

**VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E
MONITORAGGIO OBIETTIVI**(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)REV. 2
DEL 29.05.17**RAPPORTO DI RIESAME**

Rapporto n°: 01/25

Data : 19.06.2025

Persone presenti:

Cognome e nome	Area/Funzione	Firma
BONAVENTURA Domizio	Direttore Servizi e Personale	
BORRELLI Luisa	Direttore Amministrativo	
SPAGNUOLO Pasquale	Direttore Sanitario	
VIRGILIO Antonella	Medico Interno	
PILONE Antonina	Assistente Sociale	
D'ELIA Antonella	Terapista della Riabilitazione	
DI RENZO Angela	PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA	
DEL ZINGARO Giovanna	INFERM. PROF./CAPO SALA	
PASQUALE Lucia	INFERMIERE PROFESSIONALE	
CAMPOLIETI Mariangela	INFERMIERE PROFESSIONALE	
PANNITTO Maria Angela	INFERMIERE PROFESSIONALE	
DI MEO Angelica	INFERMIERE PROFESSIONALE	
LECCESE Sonia	INFERMIERE PROFESSIONALE	
TARTAGLIA Antonietta	OSS	
COLAVITA Raffaele	OSS	
FALCONE Ivana	OSS	
DI MAIO Daniela	OSS	
D'AMICO Antonella	OSS	
GIULIANO Antonio	OSA	
VALENTE Giuseppina	AIUTO CUOCO	
VECERE Mariasaveria	AIUTO CUOCO	
IAMARTINO Giuseppina	AUSILIARIO	
IAMARTINO Marilina	AUSILIARIO	
SANTOPOLO TONICA	INTERTIERE PROFESSIONALE	
DE CHIARA VINCENZO	OSS	



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

DOCUMENTI ESAMINATI IN INGRESSO

↳ Rapporto ente di certificazione	↳ Politica e Manuale della Qualità
↳ Rapporto di Audit Interno	↳ Esiti valutazione fornitori
↳ Questionari di Customer Satisfaction utenti e personale	↳ Esito Analisi del rischio
↳ Reclami dei clienti	↳ Esiti Analisi del contesto e parti interessate
↳ Piano annuale del risk management	↳ Piano formazione
↳ Piano attività - monitoraggio obiettivi ed indicatori - opportunità di miglioramento	↳ Piano acquisti attrezzature
↳ Non Conformità/azioni correttive e preventive	↳ Verbali di riunione interna
↳ Modifiche apportate al sistema di gestione per la Qualità che possono avere effetti sul sistema di gestione per la qualità	↳ Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami
↳ Cambiamenti dei fattori interni ed esterni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità	↳ Adeguatezza delle risorse

ELEMENTI IN USCITA AL RIESAME

- Opportunità di miglioramento
- Esigenze di modifica al sistema di gestione per la qualità
- Risorse necessarie



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

1 Sommario

1	RAPPORTO DI RIESAME.....	1
2	MISSION E VALORI.....	3
3	CAMPI PRIORITARI DI AZIONE E METODI D'INTERVENTO	3
4	ESITI ANALISI DEL CONTESTO E PARTI INTERESSATE	3
5	VERIFICA DELLA POLITICA DELLA QUALITÀ, DEL MANUALE E DELLE PROCEDURE	3
6	ADEGUATEZZA DELLE RISORSE.....	3
6.1	Adeguatezza risorse umane:.....	3
6.1.1	Formazione.....	3
6.2	Adeguatezza infrastrutture ed ambienti di lavoro:.....	3
6.3	Adeguatezza apparecchiature:	3
7	ANALISI DELLE PRESTAZIONI DEI FORNITORI	3
8	EFFICACIA AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITÀ	3
9	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	3
10	COMUNICAZIONI INTERNE ED ESTERNE	3
11	SODDISFAZIONE DEL CLIENTE ED INFORMAZIONI DI RITORNO DALLE PARTI INTERESSATE RILEVANTI	3
11.1	Risultato ottenuto dai questionari somministrati agli ospiti :.....	3
11.2	Risultato ottenuto dai questionari somministrati ai familiari :.....	3
12	ANALISI DEI RAPPORTI DI AUDIT INTERNO.....	3
13	ANALISI DEI RAPPORTI DI AUDIT ESTERNO	3
14	RAPPORTO SULLO STATO DELLE NON CONFORMITÀ - AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	3
14.1	AZIONI PREVENTIVE	3
15	LIVELLO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI GENERALI PROPOSTI NEL PRECEDENTE RIESAME	3
16	PIANIFICAZIONE OBIETTIVI GENERALI DA RAGGIUNGERE.....	3
17	TABELLA OBIETTIVI ED INDICATORI	3
18	MONITORAGGIO CADUTE.....	3
19	MONITORAGGIO LESIONE DA DECUBITO	3
20	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PER AREA (MEDICO/INFERMIERISTICO - SOCIO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVA)	3
21	EVENTUALI INDICAZIONI E SUGGERIMENTI DA PARTE DEL PERSONALE:.....	3
22	COMMENTI E CONCLUSIONI	3



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

2 MISSION E VALORI

La nostra residenza sin dal sua fondazione si è inserita nel panorama delle strutture socio-sanitarie per anziani autosufficienti e non, col preciso scopo di "offrire un servizio qualificato " ponendo il paziente al centro dell'attenzione, sia dal punto di vista sanitario che sociale, in modo da recuperarlo ad una migliore qualità della vita. L'esperienza di questi anni ha consentito di maturare la consapevolezza che il sistema qualità aziendale è un valore irrinunciabile nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie. Il nostro Cliente percepisce la qualità non solo nel momento in cui gli è erogato il servizio, ma anche durante le fasi che lo precedono (informazioni, disponibilità, cortesia del personale di front-office) e lo seguono (informazioni e consigli dello specialista). Durante questi anni abbiamo puntato alla massima disponibilità del centro per il paziente. Abbiamo puntato sulla professionalità, la formazione e l'aggiornamento continuo dei nostri operatori al fine di garantire sempre un servizio efficiente al paziente e aumentare la sua soddisfazione.

