

INDICE

INDICE	1
DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE	2
RISULTATI DEGLI AUDIT	2
LE INFORMAZIONI DI RITORNO DA PARTE DEL CLIENTE	3
LE PRESTAZIONI DEI PROCESSI E LA CONFORMITÀ DEI PRODOTTI E LE AZIONI A SEGUIRE DA PRECEDENTI RIESAMI DI DIREZIONE.....	7
LO STATO DELLE AZIONI CORRETTIVE (E PREVENTIVE);.....	16
LE MODIFICHE CHE POTREBBERO AVER EFFETTI SUL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ;	16
LE RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO	17
ELEMENTI IN USCITA AL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E DEI SUOI PROCESSI;	18
ELEMENTI IN USCITA AL MIGLIORAMENTO DEI PRODOTTI IN RELAZIONE AI REQUISITI DEL CLIENTE;.....	18
ELEMENTI IN USCITA AI BISOGNI DI RISORSE.....	19
RIESAME E VALUTAZIONE DOCUMENTI	19

In data 08.04.2025 si sono riuniti il Presidente e Direttore Generale Stefano Massoli, il Direttore Sanitario Dott. Sabatino Ranieri, il Responsabile Qualità e Responsabile Amministrativo Sig. Alessandro Fastellini, l'Infermiere Professionale Tudor Elena, l'operatrice Sig.ra Pericolini Lavinia al fine di condurre il Riesame annuale di Direzione, come previsto dal nostro Sistema di Gestione per la Qualità.

DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE

Il Monastero ritiene imprescindibile, come da anni ormai, l'applicazione del Sistema di Gestione della Qualità auspicando una sua continua evoluzione e miglioramento nel tempo, poiché tale sistema contribuisce in maniera efficace alla rendicontazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche di cui usufruisce Il Monastero per l'erogazione dei propri servizi agli ospiti residenti e quindi alla sostenibilità della Cooperativa, nonché al proseguimento dell'erogazione di servizi socio-sanitari essenziali per la comunità.

La nostra organizzazione ha allineato il proprio Sistema di Gestione per la Qualità alla norma UNI EN ISO 9001:2015 fermo restando i requisiti di Accredimento della Regione Umbria. Questi fattori sono tanto più importanti, se si considera la congiuntura economica attuale e le difficoltà oggettive in cui si è venuta a trovare la Cooperativa così come altre strutture analoghe del territorio.

Di seguito saranno analizzati punto per punto gli elementi di valutazione dell'efficacia del sistema e sarà presentato l'indirizzo per il 2026.

Il nostro cliente principale è sempre rappresentato dagli ospiti della Residenza Protetta e dai loro familiari, il nostro committente principale è la ASL n. 1 seguito dai clienti privati.

RISULTATI DEGLI AUDIT

Nel corso del 2024 sono stati effettuati n. 31 audit interni che hanno esaminato tutti gli elementi chiave del Sistema di Gestione per la Qualità, sia gestionali che operativi, compresi i verbali formazione con i rispettivi audit di valutazione periodica.

Gli audit sono stati eseguiti secondo la pianificazione effettuata ad inizio anno ed in particolare sono stati effettuati audit sui processi gestionali e audit nei servizi di seguito descritti: servizio ristorazione, servizio pulizie e lavanderia, servizio infermieristico e fisioterapico, servizio socio assistenziale.

Gli elementi emersi saranno oggetto di un lavoro di aggiornamento del SGQ per renderlo conforme alle nuove disposizioni regionali, in attesa della verifica da parte della Regione Umbria.

Gli elementi che sono stati presi in considerazione durante gli audit hanno riguardato l'andamento generale dei servizi ed il grado di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità alcuni dei quali portati a termine con il supporto del consulente, mentre gli altri sono stati effettuati dagli auditor interni appositamente individuati e formati.

Dall'analisi dei risultati degli audit si evince un buon grado di implementazione del Sistema di Gestione per la Qualità. Le Non Conformità riscontrate sono state opportunamente gestite e in alcuni casi hanno dato origine ad Azioni Correttive.

Le azioni correttive aperte riguardano:

- il servizio pulizie/lavanderia nel quale la situazione dovrà essere rivalutata viste le criticità emerse in sede di audit interni e di controllo ordinario;
- l'aggiornamento dei PAI, il calendario delle attività degli ospiti, dovranno essere monitorati e aggiornati come la proprietà del cliente, anche in vista del prossimo accreditamento regionale. Per il dettaglio di questa analisi si rimanda ai successivi punti 4 e 5 del presente Riesame di Direzione.

LE INFORMAZIONI DI RITORNO DA PARTE DEL CLIENTE

La rilevazione della soddisfazione dell'ospite è entrata ormai a far parte dell'attività di monitoraggio continuo rispetto al miglioramento della qualità di vita dell'ospite soprattutto con le rilevazioni periodiche dell'èquipe, specialmente per quegli ospiti che non sono in grado di esprimersi.

Gli elementi valutati nel questionario per i familiari sono stati la modalità di accoglienza dell'ospite presso la struttura e le relative informazioni fornite, la qualità percepita rispetto ai servizi alberghieri e l'adeguatezza degli spazi e degli arredi, la cortesia del personale e le attività dei vari servizi, nonché alcuni aspetti legati alla cura personale dell'ospite.

Nel 2024 i questionari raccolti sono stati 20 somministrati nel mese di giugno e dicembre, ma l'anno appena trascorso ha visto un ampio turn-over di ospiti visti i numerosi decessi, ed i conseguenti reintegri da parte soprattutto dei privati.

I questionari di soddisfazione del cliente hanno avuto esito positivo attestandosi quasi completamente in giudizi che vanno tra buono e ottimo.

Per quanto riguarda il Committente ASL UMBRIA 1 si intendono valutare gli esiti delle varie verifiche ricevute nel corso dell'anno 202 che sono state le seguenti:

- Rinnovo certificazione annuale di CERMET a novembre 2024 UNI EN ISO 9001:2015 senza nessuna n.c. rilevata;
- Controllo NAS nel quale non sono emerse rilevazioni;
- Controllo Asl annuale con esito positivo ad aprile e ottobre.

