

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

ELEMENTI DI RIFERIMENTO PER IL RIESAME

PARTECIPANTI ALLA RIUNIONE DI RIESAME

Il presente Riesame della Direzione del Sistema di Gestione per la Qualità è effettuato in conformità al requisito 9.3 della UNI EN ISO 9001:2015.

La riunione si è svolta in data 24 febbraio presso la sede della Casa di Cura – RSA Policlinico Italia, in Roma.

Il Riesame è stato presieduto dall'Amministratore Delegato avv. Filippo Monami, con la partecipazione del Vice Presidente dott. Stefano Monami, del Direttore Sanitario Prof. Gianfranco Tarsitani, del Dirigente delle Professioni Sanitarie – Area Infermieristica e Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità dott. Orazio Parello, nonché dei Responsabili delle Unità Operative e dei Servizi aziendali di seguito indicati:

- dott.ssa Maria Chiara Gentile – Medico Responsabile II Raggruppamento Recupero e Riabilitazione Funzionale (cod. 56)
- dott. Marco Ferrari – Medico Responsabile RSA
- dott. Paolo Leone – Responsabile Radiologia
- sig. Tamara Ragni – Capo Ufficio Presidenza
- dott.ssa Francesca Dante – Capo Ufficio Economato
- rag. Marco Ferro – Responsabile Ufficio Tecnico e Servizio Manutenzione.

Ha inoltre fornito supporto tecnico il consulente Sig. Andrea Grieco.

Il Riesame è stato condotto attraverso l'analisi dei dati aziendali, degli indicatori di processo, delle risultanze degli audit, delle segnalazioni dell'utenza e degli esiti delle attività di monitoraggio interno, con l'obiettivo di verificare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, nonché di individuare eventuali aree di miglioramento e necessità di aggiornamento del Sistema.

DOCUMENTAZIONE ED ELEMENTI DI RIFERIMENTO

È stata presa in esame tutta la documentazione prodotta nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità, aggiornata alla data del presente Riesame e conservata secondo le modalità previste dal sistema documentale aziendale:

- Politica e obiettivi della qualità
- Direttive dell'Amministratore Delegato e piani aziendali
- Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

- Procedure Gestionali
- Istruzioni Operative
- Documenti di Registrazione della Qualità e in particolare:
 - a) lo stato delle azioni derivanti da precedenti Riesami di Direzione;
 - b) i cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il Sistema di Gestione per la Qualità, ivi inclusi gli aggiornamenti normativi, le disposizioni regionali in materia di accreditamento istituzionale e le eventuali modifiche organizzative interne;
 - c) le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, compresi gli andamenti relativi:
 1. alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
 2. alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
 3. alle prestazioni di processo e alla conformità di prodotti e servizi;
 4. alle non conformità e alle azioni correttive;
 5. ai risultati del monitoraggio e della misurazione;
 6. ai risultati di audit;
 7. alle prestazioni dei fornitori esterni, oggetto di valutazione periodica;
 - d) l'adeguatezza delle risorse, con particolare riferimento alle risorse umane, alla formazione del personale, alle dotazioni tecnologiche e strutturali;
 - e) l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità, anche in relazione al Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario e agli strumenti di governo clinico adottati;
 - f) le opportunità di miglioramento emerse nel corso dell'anno, sia attraverso le attività di audit e sia tramite il monitoraggio degli indicatori e le segnalazioni dell'utenza.

Vengono inoltre presi in esame come output del presente Riesame:

- a) le opportunità di miglioramento individuate;
- b) ogni esigenza di modifica al Sistema di Gestione per la Qualità;
- c) le risorse necessarie per garantire il mantenimento e il miglioramento continuo delle prestazioni;
- d) eventuali indirizzi strategici per l'anno successivo, coerenti con la pianificazione aziendale e con i requisiti di accreditamento.

NOTE E OSSERVAZIONI DELLA DIREZIONE AZIENDALE

Dalla discussione effettuata, i Responsabili presenti osservano che il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere adeguato agli obiettivi aziendali ed in linea con i processi sviluppati dai differenti servizi aziendali.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

La Direzione conferma che il Sistema risulta coerente con la pianificazione strategica della struttura e rappresenta uno strumento operativo di governo clinico, organizzativo e gestionale.