COOP.A.S.S. intende mantenere un clima di dialogo e collaborazione sempre più stretto con l'utente, al fine di migliorare la qualità dei Servizi offerti, rendendoli più efficienti e tempestivi, ma soprattutto più vicini alle sue esigenze.


Crediamo che la nostra opera abbia come centro ed obiettivo l'uomo che da noi viene per ricevere aiuto e cura. Crediamo nella missione e nel dovere di assistere il paziente con disponibilità e prontezza e di prestare le cure con competenza. Crediamo che questo Servizio debba essere reso in spirito di fraterna solidarietà, nel rispetto della dignità della persona umana. Questi principi sono condivisi dai medici, dagli infermieri, dai tecnici, dagli impiegati, da tutti gli operatori del Centro.

Ad oggi, i principali impegni nei confronti dei nostri interlocutori (Clienti interni, esterni, fornitori, ecc.) sono:

- Rispetto dei requisiti cogenti
- Rispondenza e conformità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001 e quelli imposti dal regolamento di accreditamento DCA N. 4 DEL 31.01.2017
- Rispetto dei requisiti posti dal sistema e miglioramento continuativo dell'efficacia dello stesso

A fronte degli impegni assunti e del quadro definito si perseguono, attraverso l'attuazione del sistema di gestione per la qualità, i seguenti obiettivi:

- soddisfazione del Cliente
- efficacia nei processi di erogazione dei servizi.
- Miglioramento continuo

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
---	---	--------------------------------

- Garantire il costante aggiornamento del personale
- Garantire lo sviluppo e la diffusione delle politiche per la gestione del rischio clinico

3 CAMPI PRIORITARI DI AZIONE E METODI D'INTERVENTO

Il centro eroga prestazioni socio sanitarie in regime residenziale (RSA) e di residenza protetta (RP) rivolte ad anziani non autosufficienti portatori di patologie croniche ed a rischio di instabilità clinica. La prestazione socio sanitaria si configura quindi non come un singolo atto assistenziale ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare ed alberghiero. Gli obiettivi in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente riduzione dei ricoveri ospedalieri.

4 ESITI ANALISI DEL CONTESTO E PARTI INTERESSATE

Il contesto dell'organizzazione è l'ambiente in cui il centro si sforza di raggiungere i propri obiettivi strategici, compresi gli obiettivi per la qualità, gestione di i rischi e opportunità.

La struttura è stata interessata nell'anno 2017 da tre importanti novità:

1. Pubblicazione del DCA n. 4 del 31.01.2017 – requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.
2. Ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio per l'attività sanitaria con Determinazione del direttore generale n. 143 del 19.04.2017 di 20pl come RSA e 43 pl come RP per anziani non autosufficienti
3. Ottenimento dell'accreditamento istituzionale della struttura con DCA N. 58 DEL 07.11.2017

Nell'anno 2024 e precisamente in data 02.07.2024, in quanto struttura privata operante in regime di accreditamento istituzionale, abbiamo stipulato l'Accordo Contrattuale ANNO 2024 per l'erogazione di prestazioni sanitarie accreditate istituzionalmente – ex art. 8 – quinquies Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i.

5 VERIFICA DELLA POLITICA DELLA QUALITÀ, DEL MANUALE E DELLE PROCEDURE

Il sistema qualità è stato implementato nel mese di maggio 2017 in conformità alla norma ISO 9001:2015.



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

La necessità di adeguarsi nel 2018 al nuovo Regolamento UE 679/16 in materia di Privacy ha comportato l'aggiornamento di procedure e moduli ad essi collegati. Si rimanda agli elenchi disponibili in allegato:

- Elenco documenti
- Elenco moduli
- Elenco leggi

Il manuale della qualità è stato revisionato in data 19.05.2025, mentre la politica della qualità è stata letta in tale sede e riconfermata.

6 ADEGUATEZZA DELLE RISORSE

6.1 Adeguatezza risorse umane:

Nella struttura attualmente sono presenti 25 lavoratori di cui (21 dipendenti e 4 liberi professionisti). Il personale interno già dallo scorso anno ha avuto un incremento di n. 1 unità per l'assunzione di un nuovo Infermiere Professionale, figura necessaria per il completamento dell'organico.

Per la determinazione delle figure presenti si rimanda all'organigramma in allegato ed alla definizione dei profili e delle relative mansioni nella POI 6A

6.1.1 Formazione

Vista la notevole importanza che riveste la formazione per le attività aziendali e per garantire un buon livello di qualità del servizio, l'azienda attua un processo formativo che mira ad:

- Incrementare la professionalità del personale
- Mantenere un continuo aggiornamento

Nel corso dell'anno 2024 sono state effettuate le seguenti attività formative :

- Corso Interno tenuto dal Direttore Sanitario :

Prevenzione e trattamento piaghe da decubito per Infermieri, OSS e OSA

- Corso Interno tenuto dal Direttore Sanitario :

Antibiotico Resistenza :come contrastarla per Infermieri:

- Corso Tenuto dalla SAFETY CONSULTING :

Aggiornamento per addetto RLS:



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

- Corso Tenuto dalla SAFETY CONSULTING :

WORKSHOP vantaggi di lavorare in team con metodo LEGO SERIOUS PLAY per tutto il personale.

