

Assessment Report

TÜVNORD

INFORMAZIONI GENERALI

ragione sociale	GESAN S.r.l.		
sede legale	Via Torino, 14		
CAP	81020	città	San Nicola La Strada (CE)
referente	Dottorressa Loredana Viggiano		
e-mail	loredana.viggiano@gesan.it		
telefono	0371 22781		

INFORMAZIONI SULL'AUDIT

codice audit (ZA)	25101-23-001
norma di riferimento	UNI/PdR 125:2022
tipo di audit	1° Sorveglianza
lead auditor	Melissa Müller
auditor	
esperto tecnico	Antonio De Franciscis
osservatore	--
siti oggetto di audit	Via Torino, 14 – 81020 San Nicola La Strada (CE)
data dell'audit	20-21.03.2025
durata dell'audit	2,0 g/u

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO

norma di riferimento	UNI/PdR 125:2022
numero certificato	UNIPdR125-24/034
campo di applicazione	Misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo relativamente alle attività di: Progettazione e realizzazione di servizi di informazione, consulenza e formazione in ambito sanitario. Gestione dei singoli centri di prenotazione in outsourcing. Fornitura di servizi ICT per il mercato della Pubblica Amministrazione. Fornitura, installazione e manutenzione di hardware e sistemi operativi. Fornitura di servizi di call center e CRM. Sviluppo e manutenzione di software. Erogazione di servizi di application management e servizi di infrastruttura IT. Erogazione del servizio di teleassistenza, telecardiologia e telemedicina.
Codice ATECO	62.09, 33.12, 58.29, 62.02, 63.11, 72.1, 82.2, 95.11
scadenza	14.04.2027
numero addetti	121 (fascia 3)

Assessment Report

Audit plan

TUVNORD

INFORMAZIONI GENERALI

ragione sociale	GESAN S.r.l.	referente	Dottoressa Loredana Viggiano	e-mail	loredana.viggiano@gesan.it
-----------------	--------------	-----------	------------------------------	--------	----------------------------

INFORMAZIONI AUDIT

norma di riferimento	UNI/PdR 125	tipo di audit	1° Sorveglianza	data dell'audit	20-21.03.2025
siti oggetto di audit	Via Torino, 14 – 81020 San Nicola La Strada (CE)				
lead auditor	Melissa Müller	auditor		esperto tecnico	Antonio De Franciscis

data	orario		Riunione di apertura (conferma del piano di audit e del campo di applicazione)	Chiusura rilievi audit precedente	Politiche di parità di genere (6.1)	Pianificazione (implementazione del piano strategico) (6.2)	Attuazione delle azioni del piano strategico e monitoraggio (6.3.1) (6.3.2)	Sistema di gestione - documentazione del sistema (6.4) (6.4.1) (6.4.2)	Monitoraggio degli indicatori (6.4.3)	Comunicazione interna ed esterna (6.4.4)	Audit interni e Gestione delle situazioni non conformi (6.4.5) (6.4.6)	Revisione periodica e miglioramento (6.4.7) (6.4.8)	Pianificazione dello stage 2 e verifica della disponibilità delle risorse	Organizzazione delle interviste al personale	Interviste (personale, Comitato Guida, Direzione)	Indicatori di Performance (KPI) per le organizzazioni (verifica fascia di appartenenza e calcolo dello score) (5) (6.1)	Area cultura e strategia (5.2)	Area governance (5.3)	Area processi HR (5.4)	Area opportunità di crescita ed inclusione delle donne in azienda (5.5)	Area equità remunerativa per genere (5.6)	Area tutela della genitorialità e conciliazione vita-lavoro (5.7)	Analisi di documenti e registrazioni del personale (ad es. contratti, cedolini, permessi e ferie)	Preparazione del report di audit	Riunione di chiusura	sito/ processo	personale coinvolto	iniziali auditor
	inizio	fine																										
20/03/2025	14:00	14:30	X											X												San Nicola La Strada	Resp. Sistema, Comitato Guida, Direzione, HR	MM
	14:30	15:00		X																						San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM
	15:00	16:00				X	X																			San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM
	16:00	16:30						X	X																	San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM
	16:30	17:00								X																San Nicola La Strada	Resp. Sistema, team comunicazione, comitato guida	MM
	17:00	18:00									X	X														San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM
21/03/2025	09:00	10:30													X											San Nicola La Strada	Personale aziendale	MM, ADF

