formativi E.C.M. emesso da FOR.MED. S.R.L. il 22.04.2024 e formazione "microbiologia dei microbioti- I modulo" 10 crediti formativi E.C.M. emesso da FOR.MED. S.R.L. il 08.05.2024.

Formazione Marco Caligiuri (medico) formazione deontologia e comunicazione: un connubio fondamentale per il rapporto medico-paziente 8 CFU emesso da FNOMCeO il 16.07.2024 - formazione Choosing Wisely Italy: uno strumento per migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure 10 CFU emesso del 18.04.2024. - Formazione salute e migrazione: curare e prendersi cura 12 CFU del 19.03.24.

Monitoraggio e misurazione delle risorse

Assohandicap provvede ad eventuali sostituzioni di apparecchiature sanitarie (es. elettroencefalografi, sfingomanometri), di strumenti di misura (es. termometri per misurare la temperatura dei cibi e dei frigoriferi) e di attrezzature (es. ausili per la deambulazione).

Queste apparecchiature sono inserite in apposito Elenco.

Vista carta di circolazione del veicolo FIAT DUCATO targata FB745FP per il trasporto specifico di persone part. Condizioni - uso proprio avente ganci di traino, montaggio sollevatore elettroidraulico marca autoadapt e kit ancoraggio per n.4 carrozzine per disabili non deambulantanti in alternativa n.7 sedili muniti di cintura a doppia bretella-ultima revisione del 14.11.2023 avente sito regolare e scadenza al 11/2025.

Preventivo Leasing n.141086 del 30.08.2022 durata (mesi) 72 emesso da Banca Ifis S.p.A. di Ecografo Esaote Mylab X75 per Offerta emessa da Biophysica Srl in data 08.07.2022 per Mylab X75 con licenza general imaging, licenza OB/Gyn, pacchetto licenza cardio e licenza vascolare, traduttori e cavo ECG.

Informazioni documentate

Presente il Manuale della Qualità Rev. 12 del 19/07/2022 confermata il 24.07.2024.

Assohandicap Onlus adotta una procedura documentata PGII - Gestione dei documenti e dei dati, per tenere sotto controllo la gestione dei documenti del sistema di gestione per la qualità.

2. DESCRIZIONE DEL SISTEMA E MATRICE DI CONFORMITA ISO 9001:2015

continuazione...

Requisiti per prodotti e servizi, progettazione e sviluppo

Residenziale: Cartella P.A.I. n.2/2024 ricovero del 18.07.2024. Cartella clinica riabilitativa semiresidenziale n.1679/ del 13.05.2024. Campionate cartella utente Domiciliare A.R n. 1879/2024, due progetti a campione. Campionata cartella Ambulatoriale cc n.1868, assistito M.R. età 9 anni, codice progetto 24AM033.

Fatt. n.16/E del 30/04/2024 per farmaci a campione: bentelan, clenly termo flash, farvisan kit rimozione pun, flebocortid, magnesio, sodio bix, valium e zetalatex... emessa da Farm. Europa snc dei d.ri Francesca di Prima e Francesco Scotto Opirari e c. - Fatt. n.2616 del 04.07.2024 per piastre monouso adulto per defibtech lifeline aed, busta ghiaccio istantaneo monouso, cerotti assortiti, portapillole 3 scomparti tascabile emesso da Doctorpoint S.R.L. - Fatt. n.496/2024 del 10.05.2024 per FFP2 nrd mod 601 sibilla bianche 50 pz emessa da General Merchandising srl.