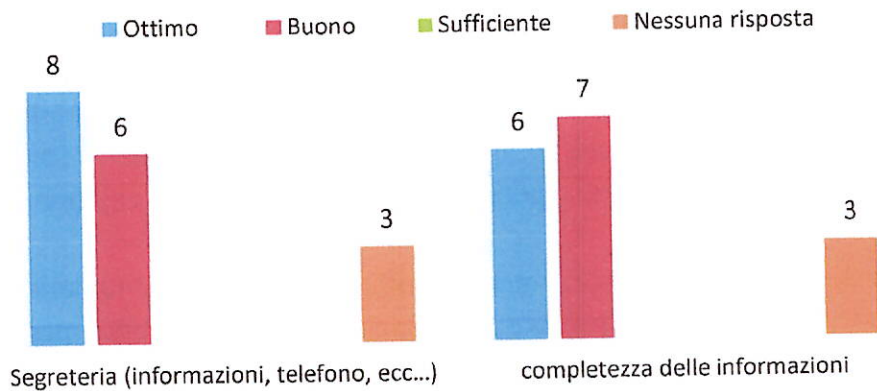
Segnalazioni positive ricevute tramite i questionari:

Per quanto riguarda i risultati dei questionari sono rimasti in linea con le annualità precedenti e non emergono criticità importanti a riguardo dello svolgimento dei vari servizi. Nel corso dell'anno 2024 rispetto all'anno precedente sono migliorati come valutazione in generale.

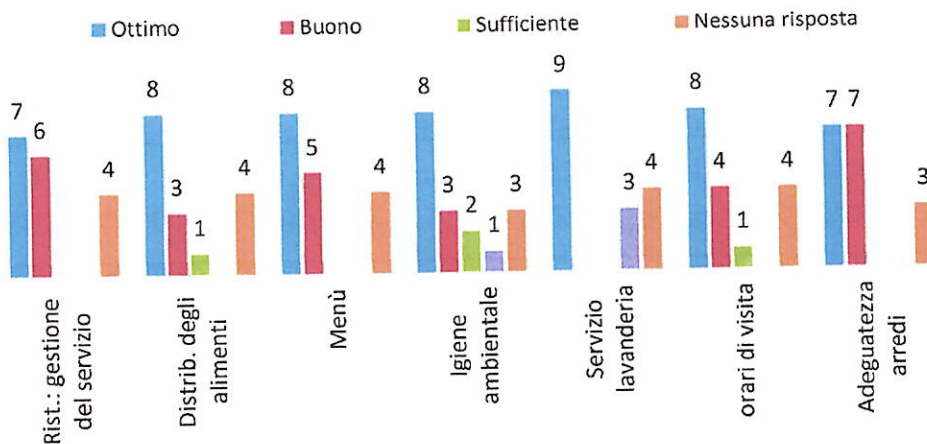
Vanno comunque evidenziati delle valutazioni di sufficienza ed insufficienza sia sul servizio pulizie e lavanderia che sulle attività dell'ospite, che negli altri anni non erano emerse.

QUESTIONARI ANNO 2024

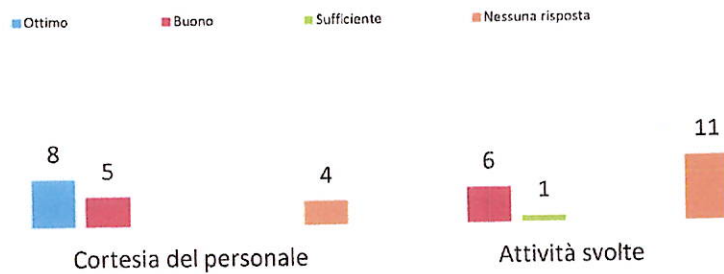
UFFICIO AMMINISTRAZIONE



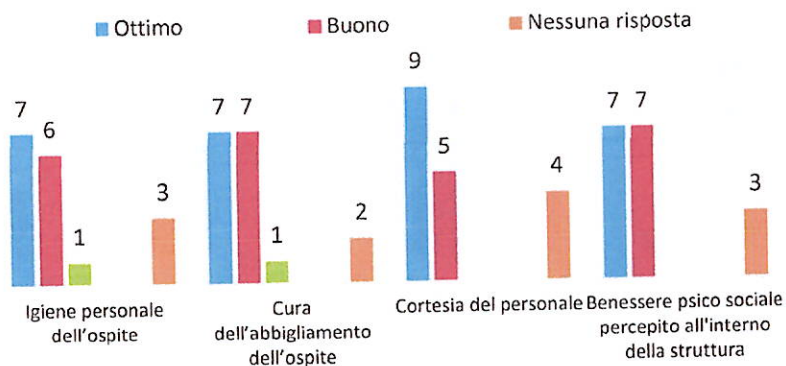
SERVIZI ALBERGHIERI



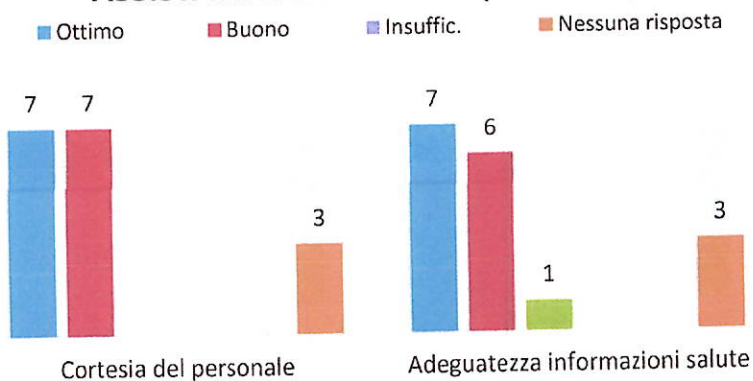
SERVIZIO ANIMAZIONE



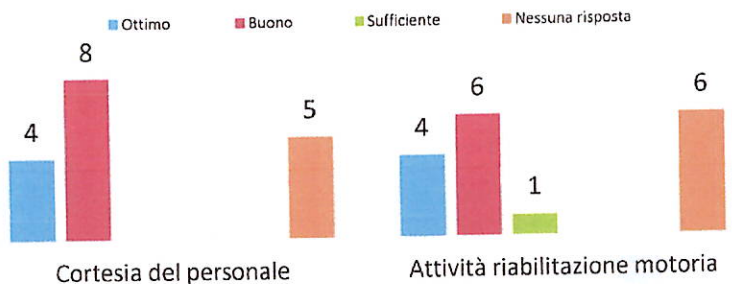
ASSIST.SOCIO SANITARIA (PERS. OSS)