Sono stati inoltre effettuati - anche se non inseriti nel piano annuale di formazione 2024:

1. CORSO DI FORMAZIONE PER PREPOSTI (N. 1 DIPENDENTE) :

2. CORSO PER ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE (per tutti i lavoratori) .

I risultati della formazione per i neoassunti sono stati buoni .

La direzione per il 2025 tenuto conto

- ☐ della documentazione tecnica e consuntiva prodotta durante l'espletamento delle attività di formazione e delle altre attività aziendali.
 - ☐ Delle NC rilevate nel periodo
 - ☐ Questionari Soddisfazione Ospiti;
- intende organizzare i corsi come da Piano di Formazione (Mod 6A04)emesso il 02/01/2025.

6.2 Adeguatezza infrastrutture ed ambienti di lavoro:

le infrastrutture e gli ambienti di lavoro risultano idonei allo svolgimento delle attività. Come si evince dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio del 19.04.2017

6.3 Adeguatezza apparecchiature:

Gli impianti disponibili nel centro sono stati oggetto di idonea manutenzione da parte di fornitori qualificati.

Il parco macchine a disposizione è adeguato alla tipologia delle prestazioni erogate. E' stato predisposto un piano acquisto attrezzature atto a valutare i seguenti aspetti:

- Evoluzione tecnologica
- Obsolescenza
- adeguamento a norme tecniche
- Disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria
- Valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia e agli aspetti etici

Dalla valutazione degli obiettivi legati alla manutenzione del parco macchine tutta la strumentazione è adeguata agli scopi previsti.

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
---	---	--------------------------------

7 ANALISI DELLE PRESTAZIONI DEI FORNITORI

I fornitori aziendali sono stati tutti schedati e qualificati attraverso l'applicazione di quanto previsto dal nostro sistema di qualità e con l'utilizzo del software COOPASS.

La valutazione viene effettuata attribuendo un giudizio (insuff./suff./buono/ottimo) su quei requisiti ritenuti fondamentali per la continuità del rapporto con i singoli fornitori (Es. qualità del prodotto, affidabilità, rispetto degli accordi contrattuali, capacità di affrontare tempestivamente inconvenienti, rapporto qualità / prezzo ...).

Sulla base delle risultanze viene poi attribuito il seguente giudizio:

QUALIFICATO: (nessuna insufficienza)

QUALIFICATO con riserva (massimo 3 insufficienze)

NON QUALIFICATO (OLTRE 3 insufficienze)

Sulla base di quanto sopra enunciato, durante il mese di APRILE a seguito verifica, tutti i fornitori (fornitori di prodotti e fornitori di servizi) sono stati riqualificati.

8 EFFICACIA AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITÀ

La Coop Ass in conformità alla UNI EN ISO 9001:2015 ha sviluppato dal 2017 attività di pianificazione e controllo con una logica del risk-based thinking, rischio e opportunità, per organizzare tutte quelle azioni/reazioni che dovranno essere poste in essere, per attuare e mantenere attivo efficace ed efficiente il sistema di gestione.

Nel mese di Maggio 2025 è stata effettuata una valutazione dei possibili rischi aziendali mediante analisi del modulo "All.MQ Analisi del Rischio"

Dall'analisi effettuata, risultano due rischi con IPR (Indice di Priorità del Rischio) Medio:

- caduta dei pazienti. Non si definisce alcun piano di azione in quanto si considerano l'età e le caratteristiche cliniche degli ospiti della struttura; le cadute sono per lo più accidentali, dovute al non rispetto da parte del paziente delle disposizioni ricevute dal personale del Centro. Si preferisce mantenere comunque un IPR Medio.
- Infezione da Covid-19. La struttura mette in atto tutte le misure preventive necessarie, ma data la natura del virus si ritiene opportuno mantenere un IPR Medio.

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
---	---	--------------------------------

9 PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica (DCA n. 4 del 31.01.2017) e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, si è proceduto a nominare il seguente gruppo di lavoro con funzione di coordinamento, controllo e sviluppo della politica di gestione del rischio clinico:

- Direzione Sanitaria
- Responsabile Qualità ed Accredimento
- Infermiere

Il Gruppo ha lavorato alla stesura del Piano di Risk Management per l'annualità 2025, dibattendo al suo interno gli obiettivi da perseguire e le azioni da mettere in campo per una gestione integrata del rischio, a partire dall'analisi dei rischi e degli errori maggiormente rilevanti, per frequenza e significatività, nell'ambito delle attività presenti in azienda.

Dalla realizzazione delle attività di risk management che si andranno a programmare, ci si attende nel lungo periodo il conseguimento dei seguenti risultati:

- messa a regime di un sistema di rilevazione, valutazione e correzione dei rischi e degli errori;
- sviluppo dell' appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di in appropriatezza;
- riduzione degli errori e dei sinistri;
- riduzione dei costi del contenzioso;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e dell'operatore, e più vicina al paziente.