Gestione della produzione e dei servizi, inclusi i fornitori esterni, rilascio del prodotto

I fornitori scelti sono preventivamente qualificati ed inseriti in Mod. 5.3 Elenco Fornitori confermato nel RDD del 2024. Per essere inserito in elenco, un fornitore è soggetto ad una "valutazione iniziale". Appendice a proposta economica al contratto in essere prot. 2021 p.0000403 del 07.04.2021 e s.m.i. per rimodulazione prezzi per il servizio di lavanolo di biancheria piana per RSA "Il tetto" emesso da So.Ge.Si il 18.03.2024 - la So.Ge.Si S.p.A. conferma la propria disponibilità alla riduzione del canone mensile del 5% il 01.03.2024. Servizi: lavanolo biancheria piana, lavanolo divise operatori, lavanolo camici, lavaggio articoli vs. proprietà, fornitura attrezzatura e noleggio attrezzatura per la movimentazione.

Fatt. n.8 del 24.08.21 per n.1 defibrillatore dae modello rescue sam completo di batteria, elettrodi adulti e borsa da trasporto emessa da DI.VA MEDICAL GROUP SRL. + Scheda tecnica di defibrillatore semiautomatico rescue sam costruttore: Progetti Italia Srl metr. 210828643 per la verifica di: verifica elettrica e funzionale con periodicità annuale del 24.08.21 + Presa visione del manuale istruzioni vers.1.0 marzo 2011.

Valutazione della performance e soddisfazione del cliente, riesame della direzione e audit interni

Assohandicap Onlus monitora in modo continuativo tutte le informazioni di ritorno dai clienti circa la loro soddisfazione/insoddisfazione sui servizi erogati. PG 17 Valutazione Performance del 04/11/2019. Assohandicap Onlus pianifica, esegue e registra periodici audit interni per stabilire se il sistema di gestione per la qualità.

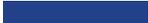
Audit interno del 17/07/2024.

Riesame della direzione avvenuto in data 24/07/2024

Miglioramenti

Il Presidente è impegnato al miglioramento continuo del sistema. Assohandicap Onlus ha predisposto apposita procedura, PG07 Controllo e miglioramento del SGQ Rev.06 del 04/11/2019, per descrivere le modalità per l'attuazione di azioni correttive atte ad eliminare le cause delle non conformità riscontrate, allo scopo di prevenirne il ripetersi.

Matrice di conformità - ISO 9001:2015

Elementi della norma	Livello di adempimento	Da verificare durante la sorveglianza successiva
Contesto / ambiente organizzativo (4.1, 4.2)		SI
Scopo del QMS e dei processi (4.3, 4.4)		SI
Politica della qualità (5.2), obiettivi di qualità e pianificazione del QMS (6.2), Pianificazione delle modifiche al QMS (6.3)		SI
Focus sul cliente (5.1.2), Definizione dei ruoli e delle responsabilità (5.3)		SI
Individuazione dei rischi e delle opportunità e azione alla sua gestione (6.1)		SI
Risorse umane (7.1.2, 7.2), Infrastrutture e ambiente di lavoro (7.1.3, 7.1.4)		SI
Risorse per il monitoraggio, misurazione e tracciabilità (7.1.5)		SI
Conoscenze organizzative (7.1.6)		SI
Comunicazioni (7.4)		SI
Gestione di informazioni documentate del QMS (7.5)		SI
Processi operativi e piani (8.1), Determinazione e verifica dei requisiti di prodotto e servizio (8.2)		SI
Progettazione e sviluppo (8.3)		SI
Gestione di processi, prodotti e servizi esterni (8.4)		SI
Gestione delle attività produttive e di servizi (8.5)		SI
Identificazione e tracciabilità, immagazzinamento dei prodotti e proprietà del cliente		SI
Rilascio del prodotto o servizio (8.6), gestione del prodotto non conforme (8.7)		SI
Monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti, aspettative dei clienti e soddisfazione e analisi dei dati (9.1)		SI
Audit interni (9.2), Riesame della direzione (9.3)		SI
Miglioramento, non conformità e azioni correttive (10.2, 10.3)		SI



I requisiti standard sono soddisfatti ed i documenti di gestione risultano appropriati. Inadeguatezze notevoli sono riconosciute e rimosse durante il processo.



