

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica

AUDIT REPORT

Surveillance 2

Report emesso alle 15:39 GMT del 11-Lug-2022



Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

Nr. MIC:	CMPY-097849
Cliente/Indirizzo:	Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica Parco della Luna - Contrada Ponte delle Tavole s.n.c. , Benevento, Napoli, 82100, Italy (Italia)
Criteri di Audit:	UNI EN ISO 9001:2015
Attività di audit:	Surveillance 2
Data di Audit:	Benevento, Italia: 28-Giu-2022
Audit Team (ruolo)	Annamaria Cerino (Lead Auditor, Benevento, Italia)
Scopo dell' Audit e Scopo di Certificazione:	Sito/i: Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica, Benevento, Napoli, Italia UNI EN ISO 9001:2015: Promozione e diffusione della cultura scientifica in ambito dermatologico. Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito ECM e non. Gestione di progetti di ricerca scientifica in ambito dermatologico. Esclusioni 7.1.5.2

Conclusioni:**Nessuna azione richiesta**

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

SINTESI

Scopo: Promozione e diffusione della cultura scientifica in ambito dermatologico. Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito ECM e non. Gestione di progetti di ricerca scientifica in ambito dermatologico

Sede legale: Viale Londra 50 - 00142 ROMA

Sede Operativa: Parco della Luna - Contrada Ponte delle Tavole s.n.c. , Benevento (OS)

Requisiti non applicabili: Dichiarata e confermata l'esclusione del requisito 7.1.5.2 Apparecchiature di misura e monitoraggio (capitolo 4 MGQ)

Processi affidati in outsourcing: servizi di segreteria tecnica (dott. ssa Napolano - EUBEA) ed organizzativa (ITALYMEETING fino al 31/12/21 – dal 01/02/22 EUBEA) degli eventi ECM e non, segreteria operativa (dott. ssa Franco) e servizi informatici (dott. Romano EUBEA) – docenze degli stessi eventi; le attività vengono tenute sotto controllo attraverso adeguati contratti e incarichi, registrazioni di monitoraggio specifiche (valutazione sopralluoghi strutture eventi ed indici di gradimento sia degli aspetti organizzativi/logistici sia dei contenuti tecnici degli eventi).

Addetti: fino a 10: Presidente + equivalenti outsourcer pari a 9

Cambiamenti dall'ultimo audit

L'SGQ non ha subito modifiche strutturali (cfr elenco delle informazioni documentate in allegato aggiornato al 01/01/22) a meno della procedura PQ05 Comunicazione e WEB Rev. 0 del 01/01/17 poichè l'intero processo ha subito una ristrutturazione attraverso l'affidamento ad agenzie esterne delle attività di Editoria Online (Page Press), Comunicazione digitale (The Nursery), Gestione Strategica (MediaArt Srl) servizi per il web (Neikos srl)

Prese in carico le 2 OFI emesse in S1

SWOT ANALYSIS

Punti di forza (Strengths)	<ul style="list-style-type: none">• Buona aderenza del SGQ alle attività• Capacità rintracciare outsourcer di elevata esperienza e professionalità• Gestione della Comunicazione Scientifica verso l'esterno
Punti di debolezza (Weakness)	Usò non ancora sistemico del Risk Based Think
Opportunità (Opportunities)	<ul style="list-style-type: none">• Nella stessa missione la promozione e la esecuzione della ricerca scientifica in ambito dermatologico• Capacità di costruire rete con associazioni analoghe
Minacce (Threats)	Nessuna in particolare

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.

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:

Colloquio con DG Dott. Cusano coinvolto nell'implementazione del SGQ e del suo miglioramento continuo sia verso i soci dell'associazione sia verso la comunità scientifica

Chiarissima la strategia a favore dei soci e per rafforzarne la numerosità – discussa la relazione annuale del 16/09/21 comunicata ai soci durante il Congresso Nazionale n. 58 di Catanzaro

Riesaminata e confermata in sede di Riesame della Direzione del 15/02/22 Politica per la qualità del 01/01/2017 (estratto del Codice Etico disponibile sul sito)

Autorità e responsabilità sono definite nell'organigramma incluso nel MGQ. sez 5.4 dell'01/06/2018 (funzionominale) e nell'Organigramma Operativo emesso ed approvato il 01/06/22 (

Nel capitolo 7 esplicitato mansionario e requisiti minimi per assumere le funzioni descritte nell'organigramma (estratte dallo Statuto disponibile sul sito)