10 COMUNICAZIONI INTERNE ED ESTERNE

Le comunicazioni all' interno del Centro sono favorite da riunioni con il personale e dall' affissione in bacheca di tutte le comunicazioni interne.

La Direzione al fine di migliorare la comunicazione con i pazienti e con i familiari garantisce la possibilità di richiedere colloqui con le singole figure presenti previo appuntamento.

E' a disposizione dell'utenza un sito internet.

E' inoltre disponibile in sala d' attesa la carta dei servizi in revisione corrente.

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
--	---	--------------------------------

Allo stato attuale il sistema di comunicazione aziendale sia interno che esterno risulta essere efficace

11 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE ED INFORMAZIONI DI RITORNO DALLE PARTI INTERESSATE RILEVANTI

Durante i mesi di Settembre ed Ottobre 2024 sono stati somministrati dal R.Q. in collaborazione con l'Assistente Sociale n. 36 questionari di cui :

n. 29 agli ospiti

n. 07 ai familiari;

Durante i mesi di Marzo ed Aprile 2025 sono stati invece somministrati n. 36 questionari di cui:

n. 30 agli ospiti

n. 06 ai familiari

11.1 Risultato ottenuto dai questionari somministrati agli ospiti :

AREA	Punteggio Massimo	Punteggio Raggiunto A Marzo 2024	Punteggio Raggiunto a Settembre 2024	Punteggio Raggiunto A Marzo 2025
PERSONALE	100	75.89	76.82	76.76
SERVIZIO SANITARIO E RIABILITATIVO	100	75.89	74.43	74.58
SERVIZIO ALBERGHIERO	100	75	73.81	74.69
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	100	74.70	73.28	74.17
SOCIALIZZAZIONE	100	74.70	74.71	75.00
ORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI	100	75	73.28	74.72
STRUTTURA E AMBIENTE	100	75	73.28	75.00
SERVIZI ESTERNI	100	73.21	73.28	74.58
PUNTEGGIO MEDIO TOTALE	100	74.93	74.11	74.94

11.2 Risultato ottenuto dai questionari somministrati ai familiari :

AREA	Punteggio	Punteggio	Punteggio	Punteggio
------	-----------	-----------	-----------	-----------



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

	Massimo	Raggiunto Ad Aprile 2024	Raggiunto Ad Ottobre 2024	Raggiunto Ad Aprile 2025
PERSONALE	100	84.38	82.14	75.93
SERVIZIO SANITARIO E RIABILITATIVO	100	81.25	82.14	75.00
SERVIZIO ALBERGHIERO	100	79.30	79.46	75.00
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	100	80.21	79.76	79.17
SOCIALIZZAZIONE	100	81.25	76.19	79.17
ORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI	100	81.25	78.57	75.00
STRUTTURA E AMBIENTE	100	81.25	78.57	79.17
SERVIZI ESTERNI	100	87.50	78.57	77.08
PUNTEGGIO MEDIO TOTALE	100	82.05	79.43	76.94

Dai richiamati dati si evince rispetto allo scorso anno :

da parte degli ospiti un grado di soddisfazione pressoché invariato e da parte dei familiari abbiamo , invece, registrato una lieve flessione.

Allo stato attuale si rileva l'efficacia del sistema di "ascolto" dei familiari/caregiver mediante l'utilizzo dei questionari di soddisfazione.

La Direzione valuterà nel prossimo riesame l'eventuale necessità di integrare con ulteriori strumenti di ascolto.

12 ANALISI DEI RAPPORTI DI AUDIT INTERNO

La verifica ispettiva interna, condotta dal consulente della QUALISAN Management in affiancamento al nostro personale durante il mese di **GIUGNO 2025** ha dato esito positivo evidenziando un soddisfacente stato di applicazione del sistema ed un sostanziale allineamento alla norma di riferimento.

Dall' audit interno non sono emerse NC ed osservazioni.

Nel corso del mese di Aprile sono stati effettuati gli **audit clinici** sullo stato delle cartelle cliniche (completezza, chiarezza e congruenza con gli obiettivi prefissati).

13 ANALISI DEI RAPPORTI DI AUDIT ESTERNO

In data 27 Giugno 2024 è stata eseguita la verifica ispettiva di sorveglianza per il mantenimento della Certificazione del Sistema Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015 per " l'erogazione dei

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
---	---	--------------------------------

Servizi Socio –Sanitari in Regime Diurno e Residenziale “ da parte della CSQ Sistema di Certificazione IMQ, gestito in collaborazione con CESI e ISCTI.

Dalla verifica non sono emerse non conformità ma solo una raccomandazione per la quale si sono intraprese le azioni opportune, mediante aggiornamento dell’analisi del contesto aziendale (Rif. MQ Manuale della Qualità Rev 6 del 19/05/2025).

14 RAPPORTO SULLO STATO DELLE NON CONFORMITA’ – AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE

14.1 AZIONI PREVENTIVE

RACCOMANDAZIONE 4.1 n. 1 “ Si raccomanda di riesaminare la valutazione di analisi del contesto e l’analisi dei rischi, con riferimento all’emendamento 1 della norma ISO 9001 (ISO 9001:2015/Amd. 1:2024) al fine di verificare se il cambiamento climatico è una questione rilevante per conseguire i risultati attesi dal proprio sistema di gestione e se le parti interessate rilevanti possono avere esigenze connesse allo stesso “.