Requisiti standard e documenti di gestione sono appropriati. Le inadeguatezze non sono sempre riconosciute/rimosse o sono considerate come requisiti di trasparenza dello standard, senza benefici reali per l'azienda. L'auditor può contemplare eccezioni.



I requisiti standard e i dossier di gestione posseduti non risultano appropriati. L'auditor opterà per una eccezione oppure per una non conformità, secondo l'entità e l'impatto sulla funzionalità del sistema.

Lista dei documenti riesaminati - ISO 9001:2015

Nome del documento	No. del documento (o Data)	Riesaminato
Informativa e regolamento interno del settore semiresidenziale	rev.4 del 02.12.2023	Sì
PG22 Informazione al paziente e acquisizione del consenso all'atto sanitario	V.2 del 02.11.2023	Sì
PG02 Gestione semiresidenziale	V.8 del 02.11.2023	Sì
PRS Progetto Riabilitativo di Struttura	del 02.11.2023	Sì
Carta dei Servizi	rev.2 ottobre 2023	Sì
Riesame della direzione	24.07.2024	Sì
Audit interno	17.07.2024	Sì
Analisi Rischi e Opportunità	agg. al 24.07.2024	Sì

SEDI VISITATE

Via Pietro Nenni, 12 - 00047 Marino (RM)
Central Function (HQ), Employees count: 78

3. RIASSUNTO DEI RISULTATI DALLA VERIFICA

3.1. Punti di forza dell'organizzazione

ISO 9001:2015

Grande esperienza nel settore, propensione al miglioramento continuo.

3.2. Non conformità e aree di miglioramento

Area di miglioramento 1

Si raccomanda di utilizzare maggiormente gli strumenti di miglioramento (NC, AC...) previsti dallo standard.

ISO 9001:2015, Miglioramento, non conformità e azioni correttive (10.2, 10.3)

Area di miglioramento 2

Si raccomanda di migliorare l'archiviazione dei documenti al fine di renderli più facilmente disponibili.

ISO 9001:2015, Monitoraggio e misurazione dei processi e dei prodotti, aspettative dei clienti e soddisfazione e analisi dei dati (9.1)

Area di miglioramento 3

Si raccomanda di dettagliare maggiormente gli aspetti relativi al "climate change" individuati nell'Analisi dei Rischi agg. al 24.07.2024

ISO 9001:2015, Individuazione dei rischi e delle opportunità e azione alla sua gestione (6.1)

Riassunto delle non conformità e aree di miglioramento

Non conformità maggiore: 0

Non conformità minore: 0

Area di miglioramento: 3

3.3. Non conformità e aree di miglioramento del precedente audit (2023)

Area di miglioramento 1

Si raccomanda di mantenere l'Organigramma aggiornato con le figure attualmente in carica.

Risolto

3.4. Audit precedente (2023)

Tipo di audit

Con preavviso / Senza preavviso

Data della verifica

Name of auditing organization

Coordinating auditor

Azioni seguenti le nonconformità riscontrate nel precedente audit

Sorveglianza

Con preavviso

11/10/2023 08:00:00 - 11/10/2023 19:15:00

LL-C (Certification) Czech Republic a.s.

Chiara Puzo

Si prega di controllare il protocollo delle nonconformità dell'audit precedente. Grazie!

continuazione...

Details about the current certificate and certification cycle

Standard name	ISO 9001:2015
Certificate number	3915451
Certificate validity code	6F6EB509-CA0
Certificate expiry date	03/09/2024
Conformity assessment route	no special modul

4. AZIONI CONSEGUENTI, DISPOSIZIONI FINALI E RACCOMANDAZIONE

Grazie a tutti coloro che hanno partecipato all'organizzazione e anche a coloro che hanno partecipato alla verifica. Siamo lieti che l'audit del sistema di gestione nella vostra azienda funzioni adeguatamente e in un'atmosfera amichevole.