Assessment Report

Audit plan



	10:30	11:30													X																			San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM, ADF
	11:30	13:00														X																		San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida, Direzione	MM, ADF
	14:00	14:30															X																	San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida, Direzione	MM, ADF
	14:30	15:15																X																San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida, HR	MM, ADF
	15:15	15:30																	X															San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida	MM, ADF
	15:30	16:30																		X														San Nicola La Strada	Resp. Sistema e Comitato Guida, HR	MM, ADF
	16:30	17:00																			X													San Nicola La Strada	Resp. Sistema, Comitato Guida, HR	MM, ADF
	17:00	17:30																									X							San Nicola La Strada	Resp. Sistema, Comitato Guida, HR	MM, ADF
	17:30	17:45																											X					San Nicola La Strada	Resp. Sistema, HR	MM, ADF
	17:45	18:00																													X			San Nicola La Strada	Resp. Sistema, Comitato Guida, Direzione,HR	MM, ADF

data 14/03/2025

PROFILO DELL'ORGANIZZAZIONE

presentazione dell'azienda

"Gesam s.r.l. nasce nel 1993 dall'intuizione del Dr. Pasquale Russo di approfondire lo studio delle tecnologie dell'ICT per creare un nuovo modello di gestione clinica. Registrato il marchio CUPT (Centro Unico di Prenotazione Telematica) si realizzò il primo servizio telematico di prenotazioni sanitarie in Italia. In seguito l'azienda ha cominciato ad ampliare il suo ventaglio di prodotti, dalla piattaforma WIRGILIO - ovvero la cartella clinica informatizzata - allo sviluppo di prodotti in grado di condividere le informazioni dei pazienti per l'efficacia delle cure. Dal 2014 controlla la società Theorema s.r.l. acquisendo così prodotti, servizi, certificazioni e referenze che hanno consentito di ampliare l'offerta, specificatamente per la fornitura e l'integrazione di servizi diagnostici (RIS, PACS, LIS). Nel 2017 acquisisce la piattaforma WINCARE per la gestione di dati clinici e sanitari in cardiologia e nella medicina dello sport."

L'azienda dispone di molteplici certificazioni ISO 9001, ISO 14001, ISO 20001, ISO 27001, ISO 13485, ISO 45001.

L'azienda si identifica:

I codici ateco principali, come da visura, sono 62.09, 58.2, 62.2

L'azienda è composta da circa il 58% di donne.

sito n. 1 Via Torino, 14 – 81020 San Nicola La Strada (CE)

campo di applicazione

Misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo relativamente alle attività di:

Progettazione e realizzazione di servizi di informazione, consulenza e formazione in ambito sanitario. Gestione dei singoli centri di prenotazione in outsourcing. Fornitura di servizi ICT per il mercato della Pubblica Amministrazione.

Fornitura, installazione e manutenzione di hardware e sistemi operativi. Fornitura di servizi di call center e CRM. Sviluppo e manutenzione di software. Erogazione di servizi di application management e servizi di infrastruttura IT. Erogazione del servizio di teleassistenza, telecardiologia e telemedicina.

ELENCO DEL PERSONALE DELL'ORGANIZZAZIONE CHE HA PARTECIPATO ALL'AUDIT

nome cognome	ruolo
Dott.ssa Loredana Viggiano	Comitato Guida, Resp. Sistema, referente HR
Dott. Pasquale Russo	Direzione, Comitato Guida
Dott. Francesco Izzo	Consulente sistema di gestione
Dott.ssa Eva Pettenò	Consulente sistema di gestione
Ing. Melissa Müller	Lead auditor
Avv. Antonio De Franciscis	Esperto tecnico

ESECUZIONE DELL'AUDIT DA REMOTO

l'audit è stato eseguito da remoto

☒ no ☐ parzialmente ☐ integralmente

tecnologia utilizzata

☐ MS teams ☐ Cisco WebEx ☐ zoom

Assessment Report

TÜVNORD

l'audit da remoto è stato efficace	si	☐	no	☐
in caso di risposta negativa specificare le motivazioni				

RISULTANZE DELL'AUDIT

aspetto		descrizione
NC A	NC maggiore	Elementi difformi dalla norma di riferimento, sui quali esiste un dubbio significativo che sia in atto un controllo efficace del processo. Elementi difformi dalla norma di riferimento, sui quali sono presenti una serie di non conformità minori che potrebbero dimostrare un fallimento sistemico
NC B	NC minore	Elementi difformi dalla norma di riferimento, che non influiscono sulla capacità del sistema di gestione di raggiungere i risultati attesi
ODM	opportunità di miglioramento	Elementi che consentirebbero l'ottimizzazione del sistema di gestione
CRIT	criticità (solo per stage 1)	Elementi che in stage 2 potrebbero essere classificati come NC
AP	aspetti positivi	Aspetti positivi del sistema di gestione meritevoli di menzione speciale
IPA	informazioni per il prossimo audit	Aspetti da tenere in considerazione nel prossimo audit