Azioni Intraprese : Si è provveduto ad aggiornare il Manuale qualità-Par. 8 , con analisi dell’impatto del cambiamento climatico rif. all’emendamento 1 della norma ISO 9001.

15 LIVELLO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI GENERALI PROPOSTI NEL PRECEDENTE RIESAME

Rispetto agli obiettivi prefissati nell’anno 2024 si segnala quanto segue:

<p>OTTENERE IL RIACCREDITAMENTO DEFINITIVO</p>	<p>RESPONSABILE: DS, RESPONSABILE ACCREDITAMENTO MODALITA’: aggiornamento continuo e rispetto dei protocolli TEMPI: 1 anno</p> <p>STATO: Stipula Accordo Contrattuale ANNO 2024 per l'erogazione di prestazioni sanitarie accreditate istituzionalmente – ex art. 8 – quinquies Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i.</p>
--	---



VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

16 PIANIFICAZIONE OBIETTIVI GENERALI DA RAGGIUNGERE

OTTENERE IL RIACCREDITAMENTO DEFINITIVO	RESPONSABILE: DS, RESPONSABILE ACCREDITAMENTO MODALITA': aggiornamento continuo e rispetto dei protocolli TEMPI: 1 anno STATO:
STIPULA DEL NUOVO CONTRATTO CON ASREM	RESPONSABILE: DS, RESPONSABILE ACCREDITAMENTO MODALITA': aggiornamento continuo e rispetto dei protocolli TEMPI: 1 anno STATO:

17 TABELLA OBIETTIVI ED INDICATORI

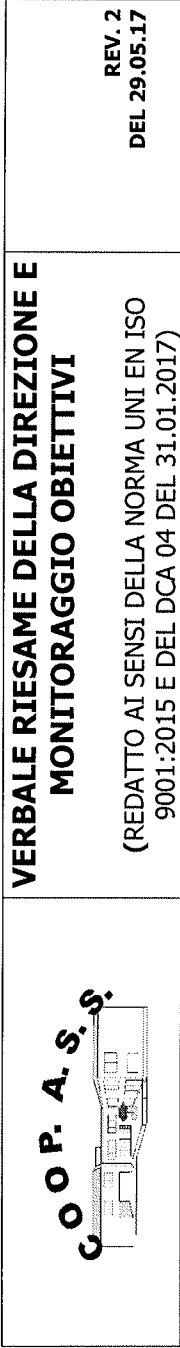
(Periodo 01 Maggio 2024/30 aprile 2025)

AREA	INDICATORE	STANDARD QUALITA'	PUNTEGGIO RAGGIUNTO APRILE 2024	PUNTEGGIO RAGGIUNTO A APRILE 2025	PUNTEGGIO DA RAGGIUNGERE E AD APRILE 2026	AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILITÀ	RISORSE ECONOMICHE DA ATTIVARE
RISK MANAGEMENT	NUMERO EVENTI AVVERSI/NEA R	0/365	32/365 (0.087)	50/365 (0.136)	35/365	IMPLEMENTARE, MONITORARE E MIGLIORARE IL SISTEMA DI RILEVAZIONE E GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	RESPONSABILE SANITARIO	===
	MISSES/ANNO						DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE RISK MANAGER	


RISK MANAGEMENT						
NUMERO CADUTE SU TOTALE OSPITI	<60%	24.9% (9 CASI)	61.9% (24 CASI)		MIGLIORARE ULTERIORMENTE L'ATTUALE L'ORGANIZZAZIONE DEL TURNO DURANTE LE FASI DI SPOSTAMENTO DEGLI OSPITI DALLE CAMERE AI LOCALI COMUNI; PIANIFICARE ATTIVITÀ PER CONCENTRARE OSPITI IN AREE SORVEGLIARE; LIMITARE L'USO DI PARTICOLARI FARMACI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE RISK MANAGER ===
NUMERO GUARIGIONI LESIONI DA DECUB.	=====	13 CASI 56.5%	22 84,6%	85%	FORMAZIONE DEL PERSONALE	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE RISK MANAGER ===
NUMERO LESIONI DA DECUBITO	=====	23 CASI 63.5% DI CUI 15 SVILUPPATE IN	26 CASI 67,0% DI CUI 15 SVILUPPATE IN	50%	MIGLIORARE IGIENE PERSONALE, L'ALIMENTAZIONE, LA	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE ===
SVILUPPATE						
			OSPEDALE/CASA/AL		POSTURA E LA	
			TRE STRUTTURE		RISK MANAGER	
			EN. 08 SVILUPPATE IN STRUTTURA		MOBILIZZAZIONE	
			EN. 11 SVILUPPATE IN STRUTTURA			

RISK MANAGEMENT									
NUMERO DI MATERASSI ANTIDECUBIT O SU NUMERO POSTI LETTO OCCUPATI	100%	29% 11/37	33% 13/38.8	35%	PREVEDERE L'ACQUISIZIONE		RESPONSABILE SANITARIO RISK MANAGER	===	
N° CONTENZIONI /ANNO	0	8 contenzioni Su una media di di 36.20 Ospiti	6 contenzioni Su una media di 38.8 Ospiti	0	MANTENERE ALTO IL LIVELLO DI COMUNICAZIONE E CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI CON I FAMILIARI E CON GLI OSPITI		DS, RQ E CDA RISK MANAGER	===	
NUMERO CARTELLE SOTTOPOSTE AD AUDIT CLINICO/TOT CARTELLE	50%	50%	50%	50%	PIANIFICARE AUDIT CLINICI SULLE CARTELLE CLINICHE COME DA POI 8° E RELATIVA MODULISTICA		DS INFERMIERI RISK MANAGER	===	
NUMERO DI NC DA AUDIT CLINICO	MAX 5	0	0	MAX 5	SENSIBILIZZARE IL PERSONALE ALLA DIFFUSIONE DELLA		RQ DS RISK MANAGER	===	