Il Policlinico Italia, si è impegnato per ottemperare al meglio alle disposizioni del Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio che ha emesso diverse determinazioni a cui tutte le strutture del territorio hanno dovuto adeguarsi. Tali disposizioni sono state recepite con tempestività, garantendo l'allineamento tra gli indirizzi regionali e l'organizzazione interna.

Queste modifiche sono state recepite all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale attraverso diverse nuove Istruzioni Operative, nonché le costanti revisioni alle procedure ed istruzioni già esistenti, in accordo con le normative vigenti.

L'aggiornamento documentale è stato accompagnato da momenti di condivisione con i Responsabili di Struttura e con il personale coinvolto, al fine di garantire una corretta applicazione operativa.

Sono inoltre state redatte diverse documentazioni interne al fine del miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale e dei servizi erogati dalla struttura, con particolare attenzione alla sicurezza delle cure, alla gestione del rischio sanitario e al monitoraggio degli indicatori di processo.

I partecipanti hanno rilevato inoltre che risultano applicate le leggi e le normative di convenzione e di accreditamento con la Regione Lazio, con la A.S.L. di riferimento territoriale e le disposizioni del Ministero della Salute.

La Direzione conferma il costante presidio dei requisiti autorizzativi e di accreditamento, ritenendolo elemento centrale per la continuità e la qualità dell'attività assistenziale.

Le Unità Operative di verifica degli organi committenti, ASL e Regione Lazio, hanno effettuato ed effettuano continuamente ispezioni per la verifica della rispondenza alle normative e disposizioni vigenti, da parte del Policlinico Italia; tutte le ispezioni svolte hanno riportato esiti favorevoli.

La Direzione prende atto con soddisfazione di tali risultati, ritenendoli coerenti con il livello di organizzazione raggiunto e con l'impegno profuso dal personale.

RISPETTO DELL'AMBIENTE, DELLA SICUREZZA E DELLA PRIVACY

È stato verificato e valutato positivamente l'impegno da parte del Policlinico Italia nei confronti del rispetto ambientale.

Dal 2021 il Policlinico Italia ha nominato un *Mobility Manager* aziendale, il quale supporta la struttura sul tema della mobilità sostenibile, incentivando il personale all'utilizzo di mezzi di trasporto che impattino il meno possibile sull'ambiente durante gli spostamenti casa-lavoro.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Sono state mantenute attività di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale, anche attraverso comunicazioni interne, al fine di favorire l'adozione di comportamenti coerenti con gli obiettivi di mobilità sostenibile.

Anche nel 2025 è stato redatto un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro del personale (PSCL), a seguito di un'analisi effettuata su un campione di lavoratori, e sono stati definiti degli obiettivi in tema di mobilità sostenibile, che la struttura si impegna a rispettare, ed è stato inviato al *Mobility Management* di Roma Capitale.

Per quanto concerne la Sicurezza, il delegato dell'Amministratore Unico comunica che si continua ad operare per il raggiungimento e l'ottimizzazione delle risorse aziendali volte a garantire la sicurezza degli operatori, secondo quanto previsto dal D.lgs. 81/08.

La Direzione conferma che il sistema di prevenzione e protezione risulta attivo e presidiato, con ruoli formalizzati e flussi informativi periodici verso la Direzione, anche tramite riunioni e reportistica interna.

Inoltre, è stata verificata la rispondenza normativa e sono state effettuate le registrazioni necessarie all'interno del Documento di Valutazione dei Rischi, redatto secondo quanto previsto dal Testo Unico 81/2008, e dei suoi allegati.

Sono mantenute agli atti le evidenze relative agli adempimenti principali (sopralluoghi, verifiche periodiche, scadenziari, manutenzioni, eventuali prescrizioni e relative chiusure), in modo da garantire tracciabilità e dimostrabilità in sede di controllo.

