

OLTRE L ORIZZONTE SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

AUDIT REPORT

Surveillance 2+Transizione UNI EN ISO 9001:2015

Report emesso alle 14:53 GMT del 26-Mar-2018



Nr. MIC:	CMPY-025388
Cliente/Indirizzo:	Oltre L Orizzonte Società Cooperativa Sociale ONLUS via Nicola Brandi, 3 72100 Brindisi Italy
Criteri di Audit:	UNI EN ISO 9001:2015
Tipo di Audit:	Surveillance 2+Transizione UNI EN ISO 9001:2015
Data di Audit:	Brindisi, Italia: 19-Mar-2018 al 20-Mar-2018
Audit Team (ruolo)	Annamaria Cerino (Lead Auditor, Brindisi, Italia)
Scopo di certificazione:	<i>Sito/i: Oltre L Orizzonte Società Cooperativa Sociale ONLUS, Brindisi, Brindisi, Italia</i> UNI EN ISO 9001:2015: Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali, educativi e riabilitativi.

Conclusioni:

Nessuna azione richiesta

Il Sistema di Gestione è pienamente efficace (nessuna NC rilevata)

SINTESI

SWOT ANALYSIS

**Punti di forza
(Strengths)**

- Eccellente congruenza del Sistema con le reali attività dell’Organizzazione
- Competenza dello Staff di Direzione e attenzione al mantenimento della competenza degli operatori ed al clima interno che rimane buono e orientato al benessere degli ospiti
- Adeguati strumenti di monitoraggio delle progettazioni/erogazione per singolo utente e degli andamenti dei processi
- Eccellente uso degli strumenti atti al miglioramento continuo

**Punti di debolezza
(Weakness)**

Al momento nessuno

**Opportunità
(Opportunities)**

- Capacità di trovare risorse/fondi per il miglioramento continuo dell’offerta agli utenti
- Capacità di ricerca e proposizione all’esterno anche progettando nuovi servizi che ampliano l’offerta

Minacce (Threats)

andamento instabile delle committente

INTERTEK MATURITY MODEL

Le descrizioni del punteggio sono generiche per tutti i sistemi di gestione e non possono essere personalizzate dall'Auditor, consentendo così la coerenza di interpretazione e standardizzazione dei risultati degli audit a livello mondiale. I punteggi forniti per la vostra organizzazione sono solo a scopo di benchmarking e si basano sulla valutazione del gruppo di verifica. I commenti indicati nelle descrizioni del punteggio appariranno solo se l'auditor ha fornito commenti specifici nel rapporto di Audit.

Direzione

Maturo

Costante evidenza dell'impegno della Direzione, della soddisfazione del cliente e delle parti interessate, della conoscenza/consapevolezza della politica e degli obiettivi, dimostrati dalla maggior parte del personale. Responsabilità e autorità sono evidenti e supportate da dati, trends e relativi KPI. I riesami della Direzione sono completi e sostenuti dalla maggior parte del personale. Le registrazioni sono complete e dimostrano andamento positivo nel miglioramento e nell'apprendimento.

Commenti dell'Auditor:

Impegno diretto della Direzione dell'Organizzazione nelle attività di Analisi e Riesame; impegno diretto sulla efficacia del SGQ comunicato nella Politica per la Qualità riemessa il 15/01/2018;. Evidente considerazione delle Informazioni di ritorno dalle Parti Interessate (Questionari + Autovalutazione), i cui dati raccolti in merito sono stati analizzati e considerati come segnale di andamento generale del SGQ e principale input dell'analisi e valutazione dei rischi. A meno della eliminazione della funzione di RdD nessun'altra modifica al mansionario descrivente ruoli, competenze e responsabilità.

La Direzione ed il suo staff appare aver completamente interiorizzato gli obiettivi e le dinamiche del Sistema di Gestione per la Qualità; ciò si evince dal grado di consapevolezza con il quale viene utilizzato in riferimento al mantenimento ed al miglioramento (in riferimento alle risorse disponibili) delle buone performance (i cui indicatori per singolo processo sono ben identificati e misurati) e della soddisfazione del Cliente e degli operatori. Adeguato l'uso di tutti gli strumenti atti al miglioramento continuo (registrate 9 NC: 8 AC da analisi dei rischi 1 AC per ridefinizione piano di transizione alle 9001:2015); verificato Riesame della Direzione del 15/02/2018: eccellente appare la capacità di rilevazione dei dati (indicatori per tutti i processi) ed analisi dei dati nonché della soddisfazione del Cliente e del Personale; tali dati entrano efficacemente nelle attività di riesame e sono di supporto alle decisioni prese.