RISK MANAGEMENT							CONTINUO DELLA QUALITA'									
N. INFORTUNI SUL LAVORO/ANN 0	0	0	0	0	0	0	FAVORIRE LA CULTURA DELLA SICUREZZA MEDIANTE FORMAZIONE AL PERSONALE	0	RSPP MEDICO COMPETENTE RLS RISK MANAGER	===						
GG MEDI DI RICOVERO/TO TALE PAZIENTI IN CARICO	15GG	MEDIA GIORNI RICOVERO 2.4 22 RICOVERI/ 36.20 OSPITI (0.607%)	MEDIA GIORNI RICOVERO 6.9 36 RICOVERI/ 38.8 OSPITI (0.928%)	15 GG	DEFINIZIONE NEL SW GESTIONALE DELLO STRUMENTO PER IL CALCOLO DEI GIORNI MEDI DI ROCOVERO	RQ CDA RISK MANAGER				===						
NUMERO EVENTI AVVERSI DA FARMACO/AN NO	0/365	0	0	0/365	FORMAZIONE AL PERSONALE SULLA CORRETTA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMAOLOGICA ED IDENTIFICAZIONE DEL	RQ CDA RISK MANAGER				===						



Mod 5A01	<i>Modulo</i>
Pag. 18 a 32	

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
--	---	--------------------------------

	GRADO DI RAGGIUNGIM ENTO DEGLI OBIETTIVI PER AREA	100%	63.54%	65.52%	80%	FORMAZIONE PERSONALE. POTENZIAMENTO ATTIVITA' RICREATIVE	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	===
	MEDICO/INFE RMIERISTICA	100%	67.71%	68.97%	80%			
	SOCIO- ASSISTENZIAL E	100%	66.67%	66.38%	80%			
	RIABILITATI VA	100%	65.97%	66.95%	80%	FORMAZIONE PERSONALE. POTENZIAMENTO ATTIVITA' RICREATIVE	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	===
	PERCENTUAL E PAI CHE HANNO RAGGIUNTO GLI OBIETTIVI	100%						

	PUNTEGGIO DEL GRADO DI SODDISFAZIO NE DEGLI OSPITI	100%	74,93	74,94	80%	MIGLIORARE LE COMPETENZE TECNICHE DEL PERSONALE	C.D.A.	===
	PUNTEGGIO DEL GRADO DI SODDISFAZIO NE DEI FAMILIARI	100%	80,21	76,94	80%	MIGLIORARE LE COMPETENZE TECNICHE DEL PERSONALE	C.D.A.	
* FORMAZIONE	AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (ECM)	70% Da 2023	ECM SOLO DI DUE PROF. SANITARI SU 11	Triennio in corso	>90%	SOLLECITO AL PERSONALE	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	
	NUMERO CORSI PIANIFICATI/ NUMERO CORSI EFFETTUATI	100%	4/5 80%	4/4 100%	>80%	GARANTIRE IL RISPETTO DEL PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE	RESPONSABILE FORMAZIONE CDA RQ	

**VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E
MONITORAGGIO OBIETTIVI**

 (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

**REV. 2
DEL 29.05.17**

	NUMERO CORSI EFFICACI/TOT ALE CORSI EFFETTUATI	100%	100%	100%	100%	100%	MONITORAGGIO ESITI VALUTAZIONE EFFICACIA DERIVANTE DAI CORSI DI FORMAZIONE INTERNI ED ESTERNI	RESPONSABILE FORMAZIONE RQ	
		MAX 3	0	0	0	MAX 3	MANTENERE ELEVATI GLI STANDARD ATTUALI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	
GESTIONE DEI RECLAMI	N. RECLAMI	MAX 3	0	0	0	MAX 3	MANTENERE ELEVATI GLI STANDARD ATTUALI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	
	TEMPO MEDIO DI RISPOSTA AI RECLAMI	10GG	-	-	-	10GG	CONSUNTIVO RECLAMI E MONITORAGGIO TEMPI	RQ DS	-
GESTIONE NON CONFORMITA'	NON CONFORMITÀ FORNITORI	MAX 5	0	0	0	MAX 5	MANTENERE ELEVATI GLI STANDARD ATTUALI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	
	CONFORMITÀ DEI PRODOTTI IN ENTRATA	MAX 15	0	0	0	MAX 10	MANTENERE ELEVATI GLI STANDARD ATTUALI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	

	NON CONFORMITÀ APPARECCHIA TURE	MAX 5	0	0	MAX 5	MANTENERE ELEVATI GLI STANDARD ATTUALI	RESPONSABILE SANITARIO DIRETTORE SERVIZI E PERSONALE	
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	%PROTOCOLLI IMPLEMENTATI /TOT PROTOCOLLI	100%	100%	100%	100%	AGGIORNAMENTO CONTINUO	DS RESP. ACCREDITAMENTO	
	UTILE	+2%	Utile di esercizio 2023 € 61.973,63 -26,9%	Utile di esercizio 2024 € 96.765,42 +56,12%	+2%	MANTENIMENTO COSTANTE NUMERO RICOVERI	CDA	
	INCREMENTA RE IL N° DI PAZIENTI PRIVATI	+3%	MEDIA OSPITI 36.20 -2,42%	MEDIA OSPITI 38.8 +7,2%	+ 3%	OTTIMIZZARE L'EROGAZIONE DEI SERVIZI	CDA	