Si prevede, per l'anno in corso, la revisione periodica del Documento di Valutazione dei Rischi, nonché la revisione integrale di tutte le Istruzioni Operative del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Tale attività sarà accompagnata da una verifica di coerenza tra DVR, procedure operative e pratiche assistenziali, con eventuale aggiornamento della formazione, qualora necessario.

Sono stati effettuati diversi corsi di formazione e aggiornamento sulla sicurezza-lavoro e sono stati pianificati per il corrente anno ulteriori corsi, così come disposto dall'art. 37 del suddetto T.U..

La Direzione prende atto della programmazione formativa e conferma che le evidenze (registri presenze, attestati, calendari) sono gestite secondo il sistema documentale aziendale, al fine di garantire copertura formativa, tracciabilità e aggiornamento continuo delle competenze.

La Valutazione d'Impatto ed Analisi dei Rischi (DPIA) sul trattamento dei dati personali risulta adeguata alle esigenze della struttura, così come l'impegno della struttura nell'aderenza alle normative in tema di protezione dei dati personali.

La Direzione conferma il presidio dei temi privacy anche sotto il profilo organizzativo, con gestione strutturata dei ruoli e delle responsabilità e con monitoraggio periodico delle principali aree di rischio.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

La struttura, nel corso dell'anno 2025 ha integralmente revisionato il sistema documentale relativo al Trattamento dei Dati personali, modificato la DPIA, le procedure di gestione e la modulistica associata. Le nuove revisioni dei documenti sono state integralmente adottate e codificate anche secondo le procedure SGQ.

L'aggiornamento ha incluso, in particolare, il riesame dei registri e della modulistica, la verifica delle misure tecniche e organizzative in essere, nonché l'allineamento con i processi aziendali che comportano trattamento di dati sanitari. Le evidenze relative all'adozione (comunicazioni interne, pubblicazione controllata, distribuzione e presa visione) sono conservate agli atti.

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

LO STATO DELLE AZIONI DERIVANTI DA PRECEDENTI RIESAMI DI DIREZIONE *(INPUT AL RIESAME – REQUISITO 9.3.2 A UNI EN ISO 9001:2015)*

In sede di Riesame è stato verificato lo stato di attuazione delle eventuali azioni derivanti dai precedenti Riesami di Direzione.

Dall'analisi effettuata non risultano azioni formalmente aperte e ancora in corso derivanti da precedenti Riesami. La Direzione prende atto che non sussistono pendenze e conferma la continuità di presidio del Sistema di Gestione per la Qualità attraverso il monitoraggio ordinario, gli audit e le azioni di miglioramento pianificate.

I CAMBIAMENTI NEI FATTORI ESTERNI E INTERNI CHE SONO RILEVANTI PER IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ *(INPUT AL RIESAME – REQUISITO 9.3.2 B UNI EN ISO 9001:2015)*

FATTORI ESTERNI

Già dal Riesame 2025 erano stati considerati i fattori esterni relativi all'AMD 1:2024, in modifica dei paragrafi 4.1 e 4.2 della normativa UNI EN ISO 9001:2015, relativamente al cambiamento climatico ed all'impatto che esso può generare sulla struttura.

Il Policlinico Italia ha considerato tale rischio climatico all'interno del Manuale per la Qualità, predisponendo una specifica analisi dei rischi finalizzata alla valutazione dell'impatto potenziale sulle attività sanitarie, organizzative e strutturali, nonché all'individuazione delle misure di prevenzione e mitigazione ritenute appropriate.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Ulteriore elemento esterno rilevante è rappresentato dalla verifica ispettiva programmata per l'anno 2026, finalizzata al mantenimento della certificazione.

Si precisa che il rinnovo triennale della certificazione è stato conseguito a seguito dell'audit effettuato nel 2024, confermando il livello “Alto” del Sistema di Gestione per la Qualità. La verifica di mantenimento prevista per il 2026 rappresenta un ulteriore momento di presidio e consolidamento del Sistema e delle sue prestazioni.

Tale obiettivo conferma e supporta l'impegno della Casa di Cura – RSA nel trattare la “Gestione del Rischio” nei suoi diversi ambiti, clinico e socio-assistenziale, manageriale, benessere organizzativo, fino alla salvaguardia dell'immagine dell'Ente.