Risultati previsti

Il richiedente la certificazione (azienda certificata) è stato informato sull'idoneità della certificazione accreditata nel senso che: "per lo scopo definito di certificazione, un'organizzazione con un sistema di gestione certificato, che soddisfa e applica in modo appropriato i requisiti del sistema di gestione applicabile, può assicurare la fornitura permanente del suo servizio e / o dei suoi prodotti soddisfacendo le esigenze del cliente, le leggi e i regolamenti pertinenti al fine di aumentare la soddisfazione del cliente".

Uso del Logo di LL-C

Dopo aver ottenuto un certificato valido il cliente ha diritto per la durata della validità del certificato all'uso di un logo approvato dall'ente di certificazione o di uno schema privato. In caso di certificazione del sistema, certificazione del processo o valutazione della completezza della documentazione tecnica, tale marchio non deve essere utilizzato su un prodotto o su una confezione di un prodotto visibile da possibili consumatori o/e in qualsiasi altro modo tale da indurre a un'interpretare il suddetto marchio come denotante la conformità di un prodotto specifico. L'uso e la collocazione del logo non devono creare confusione tra il cliente e la società di certificazione, né trasmettere una falsa impressione che la certificazione si applichi a un prodotto specifico anziché al sistema di gestione. Tali osservazioni hanno validità a meno che non si evinca chiaramente dallo schema di certificazione che non si fa riferimento alla valutazione di un prodotto specifico la cui conformità viene verificata in base a requisiti legali specificati in un documento normativo o legale.

Risoluzione delle non conformità e delle aree di miglioramento

I risultati dell'audit sono elencati nel capitolo precedente nella forma di Non conformità e Aree di miglioramento. Vi preghiamo cortesemente di regolarli come di seguito:

Non conformità maggiore

Se è stato trovata, deve essere formulata nel Protocollo di non conformità, che è allegato al presente rapporto. La non conformità maggiore è un tale inadempimento dei requisiti dello standard che il certificato non può essere rilasciato a meno che non ne sia terminata la risoluzione da parte del richiedente la certificazione. Quando una non conformità maggiore viene emessa durante un audit, il cliente deve fornire all'organismo di certificazione prove oggettive di un'indagine sui fattori causali e sui rischi che vengono esposti e sul loro piano d'azione correttivo proposto (PAC). Questo deve essere fornito entro 60 giorni dall'audit. La procedura di regolamento deve essere formulata dal richiedente sullo stesso modulo (Protocollo di non conformità). La non conformità maggiore deve essere chiusa entro ulteriori 30 giorni mediante l'attuazione di un'azione correttiva (CA) e la presentazione di prove all'OdC. Quando la non conformità è risolta l'audit può essere completato con risultati positivi. L'organismo di certificazione fornisce il metodo di verifica del regolamento di non conformità.

Non conformità minore

Una non-conformità minore è un inadempimento dei requisiti dello standard che permette il rilascio del certificato senza necessariamente terminare il regolamento della data NC minore da parte del richiedente. Un'analisi delle cause e un piano di azione correttivo proposto sono richiesti entro 30 giorni dall'audit. L'ente di certificazione deve essere informato dell'azione correttiva o dell'opposizione alla sua rilevanza entro 12 mesi dall'ultimo giorno dell'audit. L'azione correttiva relativa alla data NC minore è soggetta a controllo di sorveglianza o di ricertificazione. In caso di inadeguato assestamento la NC minore dovrebbe essere riclassificata come NC maggiore minacciando la validità del certificato.

Area di miglioramento

L'area di miglioramento è un commento mirato a migliorare il sistema di gestione o ad adempiere con maggiore efficienza determinati requisiti dello standard (si tratta principalmente della rimozione della conformità formale dei requisiti standard o dell'ottimizzazione delle soluzioni). In base ai criteri di accreditamento l'azienda certificata non è obbligata a rispondere attivamente a tali commenti, tuttavia molteplici aree di miglioramento ignorate possono risultare in una valutazione della performance del sistema negativa durante l'audit (o comunque ridotta rispetto al precedente audit).