Audit interni

Soddisfacente

Gli audit interni vengono eseguiti a intervalli pianificati e si basano sullo stato e l'importanza dei processi aziendali. I dati vengono raccolti su base regolare. Gli Audit Team sono addestrati, imparziali e obiettivi nel loro approccio. I Rapporti di audit sono chiari, concisi con riferimento ai loro contenuti. Azioni sono state intraprese a seguito delle risultanze degli audit e sono state fornite risposte in accordo ai tempi definiti.

Commenti dell'Auditor:

E' stato condotto un ciclo di audit interno (01 e 02 Febbraio 2018) che ha coperto tutti i processi e le attività aziendali; il clo è stato eseguito dalla dott. ssa Ciaccia (Certificato SCAD 9001:2015 conseguito nel 2016) e dalla dott. ssa Rosanna Cavallo qualificata internamente. Nessun rilievo ; adeguate le registrazioni ed il dettaglio delle stesse

Azioni correttive**Maturo**

Il processo di azioni correttive ha dimostrato di essere efficace. Dati derivanti da fonti quali: reclami dei clienti e delle parti interessate, audit interni, analisi di garanzia, difetti, indicatori interni e prestazioni dei fornitori mostrano costante stabilità e maturità del sistema. Il processo include un'accurata analisi dell'efficacia delle azioni intraprese. C'è evidenza di strumenti per la risoluzione dei problemi, utilizzati a supporto del processo.

Commenti dell'Auditor:

Adegato l'uso delle AC; trattate 9 AC: 8 per tradurre e tenere sotto controllo le azioni e le tempistiche delle azioni in uscita dalla analisi dei rischi; 1 per ripianificare la transizione alla 9001:2015. Mantenuta la procedura di gestione delle AC contenuta nel MQ

Miglioramento continuo**Soddisfacente**

I flussi di dati vengono utilizzati come fonti per guidare il miglioramento continuo nel tempo. Questi possono includere politica del sistema di gestione, obiettivi e risultati di audit, analisi dei dati, azioni correttive e preventive e riesame della direzione.

Commenti dell'Auditor:

Chiara l'applicazione del PDCA e di tutti gli strumenti atti al miglioramento continuo compreso l'uso della Politica per la Qualità (riemessa il 15/02/2018), dalla Carta dei Servizi, dall'uso delle AC e dell'analisi e valutazione del contesto e dei rischi

Controllo operativo**Maturo**

I controlli operativi sono pianificati e sviluppati. La pianificazione è coerente con tutti gli altri processi di gestione aziendale. Obiettivi, processi, necessità di opportuni documenti aggiuntivi e risorse, attività di verifica e di prova e i requisiti delle registrazioni sono stati determinati, a seconda dei casi. I processi e le attività sono eseguite in modo coerente. I dati vengono raccolti e analizzati per verificare l'efficacia del processo di pianificazione, con l'evidenza di significative tendenze di miglioramento. Alcune evidenze sono collegate ad alcuni fattori chiave aziendali.

Commenti dell'Auditor:**Attuazione e funzionamento****Progettazione del Servizio**

Diverse sono le attività poste in essere ed ancora in corso da parte della Cooperativa; nuovamente finanziato dall'Enel il Progetto di Musicoterapia aperto ai bambini con problemi di comunicazione ed apprendimento; progetto di elaborazione della Cooperativa (Educatore studente in Musicoterapia); finanziato da Fondazione Puglia un progetto di Parent Training per genitori di bambini affetti da autisti; il progetto, molto ben strutturato, prevede innanzitutto la formazione degli operatori della Cooperativa, a

seguire quella dei genitori ed infine un percorso di supporto e consulenza psicologica agli stessi genitori; i risultati ottenuti (monitorati attraverso gli attesi) saranno pubblicati insieme a Fondazione Puglia.