Numero di trasporti superiori a 10 minuti / totale trasporti	<10	0	0	<10	MONITORAGGIO PERIODICO DEL TEMPO DI TRASPORTO DEI CAMPIONI	CDA
---	-----	---	---	-----	--	-----

* Obiettivo non raggiunto

ANALISI DEGLI OBIETTIVI E PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO PER GLI OBIETTIVI NON RAGGIUNTI

Analizzando gli indicatori, si riscontra un obiettivo non raggiunto; ECM del personale sanitario. Si rimanda a fine triennio l'analisi Completa dei crediti ECM maturati.

18 MONITORAGGIO CADUTE

All'interno della residenza è in uso un modulo per la registrazione delle cadute in cui va indicato: il nome dell'ospite, la data dell'evento/luogo caduta/causa/conseguenze/trattamento attuato.

TOTALE CADUTE REGISTRATE NEL PERIODO 01 MAGGIO 2024 - 30 APRILE 2025

Totale casi riscontrati nel periodo	Media Ospiti del periodo	Media Ospiti caduti
24	38.8	61.9 %

Dall'analisi dei dati, emerge che le 24 cadute sono avvenute tutte all'interno della struttura.

Relativamente alle cause, sono tutte da ricondurre a motivi accidentali o ad instabilità dell’ospite.

Relativamente alle conseguenze :

- n.23 casi hanno richiesto solo un controllo post caduta e medicazione;
- n.1 caso ha richiesto il trasporto al Pronto Soccorso per esecuzione RX .

Indicatori		Standard qualità	Punteggio Raggiunto A Aprile 2023 Periodo 01/05/2022- 30/04/2023	Punteggio Raggiunto A Aprile 2024 Periodo 01/05/2023- 30/04/2024	Punteggio Raggiunto A Aprile 2025 Periodo 01/05/2024- 30/04/2025
Numero cadute su totale ospiti		<60%	(4 casi su 37,1 ospiti) 10,8%	(casi su 36.2 ospiti) 24,9%	(24 casi su 38.8 ospiti) 61.9%

Poiché le 24 cadute sono avvenute all’interno della struttura e che la percentuale rispetto all’ultimo anno - è salita dal 24.9% % al 61.9.% è evidente che l’obiettivo della Residenza per il futuro è di :

- Ottimizzare ulteriormente l’attuale organizzazione del turno durante le fasi di spostamento degli ospiti dalle camere ai locali comuni;
- pianificare attività che concentrino gli ospiti in aree meglio sorvegliate (attività animazione , ecc);
- assicurare che gli ambienti siano illuminati e privi di ostacoli;

- porre particolare attenzione alla terapia farmacologica limitando l'uso di quei farmaci che interferiscono con l'equilibrio posturale e con i riflessi;
- favorire la mobilitazione con l'aiuto del fisioterapista.

19 MONITORAGGIO LESIONE DA DECUBITO

All'interno della residenza è in uso un modulo per il monitoraggio delle piaghe da decubito in cui va indicato: la sede della lesione/origine /protocollo medic./frequ.medicz./esiti

PERIODO: 01 MAGGIO 2024 – 30 APRILE 2025

Totale casi riscontrati nel periodo	Media Ospiti del periodo	Media Ospiti con piaghe
26	38.8	67%

Dall'analisi dei dati emerge che dei 26 casi riscontrati, di cui n. 22 risolti (84.6%) :

- n. 15 hanno avuto origine in struttura
- n. 11 hanno avuto origine in ospedale o nella propria abitazione/altre strutture di ricovero

La prevenzione e la cura delle lesioni da pressione è uno degli obiettivi fondamentali della residenza COOP A.S.S. a tal proposito oltre al modulo 7C14 per la registrazione del monitoraggio delle piaghe da decubito (che consente di monitorare l'efficacia dei trattamenti e di elaborare i dati ai fini statistici), utilizziamo l'indice di PLYMOUTH per la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti a rischio che ci permette di richiedere,

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
--	---	--------------------------------

ove necessario, i supporti nutrizionali specifici all’unità operativa complessa di nutrizione clinica del presidio ospedaliero regionale, ben sapendo il ruolo cruciale che ha la mal nutrizione nella comparsa e nella progressione delle ulcere da pressione.

20 GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PER AREA (MEDICO/INFERMIERISTICO - SOCIO ASSISTENZIALE - RIABILITATIVA)

All'interno della Residenza è in uso il modulo 7C12 per l’elaborazione dei PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) .
Il richiamato documento è diviso in 3 aree:

AREA MEDICO/INFERMIERISTICA

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE

AREA RIABILITATIVA

Il punteggio viene così assegnato:
25% = insufficiente
50% = sufficiente
75%= buono
100% ottimo

Entro un mese dall’ingresso in Struttura viene elaborato un PAI per ciascun ospite.