Periodo di certificazione e validità del certificato

Il periodo, per il quale la società certificata si impegna a mantenere un sistema di gestione funzionale e l'organismo di certificazione è impegnato a fornire gli audit di sorveglianza corrisponde alla validità del certificato. Durante la sua validità, l'organismo di certificazione è obbligato a svolgere audit di sorveglianza ogni anno al posto delle attività aziendali certificate, a meno che un requisito normativo o legale non stabilisca eccezionalmente diversamente. Il primo audit di sorveglianza dopo la certificazione iniziale deve essere avviato entro 12 mesi dalla data di completamento dell'audit di certificazione; il secondo audit di sorveglianza deve essere avviato nel periodo annuale dalla data di completamento del primo audit di sorveglianza con una tolleranza massima di 45 giorni di calendario.

Prima della scadenza della validità del certificato verrà offerto un contratto con un possibile vantaggio sul prezzo per il successivo periodo di certificazione qualora il cliente sia interessato ad (lo scopo della certificazione rimarrà invariato). Per ottenere il vantaggio sul prezzo, l'audit / valutazione di ricertificazione deve essere effettuato prima della scadenza del certificato originale. Nei casi più gravi è possibile richiedere un rinvio della verifica di sorveglianza, tuttavia l'approvazione di questa esenzione è esclusivamente nelle mani dell'ente di certificazione. In caso di mancata collaborazione in un controllo di sorveglianza verrà intrapreso il processo di annullamento del certificato; tale procedura verrà resa pubblica secondo i criteri di accreditamento.

Obblighi del richiedente la certificazione

I principali obblighi dell'azienda certificata derivano dal contratto e dalle condizioni commerciali che ne sono parte.

Il titolare del certificato deve mantenere il proprio sistema di gestione funzionale per tutto il periodo di validità del certificato e applicare tutte le modifiche ai sistemi di gestione in base alle eventuali modifiche dei requisiti degli standard pertinenti o dei criteri di accreditamento basandosi sulle raccomandazioni inviate dall'ente di certificazione.

Inoltre, l'azienda certificata è obbligata a registrare e documentare tutti i reclami di terze parti relativi al proprio sistema di gestione e informare adeguatamente l'organismo di certificazione.

Obblighi dell'OdC / Organismo Notificato 2435

I doveri di base dell'ente di certificazione derivano dal contratto e dalle condizioni commerciali che ne fanno parte. L'organismo di certificazione è tenuto a mantenere il proprio stato di accreditamento, effettuare audit e sorveglianze regolarmente e secondo le date e gli intervalli di tempo specificati, e fornire obiettività nel determinare l'operabilità del sistema di gestione. Inoltre, l'organismo di certificazione è obbligato a monitorare le modifiche ai requisiti delle norme pertinenti e a notificare preventivamente tali cambiamenti alla società certificata, e elaborare i reclami e i dubbi sollevati dal cliente o da una terza parte in modo tempestivo.

Appello

Il richiedente della certificazione (società certificata) ha il diritto di presentare reclami contro la procedura dell'ente di certificazione o dei singoli revisori. Il reclamo del richiedente della certificazione (società certificata) deve essere inviato per iscritto. Allo stesso modo, il richiedente della certificazione (azienda certificata) può commentare questo rapporto. Un ricorso severo come un reclamo contro l'imparzialità dei revisori o contro la decisione dell'ente di certificazione di rifiutare l'emissione o il ritiro del certificato, è risolto dal Consiglio d'Appello indipendente entro 30 giorni. Altri commenti e obiezioni sono trattati a livello operativo in un appropriato periodo di tempo.

Rapporto di audit per terze parti

Questo rapporto riassume i risultati dell'audit. Il rapporto viene fornito al cliente in una copia in formato elettronico che viene inviata da LL-C (Certification). Il cliente ha il diritto di presentare a terzi esclusivamente il rapporto completo. Il contenuto di questo rapporto e tutti i record di controllo sono considerati confidenziali. Le segnalazioni possono essere presentate a terzi solo con il consenso del cliente o senza tale autorizzazione qualora l'ente di accreditamento e i proprietari di sistemi privati lo richiedano.