DETTAGLI DEI RISULTATI

non conformità

standard	NC A	NC B
UNI/PdR 125:2022	00	00
Per i dettagli delle eventuali NC vedere il documento allegato		

n.	opportunità di miglioramento / criticità	punto norma
1	Al fine di tenere il clima aziendale monitorato, si valuti se intervallare nel corso dell'anno alcune interviste con personale a campione distribuito in varie unità/distaccamenti.	6.3.2.6

n.	aspetti positivi	punto norma
1	Il linguaggio negli annunci di lavoro risulta inclusivo.	6.3.2.1
2	Partecipazione a tavoli di coordinamento con referenti tecnici femminili.	6.3.2.2
3		

n.	informazioni per il prossimo audit
1	
2	
3	

Assessment Report

TÜVNORD

CONCLUSIONI

Il team di audit raccomanda la continuazione della certificazione.

Score KPI 90%

esito dell'audit

è possibile procedere con lo stage 2	☐	non è possibile procedere con lo stage 2	☐
concessione	☐	sospensione	☐
rinnovo	☐	riattivazione	☐
mantenimento	☒	ritiro	☐

COMMENTI PER IL PROSSIMO AUDIT (non applicabile in stage 1)

L'evidenza finale dell'efficacia e dell'implementazione delle correzioni e delle azioni correttive delle eventuali non conformità derivanti da questo audit sarà verificata nel prossimo audit.

La presa in carico delle opportunità di miglioramento sarà verificata nel prossimo audit.

PROGRAMMA TRIENNALE (non applicabile in stage 1)

UNI/PdR 125

prima sorveglianza			seconda sorveglianza		
punto norma	pianificato	eseguito	punto norma	pianificato	eseguito
5	☒	☒	5	☒	☐
6.1	☐	☐	6.1	☐	☐
6.2	☒	☒	6.2	☒	☐
6.3.1	☒	☒	6.3	☒	☐
6.3.2	☒	☒	6.3.2	☒	☐
6.3.2.1	☒	☒	6.3.2.1	☒	☐
6.3.2.2	☒	☒	6.3.2.2	☒	☐
6.3.2.3	☒	☒	6.3.2.3	☒	☐
6.3.2.4	☒	☒	6.3.2.4	☒	☐
6.3.2.5	☒	☒	6.3.2.5	☒	☐
6.3.2.6	☒	☒	6.3.2.6	☒	☐
6.4	☒	☒	6.4	☒	☐
6.4.2	☒	☒	6.4.2	☐	☐
6.4.3	☒	☒	6.4.3	☒	☐
6.4.4	☒	☒	6.4.4	☒	☐
6.4.5	☒	☒	6.4.5	☒	☐
6.4.5.1	☒	☒	6.4.5.1	☒	☐
6.4.6	☒	☒	6.4.6	☒	☐
6.4.7	☒	☒	6.4.7	☒	☐
6.4.8	☒	☒	6.4.8	☒	☐

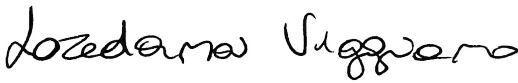
Tutti i documenti (come questo rapporto) riguardanti la procedura di certificazione sono trattati in modo confidenziale dal gruppo di audit e dall'organismo di certificazione. Questo rapporto di audit rimane di proprietà dell'organismo di certificazione.

Un audit è una procedura basata sul principio del campionamento casuale e non può coprire ogni dettaglio

del sistema di gestione. Pertanto, possono ancora esistere non conformità o punti deboli che non sono stati espressamente menzionati dagli auditor nella riunione finale o nella relazione di audit.

La responsabilità per il funzionamento continuo ed efficace del sistema di gestione spetta sempre esclusivamente all'organizzazione controllata e certificata.

Il presente rapporto di audit è soggetto ad approvazione da parte dell'organismo di certificazione. Il processo di veto indipendente potrà comportare modifiche o integrazioni. In questi casi una revisione modificata sarà inviata all'organizzazione sottoposta ad audit.

TÜV NORD ITALIA	ORGANIZZAZIONE
Melissa Müller	Dottorssa Loredana Viaggiano
	

data 21.03.2025