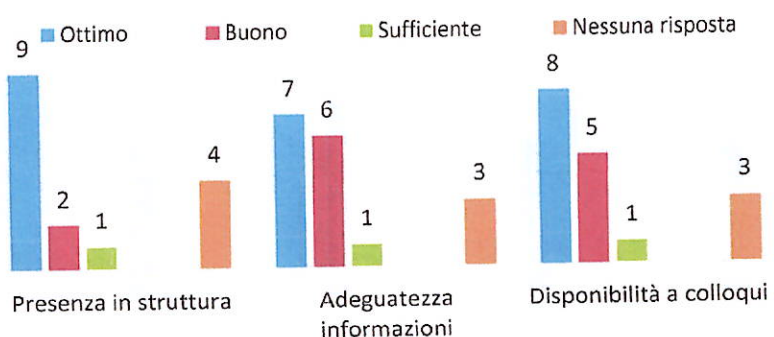
ASSIST. INFERMIERISTICA (PERS. I.P.)



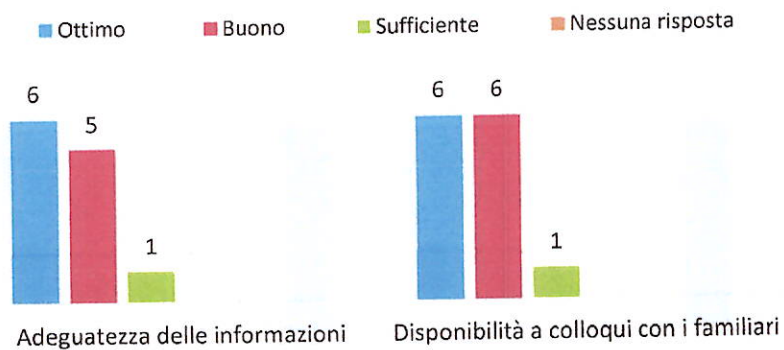
ASSIST. RIABILITATIVA



ASSISTENZA MEDICA (DIRETTORE SANITARIO)



ASSISTENZA MEDICA (MEDICO DI BASE)



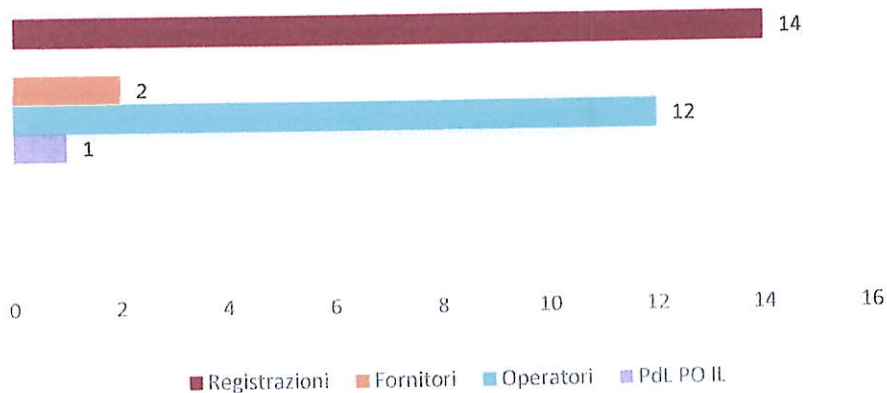
LE PRESTAZIONI DEI PROCESSI E LA CONFORMITÀ DEI PRODOTTI E LE AZIONI A SEGUIRE DA PRECEDENTI RIESAMI DI DIREZIONE

Relativamente alla prestazione dei processi e alla conformità dei servizi, tali elementi sono stati valutati sia internamente attraverso le attività di audit, precedentemente illustrata, che attraverso la rilevazione delle non conformità, con l'analisi dei dati provenienti dai questionari di soddisfazione del cliente.

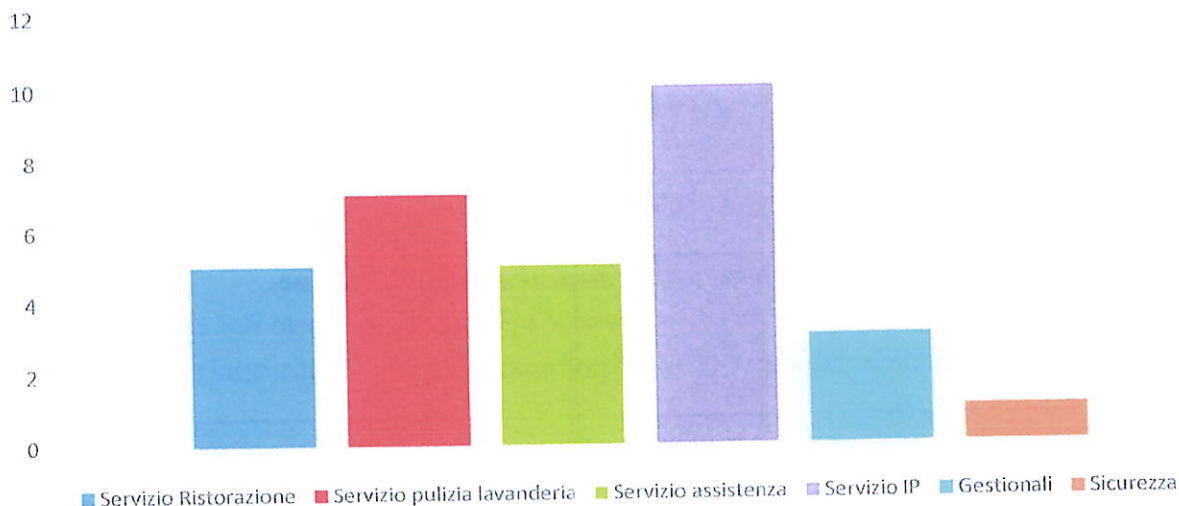
In totale sono state rilevate n. 22 non conformità trattate all'origine.

Le non conformità hanno riguardato tutti i servizi e nella maggior parte dei casi si trattava di registrazioni non effettuate, relativamente alla tipologia delle Non Conformità rilevate nel 2024 la suddivisione è la seguente:

TIPOLOGIA N.C.