Raccomandazione

L'obiettivo generale di audit (come specificato nel piano) è stato raggiunto. La conformità documentata del sistema di gestione è stata misurata attraverso processi altamente qualificati. Inoltre, l'attività del cliente è stata confrontata con i requisiti dello standard. È stato confermato che il sistema di gestione dell'organizzazione è in grado di soddisfare i requisiti applicabili degli standard pertinenti e ottenere i risultati attesi per la certificazione accreditata come indicato nel Comunicato ISO-IAF per la certificazione accreditata. L'organizzazione soddisfa e implementa appropriatamente i requisiti del sistema di gestione applicabili e può garantire la fornitura continua di questo servizio o prodotti in conformità ai requisiti del cliente e alle leggi e ai regolamenti vigenti al fine di aumentare la soddisfazione del cliente. Questa dichiarazione è stata fatta sulla valutazione del livello di adempimento dei requisiti del singolo standard, come evidenziato nella matrice di conformità di questo rapporto. Gli obiettivi dell'audit come specificato nella Sezione 1 - Ambito dell'Audit sono stati soddisfatti con successo. Inoltre, il campo di applicazione della certificazione è stato valutato come pienamente rappresentativo delle attività correnti dell'organizzazione.

In base all'esito dei risultati della verifica, si consiglia di rilasciare il certificato di conformità del Sistema di Gestione ai requisiti dello standard **ISO 9001:2015**

per il campo di applicazione

Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione per persone diversamente abili in regime domiciliare, ambulatoriale e semiresidenziale.

Progettazione ed erogazione del servizio di residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale temporanea per sollievo ai caregivers rivolto a persone diversamente abili.

Chiara Puzo

LL-C (Certification) Chiara Puzo

LL-C (Certification) Czech Republic a.s.
Pobřežní 620/3, 186 00 Praha 8 - Karlín
P. IVA 27118339



5. ADDITIONAL SPECIFICATIONS

Siti temporanei e cantieri

Informazioni sui siti temporanei e cantieri

Indirizzo	Data della visita	Tipo di controllo	Attività controllata	Committente	Periodo di attività del sito	Outsourcing	Responsabile e operatori	Aspetti critici / Criteri specifici	Controllo / Conformità
Struttura "Il Tetto" Secondo e terzo piano Via Pietro Nenni, 12 CAP 00047 Marino (RM).	2024-08-05	Documentale	Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione per persone diversamente abili in regime RESIDENZIALE. Cartella P.A.I. n.2/2024 ricovero del 18.07.2024,campionate: Scheda del paziente con diagnosi di ammissione con parte anagrafica, Foglio di anamnesi, Esame obiettivo condivisi in cartella infermeristica, Farmaci di utilizzo – xarelto autorizzazione ASL del 31.07.2023, Consenso informato del 18.07.2024 con possibilità di revoca del consenso, Diario clinico con terapia farmacologica condivisa con infermieri del 18.07.2024 con ultimo aggiornamento del 02.08 per visita. Cartella Riabilitativa: osservazioni del medico – registrazione parte fisioterapica ultima effettuata del 02.08.2024 – registrazione terapia occupazionale del 02.08.2024 – valutazione logopedica. Vista Scheda assistente sociale.	paziente Sig. M.A.F.	in attività	No	Dir sanitario Dott. Marco Caligiuri	PARS agg. 28.02.2024	Ok
Centro Semiresidenziale Assohandicap presso RSA "il Tetto" Secondo piano Via Pietro Nenni, 12 CAP 00047 Marino (RM).	2024-08-05	Documentale	Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Progettazione ed erogazione di servizi di riabilitazione per persone diversamente abili in regime SEMIRESIDENZIALE. Vista Distribuzione in gruppi degli utenti agg.Luglio 2024, Prospetto laboratorio musicaterapia agg.Luglio 2024 e suddivisione settimanale delle figure professionali. Visti Piani di lavoro settimanale operatore a campione del fisioterapista Dinetti agg. 15.07.2024.A campione: Vista relazione del paziente J.K. del 15.04.2024 e cartella clinica riabilitativa semiresidenziale n.1679/ del 13.05.2024 con consenso informato e diario clinico agg. al 25.05.2024. Riepilogo pianificazione accessi dal 13.05.2024 al 10.12.2024. Test LAPMER del 22.07.2024 con punteggio 12/13. Valutazione funzionale area di intervento Educativa-Cognitiva del 26.07.2024. Programma individuale metodo Teacch del 05.03.2024 con valutazione ultima del 25.07.2024. Piano di lavoro settimanale agg. Maggio 2024. A campione: Relazione clinica del paziente T.F. del 08.07.2024 Cartella clinica riabilitativa semiresidenziale n.411 del 22.06.2024 per prosecuzione dei servizi riabilitativi. Diario Clinico aggiornato al 08.07.2024. Riepilogo pianificazione accessi dal 22.06.2024 al 31.08.2024. Test LAPMER del 22.07.2024 con punteggio 13/13. Programma Riabilitativo socio - psico – educativo del 22.07.2024 obiettivi a 12mesi. Valutazione	paziente Sig.ra J.K. - paziente Sig.T.F.	in attività	No	Medico Resp.Settore Semiresidenziale Dott.ssa Concetta A.Mazzei	PARS agg. 28.02.2024	Ok