L'approccio adottato nei confronti delle verifiche dell'ente certificatore è improntato alla massima collaborazione e alla valorizzazione degli spunti di miglioramento forniti dal Team di valutazione. Tutte le osservazioni formulate in sede di audit rappresentano per la struttura un'opportunità di crescita organizzativa e di affinamento dei processi.

FATTORI INTERNI

L'obiettivo è quello di mantenere e migliorare ulteriormente il livello qualitativo raggiunto, integrando il sistema rispetto agli spunti di miglioramento e ai suggerimenti forniti nel corso dell'ultimo audit.

Le indicazioni ricevute dal certificatore hanno consentito al Policlinico Italia di individuare nuove strategie di azione e di rafforzare il controllo dei processi organizzativi e gestionali.

Tutti gli interventi attuati si inseriscono nell'ottica del miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità, con particolare attenzione ai processi critici per la sicurezza delle cure, l'efficienza organizzativa e la trasparenza operativa.

INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI E SULL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere applicato correttamente e in maniera efficace. Il Policlinico Italia opera infatti in modo competitivo ed affidabile, perseguendo una costante attenzione agli strumenti operativi, al monitoraggio dei processi e alla valorizzazione delle risorse umane.

Il modello organizzativo adottato è in linea con le normative nazionali e regionali vigenti ed è improntato ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione tra competenze professionali diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

dell'assistenza. Tale impostazione consente di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle prestazioni e presidio dei rischi nei diversi ambiti operativi.

La qualità delle prestazioni del Sistema Qualità aziendale è documentata attraverso gli audit svolti costantemente e periodicamente dal Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità e, annualmente, dal Consulente Esterno.

Gli audit interni hanno consentito di verificare la corretta applicazione delle procedure, l'aderenza alle istruzioni operative e la conformità ai requisiti normativi e di accreditamento. Le eventuali osservazioni emerse sono state oggetto di analisi e, ove necessario, di azioni di miglioramento formalizzate e monitorate.

L'efficacia del Sistema è inoltre supportata dal monitoraggio degli indicatori di processo, dalla gestione strutturata delle non conformità, dall'analisi della soddisfazione dell'utenza e dal costante aggiornamento documentale, elementi che confermano il livello di controllo e di governo dei processi aziendali.

SODDISFAZIONE DEL CLIENTE E INFORMAZIONI DI RITORNO DALLE PARTI INTERESSATE RILEVANTI

GRADIMENTO DA PARTE DEGLI UTENTI, RECLAMI E SUGGERIMENTI,

Nel corso del Riesame la Direzione ha preso in esame i risultati delle indagini di *Customer Satisfaction* relative all'anno 2025, condotte nelle aree Riabilitazione, RSA e Poliambulatorio Specialistico, nonché l'andamento dei reclami e degli elogi formalmente registrati.

Nel periodo di riferimento sono pervenuti n. 2 reclami formali, entrambi gestiti secondo procedura aziendale e regolarmente chiusi. Non risultano reclami pendenti. Sono stati inoltre registrati n. 18 elogi scritti, trasmessi ai destinatari e condivisi con i Responsabili di Area.

La Direzione rileva che il sistema di raccolta, analisi e gestione dei feedback risulta adeguato, tracciabile e coerente con i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità e con gli standard di accreditamento regionale.

RIABILITAZIONE (DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL)

Nel 2025 sono stati raccolti n. 326 questionari su n. 1.050 pazienti dimessi. Il livello complessivo di soddisfazione si attesta al 97,8%, confermando la stabilità del trend positivo e il mantenimento di un elevato livello qualitativo percepito.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

L'analisi per aree evidenzia:

- Servizio comfort e alberghiero: 92%
- Assistenza infermieristica e personale di supporto: 99%
- Assistenza fisioterapica: 99%
- Area medica: 99%

Alla domanda di valutazione complessiva (scala 1–10):

- 95% dei rispondenti ha espresso un punteggio ≥ 8 ;
- 70% ha attribuito il punteggio massimo (10);
- non risultano valutazioni gravemente insufficienti.