NON CONFORMITA' PER SERVIZI



Le azioni effettuate a partire dal precedente Riesame di Direzione riguardano principalmente le attività espletate per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle tabelle Mod. 64 allegate al precedente Riesame di Direzione.

Rispetto al **Piano della formazione del 2024** si rendiconta quanto segue:

1. Politica qualità, codice etico, regolamento interni, riesame; piano di miglioramento, analisi del rischio 10/12
2. Obiettivi strategici budget e piano miglioramento, piani generali ed individuali, piani tempo libero, piani sanitari 10/12
3. Controllo e grado di conseguimento obiettivi; condivisione delle modalità della formazione interna e cogente e della valutazione ed esiti d'efficacia della formazione dell'anno corrente con il gradimento. Piano di miglioramento 10/12
4. Presa in carico, eleggibilità e criteri, lista d'attesa, carta dei servizi, valutazione multifunzionale iniziale e i PAI , primo colloquio, coinvolgimento familiari nel percorso di cura 29/03
5. Gestione del paziente: dalla presa in carico al percorso socio assistenziale riabilitativa, trasferimento, dimissione decesso 18/03
6. Sistema di gestione e accreditamento, manuale, protocolli, procedure, istruzioni, allegati e registrazioni (elenco documenti interni) 20/03
7. Piano aziendale della gestione del rischio: formazione sensibilizzazione specifica Analisi e valutazione, rischio operatore : rischi chimico, fisico e biologico, rischio eventi atmosferici, raccolta dati, evento sentinella e avversi, audit direttore sanitario, FMECA, SWR 05/04
8. Gestione del rischio clinico e degli eventi avversi; Rischio cadute, Rischio LDD, rischio infezioni urinarie, violenza su operatore, rischio suicidio, malnutrizione. Comunicazione da parte dell'operatore degli eventi avversi 05/04

<p>IL MONASTERO SOC. COOP. SOCIALE</p>	<p>RIESAME DI DIREZIONE ANNO 2025</p>
<p>9. Gestione attrezzature, impianti e dispositivi, nuove tecnologie; utilizzo manutenzione e dismissione delle attrezzature 10/01</p>	
<p>10. Analisi soddisfazione clima interno, analisi soddisfazione cliente, raccolta reclami, raccolta suggerimenti 10/12</p>	
<p>11. Gestione struttura, sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;, entrata e uscita operatori, gestione emergenze, sistema comunicazione 10/01</p>	
<p>12. Documentazione linee guida, raccomandazioni, +EBM EBN(elenco documenti esterni) 20/04</p>	
<p>13. Gestione farmaci, piani di monitoraggio, registrazione dati, farmaci LASA, gestione carrello emergenza e farmacovigilanza 25/09</p>	
<p>14. Gestione per processi fondamentali e supporto 25/09</p>	
<p>15. Centralità cliente, empatia, congruenza, accettazione e presa in carico, comunicazione interna ed esterna, negoziazione e gestione dei conflitti; coinvolgimento del paziente e/o familiare caregiver nel percorso assistenziale. Comunicazione da parte dell'operatore degli eventi avversi e counselling.; humanizzazione 05/04</p>	
<p>16. processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative 25/09</p>	

Rispetto alla programmazione il Piano è stato rispettato.

L'informativa sulla sicurezza è stata effettuata sia dai tirocinanti oss sia per il volontario del servizio civile che hanno svolto il servizio all'interno della struttura:

- 10.03.2024
- 20.04.2024
- 05.09.2024

I controlli effettuati tramite ceck-list interna non hanno riscontrato n.c. e la formazione è stata effettuata al personale sui punti inerenti la ceck-list di accreditamento regionale.

Nel corso dell'anno 2024 è stato aggiornato il corso HACCP per tutto il personale, aggiornato il corso RLS ed effettuata la formazione secondo il piano formazione.

CLIMA AZIENDALE SODDISFAZIONE DA PARTE DEI CLIENTI INTERNI

A settembre del 2024 è stato somministrato il questionario stress da lavoro correlato con esito positivo; in merito al questionario di soddisfazione dei clienti interni sulla formazione effettuata si attesta una valutazione medio alta.

RISULTATI DELLA VALUTAZIONE DEI PROCESSI MANAGERIALI, CLINICI E ASSISTENZIALI

La Politica della qualità dovrà essere aggiornata per il triennio 2024-2026.

Di seguito viene illustrato il raggiungimento o mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi fissati per l'anno 2024:

- **OBIETTIVO 1 “MIGLIORARE IL SERVIZIO OFFERTO E LA SODDISFAZIONE DEL PERSONALE”**
- INDICATORE “COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE NEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE E ALLA SPERIMENTAZIONE DEL LORO UTILIZZO CON L'EFFETTUAZIONE DI RIUNIONI INFORMATIVE E AUDIT”
Nel 2024 gli operatori sono stati coinvolti in riunioni riguardanti l'organizzazione interna, tematiche riguardanti le problematiche della struttura, precedenti l'assemblea dei soci.
- INDICATORE “EFFETTUARE UN'OPPORTUNA FORMAZIONE DEL PERSONALE”
In merito alla formazione prevista nei punti previsti nel disciplinare di accreditamento basta fare riferimento al Piano della Formazione dell'anno 2024 dove sono stati fatti incontri formativi con il personale ed è stato poi verificato il grado di apprendimento tramite audit a distanza di almeno tre mesi.
I temi hanno riguardato:
 - Politica qualità, codice etico, regolamento interni, riesame; piano di miglioramento, analisi del rischio, Piano aziendale della gestione del rischio: formazione sensibilizzazione specifica Analisi e valutazione, rischio operatore: rischi chimico, fisico e biologico, rischio eventi atmosferici, raccolta dati, evento sentinella e avversi, audit direttore sanitario, FMECA, SWR
 - Gestione del rischio clinico e degli eventi avversi; Rischio cadute, rischio LDD, rischio infezioni urinarie, violenza su operatore, rischio suicidio, malnutrizione, ecc....
- **OBIETTIVO 2 “GARANTIRE LA CONTINUITÀ OCCUPAZIONALE E LA SOSTENIBILITÀ DELLA RESIDENZA PROTETTA”**
- Indicatore “Accreditamento della struttura secondo il regolamento di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Regione Umbria”
Nel mese di NOVEMBRE 2024 è stata effettuata la consueta verifica di sorveglianza annuale riguardante il sistema qualità in base alla nuova normativa UNI EN ISO 9001:2015, con nessuna n.c. rilevata.