Riesame della Direzione del 15.02.2022– in ingresso riesame 2021. Informazioni di ritorno da indice di fidelizzazione Iscritti 1513 (calcolati anche i morosi RAPPRESENTAZIONE GRAFICA TREND ISCRITTI) numero che tende a stabilizzarsi 2019, 2020, 2021 – prova dell'arresto del trend negativo registrato prima del 2019 dovuto ad una maggiore attenzione al processo comunicativo dell'Associazione

Dagli elaborati ricavati dai corsi ECM sulla Qualità percepita dai partecipanti è alta - Reclami = 0

Immutate le prestazioni degli outsourcer che si mantengono ottime

Andamento processi::

- Ob. A Aumentare il numero di soci

L'obiettivo è parzialmente raggiunto con un aumento di 30 nuovi soci;

- Ob. B Aumentare il numero di accessi al sito WEB del 5%

Audit interni

Soddisfacente

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

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:

Programmazione annuale degli audit interni per l'anno 2022 del 15.02.2022 con previsione entro maggio 2022; audit interni del 10/05/2022 eseguiti da dott. Trinchieri (cons. esterno – contratto giugno 2017 – scadenza giugno 2020; rinnovato fino a giugno 2023). Verificato rapporto 10/05/2022 – su tutti i processi compreso AQ – nessuna NC/OSS

Azioni correttive

Soddisfacente

Il processo di azioni correttive soddisfa i requisiti minimi definiti dalla norma. Sono presenti dati derivanti da fonti quali: reclami dei clienti e delle parti interessate, audit interni, analisi di garanzia, difetti, indicatori interni e prestazioni dei fornitori. Il processo include un'analisi dell'efficacia delle azioni intraprese. C'è evidenza di strumenti per la risoluzione dei problemi, utilizzati a supporto del processo.

Commenti dell'Auditor:

Stato NC/AC/AP: nessuna NC/AC – prese in carico Opportunità di Miglioramento Intertek S1
Reclami = 0

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:

Il miglioramento continuo si evince dai dati analizzati dalla Direzione. Verificati indicatori obiettivi e traguardi definiti e dall'organizzazione l'anno passato e andati a riscontro in sede di riesame. Gli obiettivi sono pianificati coerentemente con la Politica per la qualità e ricoprono sia il SGQ e sia l'erogazione del servizio Verificato lo stato della Azioni correttive e preventive condotte dalla procedura PS01 Attività del sistema.

L'organizzazione utilizza Riesami, audit interni, obiettivi ed indicatori, azioni correttive e preventive, customer satisfaction, Politica per la qualità quali strumenti per il miglioramento continuo.

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****Fornitori, partner ed outsourcing**

L'organizzazione gestisce i fornitori, gli outsourcer ed in genere gli approvvigionamenti attraverso l'implementazione di specifici incarichi in particolare ai componenti dello staff tecnico, ai Responsabili Scientifici ed ai docenti.

Il processo è descritto all'interno delle procedure relative alle 2 macroaree operative descritte nei successivi paragrafi

Verificata Vendor List aggiornata al 16/06/2022; i criteri di qualifica sono in essa registrati (storico/ conoscitivo, strategici, requisiti bando/, così, ISO 9001 (non prescrittivi) + Stato NC (numeri e data)

Presenti esclusivamente fornitori di servizi, compresi gli outsourcer – non critici, al momento, i fornitori di altro genere; per i docenti e Responsabili Scientifici è utilizzata altra registrazione - valutazione in base a gradimento corso/evento.

Sono state verificati i seguenti affidamenti:

- Contratto di prestazioni dei servizi di segreteria organizzativa annuale del 22/01/2021 – scadenza 31/12/ 2021 tra A.D.O.I. e Italymeeting S.r.l: gestione logistica eventi formativi ed eventi in generale (scelta e verifica siti, scelta servizi di catering, ove presenti, gestione della segreteria in loco) – esperienza trentennale – fornitore storico
- Contratto di prestazioni dei servizi di segreteria tecnica eventi ECM annuale del 22/01/2020 – scadenza 31/12/2021 accreditato ECM n. 360 - esperienza 15 anni - contenuto accordo: impegno agg. ECM AGENAS, comunicazione soci e smistamento corrispondenza X ECM, cura rapporti FISM; accreditamento eventi – allegato TARIFFARIO ECM per attività extra contratto + contratto di prestazioni dei servizi di segreteria organizzativa dal 01/01/22 al 31/12/22
- Incarico dott. ssa Franco (gennaio 2020), segreteria operativa: convocazioni consiglio direttivo, organizzazione trasferte, distribuzione OdG, riunioni periodiche, stesura verbali; se richiesto partecipazione a consigli direttivi
- dott. Ligrone relatore di Catanzaro 2021 del congresso ed ECM di Catanzaro: CV agg al 31/08/21 - Dirigente Medico presso UO di Dermatologia - AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno
- dott. Melandri resp.scientifico e relatore del prossimo congresso + ECM organizzato a Riccione per Ottobre 2022 - CV agg al 12/06/22 dal 2019 Direttore UOC Centro ustioni/Dermatologia "M.Bufalini" Ospedale di Cesena-Forlì, AUSL della Romagna