L'analisi puntuale delle singole voci non evidenzia item sotto soglia di attenzione. Anche gli aspetti con fisiologica maggiore sensibilità (ristorazione, temperatura pasti) mantengono livelli di soddisfazione adeguati e non configurano criticità strutturali.

La Direzione prende atto della solidità delle performance assistenziali e organizzative dell'area Riabilitazione e conferma l'indirizzo orientato al mantenimento degli standard raggiunti.

RSA

Sono stati analizzati n. 71 questionari su n. 90 ospiti presenti, con un tasso di partecipazione pari al 78,9%, in aumento rispetto all'anno precedente.

Le medie di area risultano tutte ampiamente superiori al valore di soglia (*cut-off* 2,5 su scala 1–4):

- Permanenza in RSA: 3,73
- Ambiente e Servizi: 3,72
- Assistenza e Cure: 3,86
- Assistenza Infermieristica: 3,81
- Intervento OSS: 3,73
- Riabilitazione: 3,75
- Attività organizzate dall'esterno: 3,57
- Collaborazione tra figure professionali: 3,79

Il giudizio complessivo sull'esperienza di ricovero evidenzia una prevalenza di valutazioni positive, con punteggio medio pari a 3,79 su scala 1–4.

La Direzione prende atto che:

- non emergono aree sotto soglia;
- i punteggi risultano in miglioramento rispetto all'anno precedente;
- l'area con media più contenuta ("Attività organizzate dall'esterno") risulta comunque significativamente superiore al *cut-off* e in crescita rispetto al 2024.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Si conferma pertanto l'adeguatezza organizzativa e assistenziale dell'area RSA.

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Sono stati analizzati n. 110 questionari relativi all'anno 2025

La Direzione rileva che:

- in tutte le aree indagate (accettazione amministrativa, personale sanitario, ambienti, riservatezza) il 100% delle risposte espresse rientra nei giudizi positivi (soddisfatto o molto soddisfatto);
- non sono stati registrati giudizi negativi;
- non risultano risposte non pervenute nelle aree qualitative analizzate.

La soddisfazione complessiva (scala 1–10) evidenzia:

- 94% valutazioni ≥ 8 ;
- 56% voto massimo (10);
- assenza di valutazioni inferiori a 7.

L'indicatore di raccomandazione del servizio si attesta al 99%.

La Direzione prende atto dell'assenza di criticità e del pieno allineamento tra standard organizzativi adottati e qualità percepita dall'utenza.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA DIREZIONE

Dall'analisi integrata dei dati emerge che:

- il livello di soddisfazione dell'utenza risulta elevato e stabile in tutte le aree assistenziali;
- non sono emersi scostamenti tali da richiedere azioni correttive;
- il sistema di monitoraggio della qualità percepita risulta efficace e coerente con gli obiettivi aziendali.

La Direzione dispone per l'anno successivo il mantenimento delle buone pratiche organizzative e assistenziali già in atto, il monitoraggio periodico degli indicatori di *Customer Satisfaction* e la condivisione sistematica dei risultati con i Responsabili di Area, quale strumento di prevenzione di eventuali regressioni e di consolidamento degli standard raggiunti.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

RAPPORTI CON IL COMMITTENTE (ASL, REGIONE LAZIO)

Nel corso dell'anno 2025 e nei primi mesi del 2026 i rapporti con il Committente istituzionale (Regione Lazio e ASL territorialmente competente) si sono svolti in modo regolare e continuativo, senza rilievi formali o contestazioni sull'operato della struttura.

La Direzione prende atto che:

- non sono pervenute diffide, prescrizioni o provvedimenti sanzionatori;
- non risultano rilievi ostativi alla prosecuzione dell'attività accreditata;
- gli adempimenti previsti in materia di flussi informativi, debito informativo sanitario e trasmissione dati sono stati regolarmente assolti nei termini previsti.

In data 11.02.2026 la struttura è stata estratta a sorteggio nell'ambito del 15% delle strutture soggette a verifica periodica della permanenza dei requisiti di accreditamento ai sensi del DCA 469/2017, per la ASL RM1, relativamente all'anno in corso.