- INDICATORE “INTERVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE DEL COMMITTENTE PER IL MANTENIMENTO DEL NUMERO DI POSTI OCCUPATI A FRONTE DELLA CONVENZIONE CON LA ASL N. 1”

L'anno appena trascorso è stato in termini di presenze degli ospiti abbastanza soddisfacente in quanto c'è stato un basso turn-over degli ospiti, per quanto riguarda gli inserimenti da parte delle Asl abbiamo avuto n. 5 ricoveri sollievo temporanei per 1 mese.

Da registrare un alto tasso di presenza di ospiti privati e un basso numero di ricoveri ospedalieri.

Il risultato che emerge nell'anno appena trascorso che hanno riguardato principalmente il Distretto del Perugino e la MVT ed il turn-over degli ospiti privati, tra un decesso e soprattutto i ricoveri ospedalieri che rappresentano un dato importante con 110 giorni vuoti. PERCENTUALE PRESENZA: MVT 80% PRESENZE Perugino 97%

- INDICATORE “RIDURRE I COSTI DI GESTIONE ATTRAVERSO L'ATTUAZIONE DI UN PIANO DI ADEGUAMENTO CHE CONSENTIRÀ UN RISPARMIO SIA SUL FRONTE DELLE FORNITURE DI PRODOTTI E SERVIZI, SIA SUI COSTI DI GESTIONE/ORGANIZZAZIONE”

Come nelle annualità precedenti le attività si sono concentrate principalmente su questo indicatore, al fine di riequilibrare la situazione economica.

In merito a ciò abbiamo consolidato il rapporto qualità/prezzo con i fornitori, i costi per i servizi di consulenza sono stati praticamente annullati avendo effettuato le attività internamente ed è rimasto invariato lo sconto sul canone di locazione.

Il bilancio al 31.12.2024 risulta in attivo pari ad €. 34.476,00.

- INDICATORE “MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEGLI OSPITI”

Gli standard e gli indicatori di miglioramento relativi agli elementi critici del servizio sono stati elaborati dal Direttore Sanitario e registrati nel mod. 64 rev. 01 allegato al presente Riesame di Direzione.

In merito a tali indicatori analizzando quello relativo alle misure di protezione e contenzione fisica si rileva che quasi la totalità degli ospiti necessita di tali strumenti stante le condizioni psico-fisiche sia degli ospiti presenti che dei nuovi inserimenti che sempre più avvengono per persone in gravi condizioni di non autosufficienza.

● **INDICATORE “AUMENTARE I POSTI PER NON AUTOSUFFICIENTI”**

Con Determinazione Dirigenziale n. 9919 del 18.12.2015 che autorizza la struttura all’esercizio per un totale di 25 ospiti di cui 23 in convenzione e n. 2 posti per non autosufficienti; con Determinazione Dirigenziale n. 10675 del 03.11.2016 è stato rinnovato l’Accreditamento triennale per complessivi 25 posti letto.

In data 03.05.2023 è stato rinnovato l’Accreditamento Regionale per tre anni senza n.c. rilevate dai valutatori Regionali.

Nel corso dell’anno 2024 ci sono stati n. 2 controlli Asl e n. 1 NAS tutti con esito positivo.

I nuovi indicatori che inseriremo nel riesame e cioè gli aumenti dei costi energetici e delle spese per farmaci e presidi.

● **INDICATORE “AUMENTO SPESE SANITARIE PER FARMACI E PRESIDI**

● I farmaci e presidi che nelle annualità precedenti acquistavamo a prezzi agevolati visto che siamo una struttura convenzionata con l’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 dallo scorso anno abbiamo iniziato a pagare a prezzo pieno.

● Per fare alcuni esempi:

- garze
- materiale per medicazione piaghe
- clisteri
- farmaci nutrizioni
- carrozzine e deambulatori
- defluissori
- cateteri, sondini, sciroppi, cotone, ecc.....

La stessa cosa vale anche per alcuni farmaci che prima venivano forniti dal Servizio sanitario Nazionale agli ospiti; questo comporta un notevole impatto economico, nonostante il continuo e costante impegno anche a livello di tempo per cercare di individuare il fornitore qualificato con un prezzo sostenibile.

• **INDICATORE “AUMENTO SPESE COSTI ENERGETICI”**

L'aumento esponenziale dei costi dell'energia elettrica e del gas sicuramente avrà un impatto sul bilancio non solo per il periodo invernale, e l'incidenza dell'energia elettrica.

• **INDICATORE “MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEGLI OSPITI”**

Gli standard e gli indicatori di miglioramento relativi agli elementi critici del servizio sono stati elaborati dal Direttore Sanitario e registrati nel mod. 64 rev. 01 allegato al presente Riesame di Direzione.

In merito a tali indicatori analizzando quello relativo alle misure di protezione e contenzione fisica si rileva che quasi la totalità degli ospiti necessita di tali strumenti stante le condizioni psico-fisiche sia degli ospiti presenti che dei nuovi inserimenti che sempre più avvengono per persone in gravi condizioni di non autosufficienza.

In relazione alle lesioni da decubito si specifica invece che vengono considerate quelle comparse dopo l'inserimento nella nostra struttura e si decide di completare tale indicatore con il dato relativo agli ospiti che presentano lesioni da decubito all'ingresso in struttura e che nel corso dell'assistenza socio-sanitaria da noi erogata migliorano o guariscono, mentre non vengono considerate quelle insorte nel periodo immediatamente precedente al decesso, in quanto non indicative della qualità del trattamento in struttura ma piuttosto della compromissione generale della salute dell'ospite.

Negli ultimi anni infatti abbiamo avuto molti inserimenti di ospiti a fine vita con condizioni gravi e LDD importanti.

Nel corso dell'anno 2024 ci sono state 4 LDD di cui 3 insorte dopo l'ingresso in struttura, causato dalle gravi condizioni fisiche in cui sono entrati gli ospiti.

