

FORMAT PIANO DI AUDIT

Data _____

CAMPO DI APPLICAZIONE DELL'AUDIT

(denominazione della struttura soggetta a visita) _____

TEAM (GAAR):

1 (nome), (funzione) team leader gruppo di audit

2 (nome), (funzione*) membro del gruppo di audit

3 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit

4 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit

5 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit

6 (nome), (funzione) membro del gruppo di audit

* *valutatore, osservatore*

RUOLI ISTITUZIONALI STRUTTURA DA COINVOLGERE (funzione nella struttura)

Responsabile di struttura, es. Rappresentante Legale o suo delegato (obbligatorio per Autorizzazione e Accreditamento)

Responsabile tecnico competente per requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici (obbligatorio per autorizzazione)

Responsabile per requisiti organizzativi (obbligatorio per autorizzazione)

Responsabile ambito qualità/rischio sanitario (obbligatorio per accreditamento)

Eventuali altri responsabili/referenti

DURATA INDICATIVA PER LO SVOLGIMENTO DELL'AUDIT

Riunione apertura audit Inizio ora _____ fine ora _____

Fase dell'audit Inizio ora _____ fine ora _____

Riunione chiusura Inizio ora _____ fine ora _____

DOCUMENTI (EVIDENZE) VERIFICATI IN SEDE DI PRE - AUDIT

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	note
<i>protezione antisismica (es. valutazione vulnerabilità sismica)</i>	
<i>planimetrie accessibilità e assenza di barriere architettoniche</i>	
<i>protezione antincendio</i>	
<i>protezione acustica</i>	
<i>piano strategico con organigramma e funzionigramma</i>	
<i>piano manutenzioni</i>	
<i>inventario delle tecnologie con definizione del ciclo di vita</i>	
<i>certificazione sicurezza elettrica</i>	
<i>DVR ed eventualmente DUVRI</i>	
<i>procedure per la gestione delle tecnologie elettromedicali, informatiche e degli immobili che contenga il ciclo di vita</i>	
<i>dotazione organica distinta per profili professionali e turni di servizio approvati dal responsabile (ultime 3 mesi)</i>	
<i>carta dei servizi</i>	
<i>piano della formazione</i>	
<i>cronoprogramma per adeguamento requisiti strutturali e/o tecnologici (se non già ricevuto con l'istanza)</i>	
ACCREDITAMENTO	note
<i>carta dei servizi</i>	
<i>procedura gestione della documentazione</i>	
<i>riesame della direzione delle non conformità con definizioni delle azioni di miglioramento</i>	
<i>piano della formazione</i>	
<i>piano annuale per la gestione del rischio clinico</i>	
<i>piano della qualità</i>	
<i>procedura per la gestione degli eventi avversi</i>	
<i>evidenza dei flussi informativi alimentati</i>	
<i>raccomandazioni ministeriali implementate coerentemente con la tipologia di struttura</i>	
<i>organigramma e funzionigramma (Risk manager, responsabile qualità e responsabile formazione)</i>	
<i>cronoprogramma per livello avanzato (se non già ricevuto con l'istanza)</i>	
<i>cronoprogramma per livello avanzato ed eccellenza (se non già ricevuto con l'istanza)</i>	
<i>cronoprogramma per livello di eccellenza (se non già ricevuto con l'istanza)</i>	

RISORSE LOGISTICHE NECESSARIE

Sala riunioni

PC collegato alla rete internet

.....

.....

.....

Luogo _____

Data _____

Firma team leader _____