Gestione di progetti di ricerca scientifica in ambito dermatologico

L'associazione è abilitata dal Ministero della Salute in accordo alla L.24/2017 e il DM 2 Agosto 2017 (iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie - verificato elenco (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4834_10_file.pdf) con accesso al sito <http://www.salute.gov.it> aggiornato al 22/09/2021) che prevede il possesso di requisiti tecnico – scientifici ai fini della ricerca e della emissione di linee guida di carattere sanitario.

L'attività è implementata in accordo alla procedura PQ01 Progetti di Ricerca Rev. 01 del 01/01/17

Verificata attività di ricerca scientifica: Progetto n. 02, "PROGETTO PSO-AMORE Miglioramento della gestione del paziente PSoriAsico Multi Organo in ambiente dermatologico e reumatologico con il metodo della consensus conference" -; Verificata Scheda Progetto Versione 1 del 30 Aprile 2021 – terminato il 29.10.21; autore: dott. Cusano;

Abstract/Obiettivi:

- Definire la gestione diagnostico-terapeutica dell'artrite psoriasica in ambito dermatologico;
- Definire la gestione diagnostico-terapeutica della psoriasi in ambito reumatologico;

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

- Definire le situazioni in cui è preferibile o obbligatorio, a seconda dei setting a disposizione, valersi del parere dei due specialisti, congiuntamente o in modalità differita;
- Definire i possibili setting di collaborazione tra i due specialisti e le relative modalità di interazione.

Definiti Metodologia, Tempi, Risultati Attesi (A conclusione del progetto documento scientifico, da sottoporre alle principali riviste scientifiche in ambito derma-reuma, che andrà a descrivere in modo puntuale e preciso i quattro obiettivi del progetto di Consensus); Risultato del 01/06/22: Sottomissione per la possibile pubblicazione su Dermatology Reports e diffusione raccomandazioni tramite diversi canali informativi

Promozione e diffusione della cultura scientifica in ambito dermatologico.

Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito ECM e non

Gli eventi campionati sono sia di promozione e diffusione della cultura scientifica in ambito dermatologico sia di progettazione ed erogazione di formazione ECM

Le attività sono state svolte in accordo alle procedure PQ04.2 Progettazione ECM e PQ04.2 Erogazione ECM Rev. 02 del 01/01/21 e PQ03 Congressi ed Eventi Rev. 0 del 01.01.17

Verificato l'evento in Programmazione 59° CONGRESSO NAZIONALE ADOI LA DERMATOLOGIA OLTRE LA PELLE, UN APPROCCIO CLINICO INTEGRATO;

Verificato PRG-01-MOD-06 nel quale sono preventivati tutti i costi di tutti gli eventi previsti sia ECM sia non ECM; verificato il MOD M.17 Master congresso : partecipanti previsti: 400, 1.4 Figure coinvolte MEDICO CHIRURGO DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; CHIRURGIA GENERALE; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); CHIRURGIA VASCOLARE; INFERMIERE; programma scientifico Riccione, 26-29 ottobre 2022 a cura del dott. Melandri + rev 17-06 Programma Preliminare – check list sopralluogo del 16 novembre 2021: servizi catering e hostess erogati dallo stesso PalaRiccione sede del congresso;

L'Organizzazione è accreditata in maniera Definitiva come Provider ECM con n. 3934 (verificato portale AGENAS Agenzia Nazionale)

Formalizzati su portale ECM AGE.NA.S 2021 - 2022 - 20 eventi ECM (di cui 14 erogati durante il Congresso Nazionale di Catanzaro di settembre 2021)

Verificato l'evento concluso 58° CONGRESSO NAZIONALE ADOI LA DERMATOLOGIA OLTRE LA PELLE, UN APPROCCIO CLINICO INTEGRATO; in particolare verificato EVENTO ECM erogato durante il congresso: evento ECM N. 326103 – verificati: Pratica ECM 326103 – Corso di Dermatoscopia Data: 15/09/2021 - Id. 326103 - Edizione: 1 + Programma Scientifico corredato da CV Relatori, Ore, Crediti ECM, destinatari; verificato Report qualità percepita 326103 media 4,54 (min 1 – max 5) su vari parametri: Rilevanza argomenti, Qualità educativa, Utilità evento, Tempo, Influenze sponsor I dati "qualitativi" (media e varianza) vengono inviati ad AGENAS che riporta sistematicamente l'andamento della qualità percepita per ogni Accreditato. Verificata Relazione Formazione ADOI 2021 del 29/03/2022 a firma del Presidente:

A) Elenco eventi realizzati: 16 eventi 1 RES e 3 FAD

B) Confronto tra il Piano Formativo programmato ed il realizzato: A.D.O.I. ha realizzato 12 eventi su 17 programmati con la seguente percentuale: 70,59%

C) Numero di partecipanti per ogni evento (Es. Evento n. 291469, FAD, 55 Partecipanti);

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

D) Rilevazioni statistiche finalizzate al miglioramento dell'offerta formativa nei suoi aspetti organizzativi (qualità percepita, implementazione): analisi statistica svolta tasso di gradimento complessivo: 4,59 su 5 con una varianza media di 0,91

E) Aspetti economico-finanziari

F) Quantità complessiva delle risorse (dettagliato per singolo evento)

G) Autodichiarazione Presidente adempimento a tutti gli obblighi informative come provider ECM.

Risorse

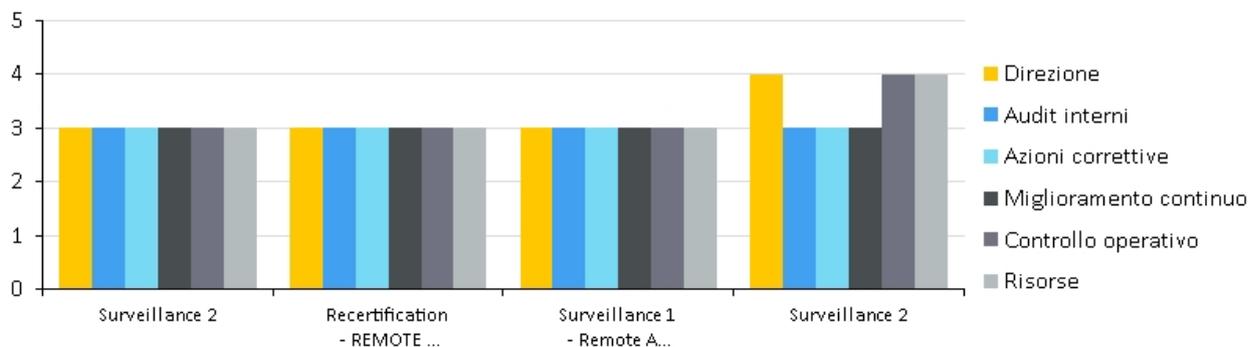
Maturo

Le risorse richieste per il mantenimento efficace e il miglioramento del sistema di gestione sono state definite e ben impiegate. Miglioramenti sono stati notati in aree quali la soddisfazione del cliente e/o delle parti interessate, miglioramento continuo e modifiche al processo. I livelli di competenza sono stati definiti e documentati nel sistema di gestione esistente.

Commenti dell'Auditor:

ITEM NON PREVISTO DAL PROGRAMMA DI AUDIT - TUTTAVIA SI E' VERIFICATO PER LE ATTIVITA' CAMPIONATE LA CAPACITA' DELLA DIREZIONE DI RENDERE DISPONIBILI ADEGUATE RISORSE

Intertek Maturity Model



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:

No

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

KPI ed obiettivi gestiti all'interno del riesame ove si raccolgono tutti i dati registrati attraverso il sistema qualità e si esegue anche l'analisi degli stessi. Riesame della Direzione del 15.02.2022– in ingresso riesame 2021. Informazioni di ritorno da indice di fidelizzazione Iscritti 1513 (calcolati anche i morosi RAPPRESENTAZIONE GRAFICA TREND ISCRITTI) numero che tende a stabilizzarsi 2019, 2020, 2021 – prova dell'arresto del trend negativo registrato prima del 2019 dovuto ad una maggiore attenzione al processo comunicativo dell'Associazione

Dagli elaborati ricavati dai corsi ECM sulla Qualità percepita dai partecipanti è alta - Reclami = 0

Immutate le prestazioni degli outsourcer che si mantengono ottime

Andamento processi::

- Ob. A Aumentare il numero di soci

L'obiettivo è parzialmente raggiunto con un aumento di 30 nuovi soci;

- Ob. B Aumentare il numero di accessi al sito WEB del 5%

L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto per quanto riguarda gli accessi registrando un incremento oltre il 5%. Il n. di accessi risulta pari a 136.375 (contro 126.255 del 2020) con un numero di sessioni in leggera flessione con 77.378 contro 84.060 del precedente anno)