A seguito della comunicazione ricevuta, è stata attivata internamente la procedura di verifica documentale e di controllo delle evidenze oggettive, con predisposizione delle griglie di autovalutazione richieste e pianificazione della trasmissione entro i termini indicati (prima metà di marzo 2026).

La Direzione considera tale verifica non come evento straordinario, bensì come momento ordinario di controllo istituzionale, coerente con il sistema di monitoraggio regionale.

Si conferma che:

- la struttura mantiene un contatto costante con gli uffici della ASL di riferimento;
- le Unità Operative competenti effettuano periodicamente sopralluoghi e verifiche documentali;
- le eventuali richieste di integrazione vengono gestite con tempestività e tracciabilità.

L'assetto organizzativo e documentale del Presidio risulta allineato ai requisiti autorizzativi e di accreditamento vigenti, con costante aggiornamento rispetto alle determinazioni regionali in materia sanitaria, di rischio clinico, ICA e appropriatezza prescrittiva.

La Direzione valuta adeguato il sistema di governo dei rapporti con il Committente istituzionale e ritiene che:

- il presidio dei requisiti di accreditamento sia strutturale e non episodico;
- il Sistema di Gestione per la Qualità supporti in modo efficace la tracciabilità delle evidenze richieste;
- non emergano criticità tali da compromettere la permanenza dei requisiti autorizzativi e di accreditamento.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Viene confermato per l'anno in corso il mantenimento del monitoraggio sistematico dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali, nonché il continuo aggiornamento documentale in coerenza con le disposizioni regionali.

PRESTAZIONI DEI SERVIZI FORNITI AGLI UTENTI

La Direzione ha esaminato nel corso del Riesame gli indicatori di processo relativi alle aree assistenziali (Riabilitazione, RSA e Poliambulatorio), rilevando un andamento complessivamente positivo e coerente con gli standard organizzativi definiti.

Gli indicatori monitorati (appropriatezza delle prestazioni, continuità assistenziale, gestione delle segnalazioni, indicatori clinico-assistenziali e organizzativi) non evidenziano scostamenti significativi rispetto agli obiettivi programmati né criticità sistemiche tali da richiedere interventi correttivi strutturali.

Le prestazioni erogate risultano conformi ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, nonché alle procedure del Sistema di Gestione per la Qualità. Non si rilevano non conformità rilevanti in merito alla qualità tecnica o organizzativa dei servizi.

COMPETENZE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

La Direzione ha inoltre valutato lo stato delle competenze del personale sanitario, socio-sanitario, tecnico e amministrativo.

Dall'analisi delle registrazioni formative e dei dossier individuali emerge che:

- le esigenze formative vengono rilevate annualmente;
- è stato predisposto e attuato un Piano Formativo Aziendale coerente con gli obiettivi strategici e con i fabbisogni professionali;
- il personale soggetto all'obbligo ECM risulta monitorato in merito al conseguimento dei crediti formativi;
- gli obblighi ECM risultano mediamente soddisfatti, con controllo periodico delle posizioni individuali.

Per l'anno in corso è stato predisposto il nuovo Piano Formativo, in continuità con le priorità clinico-assistenziali, organizzative e normative (sicurezza, rischio clinico, ICA, appropriatezza prescrittiva, aggiornamenti tecnico-professionali).

È stata altresì effettuata la verifica del raggiungimento degli obiettivi formativi dell'anno precedente, rilevando un'adequata coerenza tra pianificazione e realizzazione delle attività.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

La Direzione ritiene che:

- il livello qualitativo delle prestazioni erogate sia adeguato agli standard richiesti;
- il sistema di monitoraggio degli indicatori sia efficace e strutturato;
- il presidio delle competenze professionali sia adeguato e coerente con i requisiti normativi e contrattuali.

Non emergono criticità tali da richiedere azioni correttive, viene confermato per l'anno successivo il mantenimento del monitoraggio sistematico degli indicatori di performance e della formazione del personale, quale elemento strategico per la qualità e la sicurezza delle cure.