Progettazione Individuale/Erogazione

Eccellente è apparsa la tenuta sotto controllo di tutte le attività operative; l'erogazione del servizio è tenuta sotto controllo attraverso l'implementazione di quanto contenuto nel SGQ le cui evidenze sono tutte contenute nelle Cartelle Cliniche.

Le modalità procedurali non sono state modificate rispetto al nostro ultimo audit: a fronte del nulla osta dell'Unità di Valutazione Multidimensionale della ASL, la Cooperativa inserisce formalmente l'ospite acquisendo le cartelle cliniche e le cartelle sociali; dopo un previsto periodo di Osservazione da parte della équipe interna della cooperativa segue la predisposizione, da parte della stessa équipe, del Piano Educativo-Riabilitativo Individuale nel quale, per area e per attività, sono definiti gli obiettivi e le azioni/procedure/protocolli che si intende utilizzare per raggiungerli. Il PE-RI è verificato e riesaminato ad intervalli regolari attraverso le singole valutazioni (logopedista, neurologo, psicologo, fisioterapista, fisiatra e responsabili delle attività laboratoriali) ed attraverso riunioni di équipe; annualmente viene validato e rimesso anche a fronte di necessarie modifiche ottimamente gestite in corso d'opera. L'emissione, l'aggiornamento, il riesame/verifica e validazione del PE-RI sono conformemente tenute sotto controllo attraverso la procedura di Progettazione. Il monitoraggio del PE-RI da evidenza delle valutazioni effettuate sulle prestazioni di ogni outsourcer(neurologo, esperto pet therapy, ippoterapia). In riferimento ai singoli PE-RI vengono mensilmente calendarizzate le singole attività comprese quelle tendenti alla autonomia degli utenti (apparecchiare/sparecchiare, raccolta differenziata, ecc.)

Verificate tutte le attività e il servizio mensa, la conservazione delle derrate alimentari, i laboratori, il deposito attrezzature e magazzino e la palestra.

E' stata verificata 1 cartelle utenti (nessun nuovo inserimento – ma lista di attesa pari a 9) comprensiva di tutte le registrazioni applicabili che hanno dato evidenza di quanto sopra descritto; in sede di riesame della Direzione l'Organizzazione ha dato evidenza dell'attività di validazione dello strumento di Valutazione QDRM utilizzato per il monitoraggio del PE-RI.

Risorse

Soddisfacente

Le risorse richieste per il mantenimento efficace e il miglioramento dei processi aziendali sono state definite e impiegate. La soddisfazione del cliente e/o delle parti interessate e la stabilità complessiva del sistema di gestione è stata dimostrata. I requisiti di competenza sono stati definiti e implementati.

Commenti dell'Auditor:

Infrastrutture , Ambiente di Lavoro, Risorse per il Monitoraggio e Misurazione

Adeguata la gestione delle apparecchiature (attrezzature di laboratorio, pullman e cucina) e degli strumenti di misura la cui efficienza è verificata attraverso pianificazione delle manutenzioni e calibrazioni; mantenuto il defibrillatore donato dal Rotary Club di Brindisi e registrato presso il 118; tutti gli operatori hanno anche aggiornato il corso BLS.

Conforme la gestione degli aspetti normativi (HACCP (aggiornato ad Aprile 2015), DVR (aggiornato ad 03/01/2018), registro estintori, tamponi di alimenti e di superficie in cucina, verificata riapprovazione menu ASL (Inverno 2018 15/01/2018)

Buona la gestione dell’outsourcing dalla selezione, al monitoraggio delle prestazioni presente nelle valutazioni di andamento dei PE-RI; in sede di riesame (ultimo 15/02/2018) viene riportato e analizzato l’esito del suddetto monitoraggio. Verificata durante laudit (20 Marzo) la seduta di PET THERAPY