			funzionale area di intervento Educativa-Cognitiva del 24.07.2024. Valutazione funzionale area di intervento Neuromotoria del 24.07.2024. Tabella attività del 01.07.2024. Piano di lavoro settimanale agg. Giugno 2024						
Vicolo del Montale - Marino (RM)	2024-08-05	Documentale	Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari di riabilitazione per persone diversamente abili in regime DOMICILIARE Campionate cartella utente A.R n. 1879/2024, due progetti: progetto 24TD095 dal 23.05.24 al 31.07.24 e progetto 24TD149 dal 01.08.24 al 10.10.24. Vista a campione cartella progetto 24TD149 dal 01.08.24 al 10.10.24: - SEZ.A caratteristiche del progetto riabilitativo e SEZ.B caratteristiche individuali, SEZ.C storia riabilitativa, SEZ.D valutazione iniziale, SEZ.G intervento riabilitativo compilata il 01.08.24 - mod 3.20 del 31.01.24 TABELLA RIASSUNTIVA del 01.08.24 - mod 22.2 rev.01 del 02.11.23 ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO del 01.08.24 - mod 3.1 rev.7 del 31.01.24 CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA DOMICILIARE del 04.07.24 - mod 3.9 rev.3 del 01.06.21 DIARIO CLINICO DOMICILIARE del 30.07.24 - Valutazione medico ASL ROMA 6 del 28.06.24, consulenza fisiatrica - Mod 3.13 rev.5 del 02.11.2023 INFORMATIVA E REGOLAMENTO INTERNO DEL SETTORE DOMICILIARE del 23.5.23 - Mod 3.1 rev.7 del 31.01.24 CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA DOMICILIARE del 23.05.24 (apertura cartella).	paziente A.R.	due progetti: progetto 24TD095 dal 23.05.24 al 31.07.24 progetto 24TD149 dal 01.08.24 al 10.10.24	No	Dott. Salvatori Lorena	PARS agg. 28.02.2024	Ok
Via Pietro Nenni, 12 CAP 00047 Marino (RM).	2024-08-05	Documentale	Progettazione ed erogazione di servizi socio-sanitari di riabilitazione per persone diversamente abili in regime AMBULATORIALE. Campionata cartella cc n.1868, assistito M.R. età 9 anni, codice progetto 24AM033, iniziato il 11.04.24, fine 25.11.24; cartella utente 1868/2024; Cartella progetto 24AM033: - SEZ.A CARATTERISTICHE PROGETTO, SEZ.B CARATTERISTICHE INDIVIDUALI; - mod 1.2 rev.4 del 31.1.24 - CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA, con tipo di intervento richiesto (Ambulatoriale), diagnosi (ICD9-cm 315.2 del 06/2023), dati socio sanitari, esame obiettivo generale, esame obiettivo specialistico, terapia farmacologica, esami ematopatici, esami strumentali, classificazione ICF con profilo della disabilità, autonomia (parziale), disturbi cognitivi (assenti), disturbi comportamentale (assenti), disturbi comunicazione (assenti), deficit sensoriali (assenti), bisogni assistenziali, del 08.04.24; elaborazione progetto da parte dell'equipe riabilitativa del 08.04.24, firmato da paziente il 17.04.24; revisione progetto dell'equipe riabilitativa (non presente); - mod 1.3 rev 2 del 20.9.22 - cartella clinica riabilitativa ambulatoriale DIARIO CLINICO con riportati colloqui, riunioni d'equipe, diario clinico. A campione: colloquio 11.4.24 con madre, consegna regolamento, presa in carico; diario clinico del 06.4.24 raccolta anamnestica; diario clinico e colloquio del 17.04.24 con accettazione progetto della durata di 180 gg; riunione d'equipe del 08.05.24 con dott.sse Innociati e Piselli, oggetto: obiettivi,	paziente M.R.	progetto 24AM033 dal 11.04.24 al 25.11.24	No	Direttore sanitario dott.ssa Emanuelli.	PARS agg. 28.02.2024	Ok