MISURA IN CUI GLI OBIETTIVI PER LA QUALITÀ SONO STATI RAGGIUNTI

La Direzione ha esaminato lo stato di attuazione degli Obiettivi per la Qualità definiti per l'anno 2025, verificandone il livello di conseguimento attraverso evidenze documentali, report di attività, verbali dei gruppi di lavoro e registrazioni del Sistema di Gestione per la Qualità.

Valutazione Obiettivi 2025:

1. **Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2015**

Obiettivo raggiunto.

La struttura prosegue nel mantenimento dei requisiti in vista della verifica annuale di sorveglianza con l'Ente di Certificazione

2. **Indagine sul benessere organizzativo dei dipendenti dei reparti Cod.56.**

Obiettivo raggiunto.

I risultati complessivi attestano un'organizzazione complessivamente solida, coerente e orientata alla qualità. Le indicazioni operative che derivano dall'indagine assumono pertanto una logica di presidio e consolidamento, coerente con i principi del miglioramento continuo.

3. **Indagine sul benessere organizzativo dei dipendenti dei reparti RSA.**

Obiettivo raggiunto.

I risultati complessivi attestano un'organizzazione complessivamente solida, coerente e orientata alla qualità. Le indicazioni operative che derivano dall'indagine assumono pertanto una logica di presidio e consolidamento, coerente con i principi del miglioramento continuo.

4. **Raggiungimento degli obiettivi del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario. Standard 80%.**

Obiettivo raggiunto.

È stato costituito un gruppo tecnico di lavoro, sono state analizzate le risultanze delle indagini e sono state predisposte delle azioni per il miglioramento della sicurezza del paziente, in particolare sulla gestione del rischio sanitario.

5. **Revisione dei protocolli per la gestione del Rischio Clinico.**

Obiettivo raggiunto.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Sono state revisionate e/o introdotte istruzioni operative e protocolli; la loro applicazione è oggetto di monitoraggio sistematico da parte del Responsabile Qualità.

6. Revisione/emissione di protocolli e procedure.

Obiettivo raggiunto.

Sono state revisionate o emesse oltre 20 Istruzioni Operative, moduli e procedure. L'adozione e l'applicazione sono state verificate dai Responsabili di Area e dal Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

7. Monitoraggio compliance sull'Igiene delle Mani nei reparti degenza.

Obiettivo raggiunto.

È stato costituito un gruppo di lavoro tecnico, sono stati effettuati i monitoraggi e sono state verificate le sessioni di igiene delle mani. È stato redatto un piano di intervento locale per l'igiene delle mani e inviato al CRRC Regione Lazio come allegato del PARS.

8. Organizzazione eventi sulla sicurezza.

Obiettivo raggiunto.

Sono stati organizzati due eventi aziendali in occasione della Giornata Mondiale per la Sicurezza del Paziente e della Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani.

La Direzione prende atto che gli obiettivi programmati per l'anno 2025 risultano complessivamente raggiunti.

Le attività realizzate evidenziano:

- consolidamento del Sistema di Gestione per la Qualità;
- rafforzamento delle attività di Risk Management;
- miglioramento dell'assetto documentale e procedurale;
- incremento della cultura della sicurezza e del benessere organizzativo.

Non si rilevano obiettivi non conseguiti o parzialmente raggiunti.

Per l'anno 2026 la Direzione, di concerto con l'Amministratore Delegato, il Direttore Sanitario/Responsabile della Formazione, il Risk Manager e il Dirigente delle Professioni Sanitarie – Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità, ha definito i seguenti obiettivi:

1. Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2015

Scadenza: marzo 2026

Responsabili: Filippo Monami – Orazio Parello

Attività previste: Piano annuale di audit interni; esecuzione audit interni; pianificazione e gestione visita Ente di Certificazione.

2. Effettuazione degli Audit Clinici previsti nel Programma Annuale (Standard $\geq 90\%$)

Scadenza: dicembre 2026

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Responsabile: Orazio Parello

Attività: costituzione gruppo di lavoro; valutazione dell'esistente; rilevazione criticità; applicazione e verifica.