Rispetto agli anni precedenti si è avuta un'ulteriore riduzione delle **lesioni da decubito**:

2022=2

2023=3 (2 guarite in struttura)

2024=3

L'indicatore relativo alle **cadute** è rimasto costante nel corso del tempo e negli ultimi anni si è stabilizzato; va registrato però che negli ultimi anni si è passati da una situazione di ospiti pressoché non autosufficienti ad una presenza di 1/3 delle persone deambulanti; c'è da riscontrare che non si sono registrate cadute da parte degli ospiti stessi.

Di seguito sono indicate le cadute negli ultimi tre anni:

2022= 2 cadute

2023= 2 cadute

2024=2

In merito alle cadute c'è da registrare che tutte non hanno avute conseguenze gravi nel paziente (ricovero ospedaliero, fratture, ecc....) e che quindi sono state analizzate come episodio comunque da tenere sotto controllo, ma in futuro andremo a considerare le cadute che comporteranno problemi per l'ospite sia a breve che a lungo termine.

STATO NUTRIZIONALE

Il MNA viene somministrato ai pazienti a rischio malnutrizione o malnutriti, allo scopo di integrare l'introito calorico, con una percentuale pari al 30% sul totale degli ospiti annuale.

PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO NUTRIZIONALE

Nel modello 13bis della cucina sono scritte le attività giornaliere del servizio mentre è presente un menù bisettimanale in base alla stagione dove sono evidenziati gli allergeni e sono presenti le schede tecniche dei prodotti alimentari acquistati con specificati tutti i requisiti di sicurezza alimentare.

È presente un manuale HACCP dove sono specificati i vari processi di svolgimento del servizio ristorazione con le rispettive schede riguardanti vari rischi presenti e le procedure di tracciabilità.

INFEZIONI URINARIE

Nel corso del 2024 sono state effettuate 11 rilevazioni tramite la scheda di incident reporting mod. 121 inerenti le infezioni urinarie con 11 ospiti con CV n. 5 senza; sono state compilate le schede delle LDD nel corso dell'anno.

I batteri più comuni sono stati:

- Escheria coli n. 6 casi
- Enterococcus fecalis 2
- Pseudomonas aeruginosa n.1 ecc.....

Rispetto all'anno 2023 il numero delle infezioni è diminuito tramite una valutazione fatta dal Direttore Sanitario sulle possibili cause delle infezioni dovute negli anni precedenti.

MISURE CONTENITIVE

Sono state prese in considerazione le misure contenitive applicate all'ospite nell'arco della giornata senza considerare quelle che riguardano le contenzioni notturne.

Analizzando tale indicatore risultano un numero pari al 30% degli ospiti che nell'arco della giornata hanno tali misure, sottolineando quindi la corretta gestione degli stessi, considerando però anche che alcuni ospiti deambulano ed hanno quindi la possibilità di uscire; va comunque regolamentata l'uscita degli ospiti che deambulano.

ANALISI DI CONTESTO

Negli anni precedenti è stata effettuata l'analisi di contesto e confermata, formalizzata nell'apposito documento in cui vengono presi in considerazione i fattori/elementi relativi sia al contesto esterno che interno all'organizzazione.

Per ogni fattore sono individuati fonte di acquisizione dati, responsabile, frequenza di rilevazione, punti di forza e di debolezza, le azioni a fronte dei punti di debolezza individuati ed il collegamento con gli obiettivi aziendali.

In linea di massima per quanto riguarda il contesto esterno gli elementi salienti riguardano la ricerca di bandi/finanziamenti a sostegno delle attività, la pubblicizzazione dell'attività, il mantenimento della rispondenza ai requisiti cogenti, volontari e contrattuali.

In relazione al contesto interno riguardano la soddisfazione del cliente e del personale attraverso il monitoraggio e la gestione di eventuali problematiche, l'assistenza personalizzata e la continuità occupazionale.

ANALISI VISITE MEDICHE ANNUALI E PERIODICHE

Come sempre annualmente GAMI insieme a RSPP ed al medico del lavoro verificano la situazione annuale dal punto di vista degli infortuni sul posto di lavoro, l'effettuazione delle visite mediche ed i sopralluoghi trimestrali svolti da RSPP nel corso dell'anno.

Non sono stati rilevati infortuni sul lavoro, ed i controlli sono stati svolti con regolarità.

ANALISI DEI RISCHI E DELLE OPPORTUNITÀ

È stata effettuata l'analisi dei rischi e delle opportunità in maniera più approfondita, analizzando ogni singolo processo (principale e secondario) in relazione alla probabilità e alla gravità che l'eventuale evento indesiderato può provocare e definendo per ogni rischio/opportunità le modalità di monitoraggio ed eventuale gestione.

Nello stesso saranno così esplicitati i punti di forza ed i punti di debolezza che dovranno essere migliorati e rafforzati.

È proseguita la collaborazione con uno studio di consulenza riguardo alla nuova normativa sulla privacy, seguendo la parte riguardante la varia modulistica inerente il trattamento dei dati personali di accesso alla struttura e i dati sensibili.

LO STATO DELLE AZIONI CORRETTIVE (E PREVENTIVE);

Le Azioni Correttive hanno avuto origine principalmente dalle rilevazioni effettuate durante lo svolgimento degli audit interni, dato che conferma la bontà delle attività effettuate in questo senso e l'efficacia dell'attività di audit; è necessario rivalutare i servizi oggetto di tali azioni.

LE MODIFICHE CHE POTREBBERO AVER EFFETTI SUL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ;

Le modifiche che potrebbero avere effetti sul Sistema di Gestione per la Qualità sono sicuramente:

- La messa a regime del SGQ dopo la revisione complessiva sia per quanto riguarda le Procedure Gestionali che Operative e la riorganizzazione anche dal punto di vista economico;
- L'esternalizzazione della funzione di RSPP;
- Il consolidamento degli indicatori di struttura per la valutazione dei risultati dei processi afferenti ai servizi erogati;
- La corretta gestione della ridefinizione degli obiettivi a fronte delle verifiche sui PAI.

Con la certificazione UNI EN ISO 9001:2015, si è allineato il sistema in base all'Accreditamento Regionale per le strutture sanitarie socio-sanitarie dell'Umbria i cui requisiti sono definiti nella Check list di Accreditamento emessa dalla Regione.

Il risultato è stato raggiunto senza modificare l'impostazione documentale che risulta coerente al Sistema di Accreditamento, essendo quest'ultimo ed i suoi requisiti imprescindibili per questa organizzazione in quanto la mancata applicazione secondo i requisiti regionali darebbe luogo alla non convenzionabilità dei servizi con le ASL di riferimento.