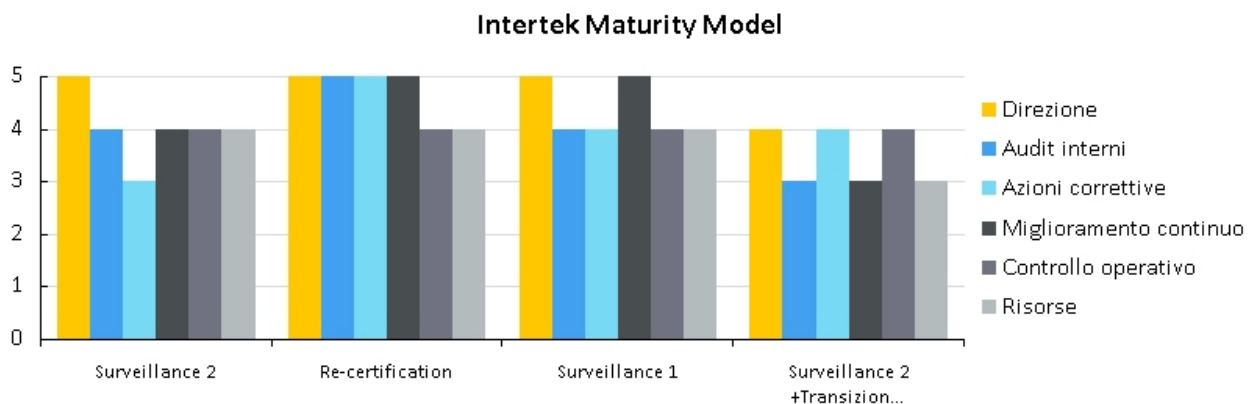
Comunicazione e Soddisfazione Cliente

Altamente performante si mantiene l’orientamento al Cliente sia in sede di rilevazione delle sue esigenze che in sede di valutazione della sua soddisfazione; sono stati somministrati i questionari alle famiglie degli utenti 2017 con un risultato di 17 rientri su 29 ed una valutazione di altissimo livello. Implementato per 5 eventi il questionario di Autovalutazione. Non sono stati registrati Reclami.

La comunicazione con le famiglie avviene per lo più verbalmente a meno di comunicazioni che modificano l’erogazione (ad es. scelte nutrizionali e variazioni temporanee individuali di menu). Molto efficace, in tale senso, il profilo Facebook.

Informazioni Documentate

Adeguate il sistema utilizzato (cfr. allegato) che ha mantenuto tutta la documentazione già in essere nel precedente SGQ



Punteggio: 5=Benchmark | 4=Maturo | 3=Soddisfacente | 2=Principiante | 1=Non evidente

SOMMARIO DEI RISCONTRI

	Minore	Maggiore
Emessi durante l'attività corrente	0	0

Sono state identificate Opportunità di miglioramento:

Si

STATO DEI PRECEDENTI RISCONTRI

Follow-up dei Riscontri emessi durante l'audit precedente

L'audit precedente non ha richiesto alcuna azioni correttiva.

SINTESI DELLE EVIDENZE

Lo stato del sistema di gestione è riassunto qui di seguito:

Conclusioni relative ai processi/aree auditate, inclusi KPI/metodi di misura

La Direzione ed il suo staff appare aver completamente interiorizzato gli obiettivi e le dinamiche del Sistema di Gestione per la Qualità; ciò si evince dal grado di consapevolezza con il quale viene utilizzato in riferimento al mantenimento ed al miglioramento (in riferimento alle risorse disponibili) delle buone performance (i cui indicatori per singolo processo sono ben identificati e misurati) e della soddisfazione del Cliente e degli operatori. Adeguato l'uso di tutti gli strumenti atti al miglioramento continuo (registrate 9 NC: 8 AC da analisi dei rischi 1 AC per ridefinizione piano di transizione alle 9001:2015)

Di seguito gli indicatori di processo utilizzati:

Cliente:

1. % Questionari rientrati
2. % Questionari positivi

Progettazione

1. % progetti realizzati con successo = utenti che raggiungono obiettivi del PE-RI
2. % progetti formativi per utenti

Approvvigionamento

1. % fornitori che raggiungono IQF qualificante

Erogazione

1. N. ro utenti che raggiungono competenze tecniche
2. N. ro utenti motivati nelle attività tecniche
3. N. ro utenti motivati nelle attività ricreative
4. N. ro attività laboratoriali

Risorse Umane

1. % addetti che hanno raggiunto gli obiettivi aziendali
2. % addetti motivati nella formazione proposta

Commenti e conclusioni in merito all'andamento delle performance del cliente, se audit di ricertificazione, o ad eventuali cambiamenti significativi, se ultimo audit di sorveglianza

L'unico cambiamento è la transizione del SGQ alla nuova edizione della norma di riferimento. Il SGQ, a seguito della transizione, risulta composto da MQ (rieditato Rev. A del 15/01/2018) e da informazioni documentate mantenute dalla precedente edizione del sistema atte a pianificare, implementare e controllare le attività (Elenco documenti aggiornato al 20 /01/2018); aggiornato l'Organigramma (Rev. A del 15/02/2018 in allegato) per meglio intersecarlo con le responsabilità del Sistema SA 8000 (anch'esso giunto ormai al 4° anno di certificazione).