- Ob. C Messa a Sistema del Monitoraggio Progetti di ricerca con aggiornamento del Registro sullo stato dei Progetti, peraltro già previsto dalla Procedura

Obiettivo raggiunto

Commenti e conclusioni in merito all'andamento delle performance del cliente dall'ultimo audit di certificazione/rinnovo (audit di ricertificazione e ultimo audit di sorveglianza prima della ricertificazione)

nel corso del triennio sono emerse opportunità di miglioramento sempre puntualmente prese in carico - buona la performance del SG in tutte le sue parti

Conclusioni in merito ai processi di Valutazione e Trattamento del Rischio

L'analisi del contesto e l'analisi dei rischi sono state aggiornate al 31/12/21 con periodo di riferimento annuale e sulla scorta della Relazione Annuale del Presidente dott. Cusano;

Analizzato e valutato contesto esterno (Le Società Scientifiche nelle Istituzioni, Il COVID, Rapporti con l'esterno) e contesto Interno (analizzate con dovizia tutti i fattori e le parti interessate che impattano sul contesto interno: organizzazione, outsourcer, soci, sede, costi consulenze, ecc)

Pianificazione

L'organizzazione ha elaborato, nell'all. 1 del MGQ l'analisi e valutazione dei rischi che riesamina ad ogni riesame della direzione (15/02/22) confermandola (come in questo caso) o modificandola

Nel suddetto documento i fattori di rischio sono individuati come punti critici nel flusso dei macroprocessi

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

Es.

R4 – realizzazione evento – imprevisto durante la realizzazione P = 2 – G = 3 - R = 6;

Azioni per mitigare: uso check list per la progettazione (EUBEA) - Valutazione sopralluogo (eseguito da Italymeeting outsourcer) – valutazione feedback; Rischio residuo 1 x 3 = 3

Conclusioni in merito al Contesto dell'organizzazione

L'analisi del contesto e l'analisi dei rischi sono state aggiornate al 31/12/21 con periodo di riferimento annuale e sulla scorta della Relazione Annuale del Presidente dott. Cusano;

Analizzato e valutato contesto esterno (Le Società Scientifiche nelle Istituzioni, Il COVID, Rapporti con l'esterno) e contesto Interno (analizzate con dovizia tutti i fattori e le parti interessate che impattano sul contesto interno: organizzazione, outsourcer, soci, sede, costi consulenze, ecc)

Pianificazione

L'organizzazione ha elaborato, nell'all. 1 del MGQ l'analisi e valutazione dei rischi che riesamina ad ogni riesame della direzione (15/02/22) confermandola (come in questo caso) o modificandola

Nel suddetto documento i fattori di rischio sono individuati come punti critici nel flusso dei macroprocessi

Es.

R4 – realizzazione evento – imprevisto durante la realizzazione P = 2 – G = 3 - R = 6;

Azioni per mitigare: uso check list per la progettazione (EUBEA) - Valutazione sopralluogo (eseguito da Italymeeting outsourcer) – valutazione feedback; Rischio residuo 1 x 3 = 3

Impatto di cambi significativi (se applicabile)

NA

Informazioni aggiuntive /questioni irrisolte

NA

Comunicazioni/Cambiamenti durante l'audit (se applicabile)

NA

Riferimenti ad appendici

Piano di Audit (as executed)

Sono stati verificati tutti i turni:

Si

L'audit è stato eseguito in accordo al Piano di Audit soddisfacendo obiettivi, scopi e durata (on-site e off-site) come riportati nel Piano di Audit

Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica **AUDIT REPORT**

L'audit di Sorveglianza 2 è stato condotto totalmente in remoto e secondo il Piano di audit as executed in accordo ai criteri ed agli obiettivi, che sono stati raggiunti; l'utilizzo delle tecniche ITC è stato efficace e non occorre ulteriore tempo di audit.

Portata dell'efficacia e dell'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione (ICT).

Le ICT sono state usate per il 100% dell'audit.

Le ICT usate sono state efficaci nel raggiungere gli obiettivi dell'audit.

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

NA

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Z10_ClientRepresentativeName	Doris Franco - Segreteria Operativa - info@adoi.it
Distribuito a:	Doris Franco - Segreteria Operativa - info@adoi.it

Il presente Report si basa su un campione di evidenze raccolte durante l'audit; pertanto, i risultati e le conclusioni comprendono un elemento di incertezza. Il presente Report e tutti i suoi contenuti sono soggetti ad un riesame indipendente prima di una decisione riguardante la concessione o il rinnovo della certificazione.