È stata pertanto effettuata un'analisi dei processi e della documentazione per la verifica dell'attuazione dei requisiti della UNI EN ISO 9001:2015.

Si riscontra che i requisiti della nuova norma sono tutti applicati salvo la necessità di dare maggiore evidenza dell'analisi di contesto, della mappatura dei rischi e modalità di contenimento del rischio.

A tale proposito sono stati emessi due specifici documenti "Analisi di contesto" e "Mappa dei rischi" che si allegano al presente Riesame.

È stato inoltre predisposto un documento guida "Tabella di correlazione requisiti di accreditamento e "UNI EN ISO 9001:2015", che si allega, al fine di dare evidenza dei documenti applicativi di entrambe i requisiti.

Per quanto riguarda la conoscenza organizzativa intendiamo dare evidenza oltre ai requisiti relativi alla “Conoscenza organizzativa” anche delle modalità messe in atto dall’organizzazione al fine di aumentare il grado di “affiliazione” del personale al fine di non disperdere le competenze acquisite nel corso degli anni.

A tale proposito si sottolinea il fatto che quasi tutti gli operatori della Residenza Protetta sono Soci-lavoratori pertanto coinvolti e attori partecipi delle scelte e della vita della Cooperativa.

Le evidenze sono i verbali delle Assemblee dei soci ed i verbali delle riunioni con il personale per le questioni organizzative interne.

Inoltre il clima familiare della Residenza ed il bassissimo turn-over del personale è un elemento di tenuta e rafforzamento del gruppo di lavoro che garantisce la continuità del lavoro; la cooperativa al fine di aumentare la stabilità del personale mette in atto anche elementi contributivi di miglior favore nel rispetto del CCNL.

LE RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

L’Alta Direzione e gli altri partecipanti al gruppo di lavoro per il Riesame di Direzione, raccomandano a tutta l’organizzazione:

- il mantenimento del livello qualitativo raggiunto a fronte delle numerose ed efficaci
- azioni correttive attuate, dall’inizio dell’implementazione del Sistema di Gestione per la Qualità, ad oggi;
- un costante confronto per la segnalazione di problematiche che possono intervenire nel regolare svolgimento dell’attività;
- la massima adesione all’orientamento della soddisfazione del Cliente in tutte le sue particolarità;
- la massima aderenza ed utilizzo degli strumenti implementati, con particolare riferimento agli elementi innovativi del Sistema qualità, la gestione delle proprietà del Cliente, l’attuazione e verifica dei PAI, il monitoraggio degli indicatori chiave del processo di erogazione del servizio.

Inoltre a marzo 2024 la AUSL Umbria 1 ha richiesto alle strutture socio-sanitarie convenzionate di allinearsi ai requisiti aggiuntivi richiesti dalla Giunta Regionale e questo ha visto un aumento della retta giornaliera dell’ospite ma ha visto aumentare di due al giorno il servizio infermieristico, un corso di animatore specializzato per l’Assistente sociale ed una rivalutazione del servizio Infermieristico.

ELEMENTI IN USCITA

ELEMENTI IN USCITA AL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E DEI SUOI PROCESSI;

Gli elementi in uscita dal presente Riesame di Direzione per il miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità sono i seguenti:

1. Piano di audit per il 2024;
2. Effettuazione di incontri con il personale per la condivisione del Sistema e la corretta effettuazione delle registrazioni previste dal Sistema di Gestione per la Qualità;
3. Piano della formazione del personale per il 2025;
4. Predisposizione del Bilancio di Responsabilità Sociale in concomitanza con il Bilancio Amministrativo Consuntivo al 31/12/2024;
5. Mantenere attivo ed aggiornato il Sistema di Gestione per la Qualità della struttura dopo la certificazione UNI EN ISO 9001:2015;
6. Allineamento del SGQ in essere al nuovo Disciplinare di Accredimento delle strutture sanitarie e socio sanitarie Regione Umbria.

ELEMENTI IN USCITA AL MIGLIORAMENTO DEI PRODOTTI IN RELAZIONE AI REQUISITI DEL CLIENTE;

Gli elementi in uscita dal presente Riesame di Direzione per il miglioramento dei servizi in relazione ai requisiti del Cliente sono i seguenti:

1. Effettuazione per il 2024 della rilevazione della soddisfazione del Cliente;
2. Miglioramento dell'erogazione del servizio personalizzato all'ospite attraverso la puntuale verifica dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) e ridefinizione degli obiettivi sulla base delle risultanze delle verifiche periodiche;
3. Effettuazione della verifica e rivalutazione dei PAI, attraverso la pianificazione e la puntuale effettuazione di incontri di verifica da parte dell'equipe multidisciplinare;
4. Efficientamento organizzativo;
5. Linee guida del Ministero e raccomandazioni;
6. Perseguimento degli indicatori numerici previsti per gli elementi critici di servizio.

EMERGENZA COVID-19

Nell'anno trascorso è stata fatta attenzione all'emergenza sono state applicate tutte le Linee Guida richieste dal Ministero della Sanità, dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 e la Regione Umbria; non sono più presenti i monitoraggi CHARTA e le altre rilevazioni periodiche, comunque l'attenzione rimane alta.

Elementi in uscita ai bisogni di risorse.

Ricerca fondi per il miglioramento operativo e gestionale della struttura.

Riesame e valutazione documenti

Dal riesame documentale si evince che i documenti sono stati revisionati ed aggiornati periodicamente.

Riesaminando la documentazione non emergono necessità di revisione di tali documenti per cui si conferma la validità di tutti i documenti presenti nella masterlist mod. 01 è aggiornata.

Per quanto riguarda le deleghe presenti in merito agli incarichi di responsabile HACCP si confermano quelle esistenti eccetto per il rischio clinico che passa dalla Dr.ssa Serva al Direttore sanitario Sabatino Ranieri.

PIANO DI MIGLIORAMENTO 2024-2026

Si tratta di obiettivi misurabili e coerenti con la Mission e la Politica della Qualità.

La Direzione Generale si impegna a monitorare costantemente l'avanzamento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi e quindi ad aggiornare il presente Piano di Miglioramento al fine di permettere il riesame delle attività e del Sistema di Gestione per la Qualità per verificarne la rispondenza agli obiettivi fissati.