			<p>progressi, difficoltà, ecc; colloquio del 10.07.24 con la madre su organizzazione per le vacanze; riunione d'equipe del 29.07.24 - mod 22.7 rev.1 del 02.11.23 INFORMAZIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO del 17.04.24 - mod. 1.4 A rev.2 del 28.11.2014 CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA - VALUTAZIONE FUNZIONALE NEUROLINGUISTICA E NEUROPSICOLOGICA del 12-18-19.04.24. operatore dott.ssa A. Piselli (terapista della neuropsicomotricità età evolutiva) - Informativa regolamento interno del settore ambulatoriale (rev.4 del 02.11.2023) del 17.04.24. Relazione clinica ASL Roma 6 del 01.06.23</p>						
<p>Lungomare delle Sirene, 26700071 Torvaianica RM</p>	<p>2024-08-05</p>	<p>Documentale</p>	<p>Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali temporanei per sollievo ai caregivers rivolto a persone diversamente abili. Soggiorno estivo c/o Torvaianica, via lungomare delle sirene 267 – casa vacanza con spiaggia attrezzata e privata, villa con piscina, periodo 26.08.24 – 01.09.24. Soggiorno estivo che si svolgerà a fine agosto previa approvazione del medico responsabile interno, trasformazione da residenziale a semiresidenziale al mare Attività previste: ricreativa (spiaggia) e riabilitativa (lavori sulle autonomie: doccia, cura personale e degli spazi) 14 adesioni su 30 (dei pazienti semiresidenziali) + 4 oss a turno (Totale 14 persone h24 (tra oss, infermieri e medici) Adesioni su mod.2.30 rev.2 del 21.01.2015 RICHIESTA PARTECIPAZIONE SOGGIORNO ESTIVO del 25.06.24 prot 69/24; a campione paziente F.B, adesione del 28.06.24 Mod 2.31 rev.2 del 21.01.2015 FOGLIO RACCOLTA INFORMAZIONI MEDICHE RESIDENZIALE Mod 2.3 rev.2 del 21.01.2015 DIARIO CLINICO</p>	<p>14 pazienti semiresidenziali</p>	<p>26.08.24 – 01.09.24</p>	<p>No</p>	<p>Medico Resp.Settore Semiresidenziale Dott.ssa Concetta A.Mazzei</p>	<p>PARS agg. 28.02.2024</p>	<p>Ok</p>