I PAI sono sottoposti a verifica semestralmente da parte dell’equipe socio-sanitaria quindi relativamente **al periodo 01/05/2024 - 30/11/2024 ne sono stati verificati n. 40 PAI con i seguenti risultati:**

AREA MEDICO- INFERMIERISTICA	AREA SOCIO-ASSISTENZIALE	AREA RIABILITATIVA
61.88% BUONO	63.75% BUONO	60.63% BUONO

dal 01/12/2024 al 30/04/2025 sono stati invece verificati N. 29 PAI con i seguenti risultati :

AREA MEDICO- INFERMIERISTICA	AREA SOCIO-ASSISTENZIALE	AREA RIABILITATIVA
65.52% BUONO	68.97% BUONO	66.38% BUONO

Percentuale dei PAI che hanno raggiunto l’Obiettivo

La valutazione complessiva viene effettuata attribuendo un valore in termini percentuali seguendo il seguente criterio:

da 0 a 25% = insufficiente

dal 26 al 50%= sufficiente

dal 51 al 75% = buono

dal 76 al 100% = ottimo

dalla verifica effettuata sono emersi i seguenti dati:

DAL 01/05/2024 AL 30/11/2024 VERIFICATI N. 40

1° PAI	50%	SUFFICIENTE
--------	-----	-------------

2° PAI	58%	BUONO
3° PAI	58%	BUONO
4° PAI	50%	SUFFICIENTE
5° PAI	92%	OTTIMO
6° PAI	50%	SUFFICIENTE
7° PAI	100%	OTTIMO
8° PAI	58%	BUONO
9° PAI	25%	INSUFFICIENTE
10° PAI	42%	SUFFICIENTE
11° PAI	100%	OTTIMO
12° PAI	75%	BUONO
13° PAI	25%	INSUFFICIENTE
14° PAI	67%	BUONO
15° PAI	50%	SUFFICIENTE
16° PAI	58%	BUONO
17° PAI	83%	OTTIMO
18° PAI	75%	BUONO
19° PAI	25%	INSUFFICIENTE
20° PAI	83%	OTTIMO



**VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E
MONITORAGGIO OBIETTIVI**

(REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO
9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)

REV. 2
DEL 29.05.17

21° PAI	25%	INSUFFICIENTE
22° PAI	75%	BUONO
23° PAI	67%	BUONO
24° PAI	83%	OTTIMO
25° PAI	83%	OTTIMO
26° PAI	50%	SUFFICIENTE
27° PAI	83%	OTTIMO
28° PAI	92%	OTTIMO
29° PAI	67%	BUONO
30° PAI	58%	BUONO
31° PAI	92%	OTTIMO
32° PAI	83%	OTTIMO
33° PAI	50%	SUFFICIENTE
34° PAI	58%	BUONO
35° PAI	50%	SUFFICIENTE
36° PAI	50%	SUFFICIENTE
37° PAI	42%	SUFFICIENTE
38° PAI	50%	SUFFICIENTE
39° PAI	50%	SUFFICIENTE

40° PAI	50%	SUFFICIENTE
---------	-----	-------------

Risultato complessivo ottenuto : 62.08 % BUONO

dal 01/12/2024 al 30/04/2025 totale PAI verificati N. 29

1° PAI	92 %	OTTIMO
2° PAI	58%	BUONO
3° PAI	75%	BUONO
4° PAI	67%	BUONO
5° PAI	25%	INSUFFICIENTE
6° PAI	75%	BUONO
7° PAI	100%	OTTIMO
8° PAI	67%	BUONO
9° PAI	25%	INSUFFICIENTE
10° PAI	83%	OTTIMO
11° PAI	75%	BUONO
12° PAI	50%	SUFFICIENTE
13° PAI	75%	BUONO
14° PAI	75%	BUONO
15° PAI	75%	BUONO

16° PAI	50%	SUFFICIENTE
17° PAI	75%	BUONO
18° PAI	50%	SUFFICIENTE
19° PAI	50%	SUFFICIENTE
20° PAI	83%	OTTIMO
21° PAI	92%	OTTIMO
22° PAI	50%	SUFFICIENTE
23° PAI	75%	BUONO
24° PAI	83%	OTTIMO
25° PAI	92%	OTTIMO
26° PAI	50%	SUFFICIENTE
27° PAI	50%	SUFFICIENTE
28° PAI	75%	BUONO
29° PAI	50%	SUFFICIENTE

risultato complessivo ottenuto: 66.95 % BUONO

21 EVENTUALI INDICAZIONI E SUGGERIMENTI DA PARTE DEL PERSONALE:

	VERBALE RIESAME DELLA DIREZIONE E MONITORAGGIO OBIETTIVI (REDATTO AI SENSI DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E DEL DCA 04 DEL 31.01.2017)	REV. 2 DEL 29.05.17
--	---	--------------------------------

22 COMMENTI E CONCLUSIONI

Ai fini del miglioramento la nostra azienda ha investito e continuerà ad investire in consulenza e formazione aziendale a tutti i livelli, con particolare attenzione ai Responsabili di Funzione, per far sì che il nostro sistema di qualità venga aggiornato e migliorato dando sempre nuovi strumenti ai fini del miglioramento organizzativo. In tale sede vengono condivise con tutto il personale la struttura di governo (in allegato) e la politica aziendale.

In tale sede è stata valutata positivamente l'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità che la direzione si è posta e le deleghe attribuite. Si rimanda al prossimo riesame una nuova valutazione.

I presenti, dopo aver accertato che non vi fossero ulteriori questioni da trattare alle ore 18.00 dichiarano chiusa la riunione previa stesura e lettura del presente verbale.