Il presente Piano di Miglioramento viene strutturato indicando linee di indirizzo per il miglioramento continuo di strutture e impianti, così come i progetti relativi allo sviluppo delle risorse umane, sia di formazione che di benessere che fanno parte integrante del percorso di miglioramento continuo della Cooperativa.

Questi obiettivi sono il risultato, della costante osservazione del lavoro svolto e dell'analisi dei dati a disposizione, soprattutto i dati sull'andamento dei servizi, gli eventi sentinella ed il carico assistenziale.

COINVOLGIMENTO TERRITORIALE

OBIETTIVO 1: SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE

Al fine di ampliare l'offerta dei servizi che la Cooperativa può svolgere si sta portando avanti un progetto per lo svolgimento di servizi a domicilio nelle famiglie della MVT, che costituiscono in assistenza per aiuto all'interno delle famiglie, vari tipi di commissioni, servizi infermieristici, ecc....

Nelle nostre piccole realtà è sempre più necessario fornire questo tipo di servizi alle famiglie in difficoltà e agli anziani, infatti anche in questi anni sono aumentate Cooperative che svolgono questo tipo di servizi.

OBIETTIVO 2: NUOVE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE NEI SERVIZI PER GLI ANZIANI

La nostra Cooperativa da sempre opera nell'ottica di un continuo sviluppo, che tiene conto degli interessi dei suoi ospiti e dei suoi utenti in generale.

Le abitudini, il livello di istruzione, gli hobbies, e quindi le necessità, delle persone che accogliamo oggi riflettono un vissuto, rispetto alla tecnologia, che va via via evolvendo; al piano terra un ufficio a disposizione degli ospiti come postazione internet per gli utenti.

OBIETTIVO 3: "FORMAZIONE PERSONALE"

La formazione del personale è fondamentale per andare incontro alla gestione di anziani fragili ed in merito alle varie problematiche inerenti lo sviluppo di un miglior servizio.

Nel corso degli ultimi anni il personale è stato formato sulla gestione del rischio clinico dalla consulente esterna Dr.ssa Serva Maria Rita su tutte le tematiche a rischio all'interno della struttura (infezioni urinarie, gestione cartella sanitaria, infezioni correlate all'assistenza, ecc.....).

Sono stati fatti incontri in merito anche successivamente sia per presentare nuova documentazione sanitaria, le modifiche dei PDL l'aggiornamento sia sul sistema ISO 9001:2015 e la parte riguardante l'accreditamento regionale.

PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLE STRUTTURE E IMPIANTI

OBIETTIVO 4: RESTILING STRUTTURA DI PROPRIETÀ DELL'ISTITUTO DIOCESANO PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO

Il progetto ha come obiettivo primario la rivalutazione del complesso della struttura in particolare per quanto riguarda l'abbattimento delle barriere architettoniche al primo piano e la realizzazione di ulteriori posti per non autosufficienti.

Si sta valutando la possibilità di intervenire all'ultimo piano con la realizzazione di impianti con pompe di calore che possono servire sia l'inverno con aria calda che l'estate.

Tale intervento diventa prioritario per il benessere degli operatori e degli ospiti.

Nel merito si stanno rivalutando tutti gli spazi per far fronte alle varie necessità che si verificano in fase di progettazione con il proprietario dell'immobile:

- spazi comuni e spogliatoio;
- uffici piano terra;
- magazzini per alimenti deperibili e non deperibili;
- fisioterapia ed altri servizi.

La programmazione di tale intervento deve essere sede di incontri con l'Istituto Diocesano proprietario dell'immobile e la verifica dell'impianto elettrico in essere; l'obiettivo è quello di riuscire ad effettuare l'intervento nell'anno 2026.

OBIETTIVO 5: LAVORI DI MANUTENZIONE ORDINARIA ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA E CONSOLIDAMENTO SERVIZI IN ESSERE

Nel corso di questi due anni sono stati svolti lavori di miglioramento all'interno della struttura quali imbiancatura delle varie stanze e salone di intrattenimento degli ospiti.

Sono state sostituite tutte le luci con LED sia sul salone che negli spazi comuni ed effettuati lavori di sostituzione di infissi all'ultimo piano.

Linea wi-fi con centralino VOIP su tutta la struttura con relativo passaggio dei cavi cablati, vista la tipologia di struttura dislocata in tre piani.

Questo intervento ci ha permesso oltre che la sostituzione del vecchio centralino con telefoni cordless su tutti i piani, di avere la linea internet in tutta la struttura, rendendo così possibile l'effettuazione di videochiamate ovunque.

La programmazione per l'acquisto di apparecchiature elettrobiomedicali o di altra attrezzatura avviene tramite il Finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia tramite la presentazione di un progetto, è stata rimandata alle prossime annualità.

Deve essere rivalutato con il Direttore Sanitario l'acquisto di materiale per il servizio socio-assistenziale o infermieristico tramite la Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia di apparecchiature elettrobiomedicali che possono essere utilizzate all'interno della struttura.

DOBLO' PER SERVIZI ALL'ESTERNO DELLA STRUTTURA.

La struttura possiede un doblò che permette di accompagnare gli ospiti a visite e controlli ed eventuali uscite giornaliere; si sta valutando la possibilità di svolgere servizi di assistenza alle famiglie presso il proprio domicilio o di fornire prestazioni di tipo infermieristico o più in generale fornire vari tipi di servizi all'interno delle famiglie in difficoltà.

La programmazione e la modalità di intervento dovrà essere valutata successivamente.

SERVIZIO CIVILE

Progetto "Time to care"

Da giugno 2022 la Cooperativa per il primo anno si è accreditata per il Servizio Civile; sarà presente per un anno due volontari che svolgeranno attività ricreative come previsto dal progetto e coinvolgerà gli anziani con attività coordinate con AS: lettura giornale, visione film, Memory, ecc.....

Verranno coinvolti altri volontari anche nel corso delle varie annualità.

IL MONASTERO
SOC. COOP. SOCIALE

**RIESAME DI DIREZIONE
ANNO 2025**

Data 08.04.2025

IL PRESIDENTE

IL DIRETTORE SANITARIO

IL RESPONSABILE QUALITA'

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

OPERATORI