Opportunità di miglioramento identificate

6.1	Valutazione ed analisi dei rischi	Definire il livello di rischio atteso dopo l'attuazione dell'azione individuata
7.1.5	Scheda Strumento	Prevedere una modalità sistematica che assicuri il corretto stato di funzionalità delle apparecchiature di monitoraggio e Misurazione
8.4	Scheda Fornitore	Dettagliare per quale parametro di valutazione è stato aumentato il valore dell'IQF
9.2	Programma Audit Interni	Verificare la necessità di rivedere il Programma di Audit Interni in raccordo alle esigenze di monitoraggio delle azioni di mitigazione dei rischi

Conclusioni in merito ai processi di Valutazione e Trattamento del Rischio

Il Top Management ha aggiornato e completato l'analisi del Contesto esplicitandola nel cap. 4 del MQ; identificati i fattori interni ed esterni e correttamente tutte le Parti Interessate con attese e bisogni (in allegato MQ). L'esito di tale valutazione è riportata nella Valutazione dei Rischi ed Opportunità 2017. Tale documento è stato un input al Riesame della Direzione del 15/02/2018 dal quale sono state prodotte in uscita le azioni correlate alla mitigazione dei rischi individuati. La valutazione del rischio, infatti è stata prodotta attraverso la media aritmetica tra 3 valori: Frequenza, Impatto Problematicità; nessun rischio Alto; 8 tipologie di Rischio Medio; 8 Azioni aperte per mitigare i rischi individuati (es. Opinione Pubblica, Rischio aggressione); nelle azioni individuate dettagliate responsabilità e tempistiche di attuazione.

Conclusioni in merito al Contesto dell'organizzazione

Il Top Management ha aggiornato e completato l'analisi del Contesto esplicitandola nel cap. 4 del MQ; identificati i fattori interni ed esterni e correttamente tutte le Parti Interessate con attese e bisogni (in allegato MQ). L'esito di tale valutazione è riportata nella Valutazione dei Rischi ed Opportunità 2017. Tale documento è stato un input al Riesame della Direzione del 15/02/2018 dal quale sono state prodotte in uscita le azioni correlate alla mitigazione dei rischi individuati. La valutazione del rischio, infatti è stata prodotta attraverso la media aritmetica tra 3 valori: Frequenza, Impatto Problematicità; nessun rischio Alto; 8 tipologie di Rischio Medio; 8 Azioni aperte per mitigare i rischi individuati (es. Opinione Pubblica, Rischio aggressione); nelle azioni individuate dettagliate responsabilità e tempistiche di attuazione.

Impatto di cambi significativi (se applicabile)

L'unico impatto significativo risiede nella transizione completata e valutata al Riesame della Direzione del 15 febbraio 2018

Informazioni aggiuntive /questioni irrisolte

nessun

Comunicazioni/Cambi durante l'audit (se applicabile)

nessuna

Riferimenti ad appendici

Piano di Audit; Registrazione degli intervistati

RACCOMANDAZIONI DEL LEAD AUDITOR:

Raccomandazione del Lead Auditor UNI EN ISO 9001:2015

Il Sistema di Gestione è conforme ai criteri di audit e può essere considerato efficace nell'assicurare che gli obiettivi vengano soddisfatti. Si raccomanda dunque il mantenimento della Certificazione

RACCOMANDAZIONI AGGIUNTIVE DEL LEAD AUDITOR

L'audit si è svolto in accordo al Piano di Audit ed in accordo alle tempistiche, competenze e sedi indicate nell'incarico di audit.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Nome e Indirizzo e-mail del**Rappresentante della** dott. ssa Margherita Ciaccia - cseoltrelorizzonte@libero.it**Direzione****Distribuito a:** Margherita Ciaccia