3. Raggiungimento obiettivi del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (Standard $\geq 80\%$)

Scadenza: dicembre 2026

Responsabili: Gianfranco Tarsitani – Stefano Monami – Orazio Parello

Attività: costituzione gruppo tecnico; analisi indicatori; applicazione azioni correttive/migliorative; verifica risultati.

4. Revisione dei protocolli per la gestione del rischio clinico

Scadenza: dicembre 2026

Responsabili: Gianfranco Tarsitani – Stefano Monami – Orazio Parello

Attività: aggiornamento riferimenti normativi; revisione tecnica; adozione e monitoraggio applicativo.

5. Revisione / nuova emissione di protocolli e procedure

Scadenza: dicembre 2026

Responsabili: Gianfranco Tarsitani – Salvatore Coco – Orazio Parello

Attività: analisi fabbisogno documentale; redazione/revisione IO; applicazione e verifica.

6. Monitoraggio compliance Igiene delle Mani nei reparti di degenza

Scadenza: dicembre 2026

Responsabile: Orazio Parello

Attività: pianificazione monitoraggio; redazione report periodici; verifica andamento indicatori.

7. Organizzazione eventi sulla sicurezza

Scadenza: dicembre 2026

Responsabili: Gianfranco Tarsitani – Salvatore Coco – Orazio Parello

Attività: pianificazione eventi; realizzazione; verifica partecipazione ed efficacia.

Gli obiettivi 2026 risultano coerenti con:

- la Politica per la Qualità;
- le priorità regionali in materia di rischio clinico e sicurezza;
- il mantenimento dei requisiti di accreditamento;
- il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità.

La Direzione conferma l'impegno al monitoraggio periodico dello stato di avanzamento degli obiettivi nel corso dell'anno.

Gli obiettivi 2026 sono orientati non solo al mantenimento degli standard, ma al rafforzamento del modello organizzativo integrato tra qualità, rischio clinico e accreditamento istituzionale.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

PRESTAZIONI DI PROCESSO E CONFORMITÀ DI PRODOTTI E SERVIZI

La Direzione ha esaminato nel corso del Riesame gli indicatori di processo relativi alle attività assistenziali, organizzative e gestionali del Presidio, con particolare riferimento alla conformità delle prestazioni erogate rispetto:

- agli standard interni definiti nel Sistema di Gestione per la Qualità;
- ai requisiti di accreditamento regionale;
- alle aspettative dell'utenza e del Committente istituzionale.

Dall'analisi complessiva emerge che le prestazioni dei processi risultano conformi agli standard programmati e coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tutti gli indicatori monitorati si collocano entro i valori soglia definiti, ad eccezione dell'indicatore relativo al numero di casi oltre-soglia, che ha registrato un valore pari al 6,8% rispetto allo standard fissato al 6%.

A fronte dello scostamento rilevato, è stata attivata una specifica azione correttiva, con:

- analisi documentale delle cartelle cliniche interessate;
- valutazione clinico-organizzativa delle motivazioni di prolungamento della degenza;
- verifica delle cause determinanti lo scostamento.

Dall'analisi è emerso che le cause risultano riconducibili a fattori esterni e non direttamente imputabili a criticità organizzative o inappropriata gestione interna (complessità clinica dei casi, condizioni sociali, ritardi nella presa in carico territoriale).

La Direzione prende atto che:

- lo scostamento è contenuto e circoscritto;
- non si configurano non conformità sistemiche;
- il sistema di monitoraggio ha funzionato correttamente, consentendo l'individuazione tempestiva del dato e l'attivazione della relativa azione correttiva.

Il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità ha predisposto una relazione tecnica di dettaglio sugli indicatori, presentata e discussa nel corso del presente Riesame, a supporto della valutazione direzionale.

La Direzione ritiene che:

- il sistema di monitoraggio delle prestazioni di processo sia adeguato ed efficace;
- i servizi erogati risultino complessivamente conformi ai requisiti applicabili;
- l'unico scostamento registrato non evidenzia criticità strutturali né comprometta la qualità complessiva delle prestazioni.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Viene confermato il mantenimento del monitoraggio periodico degli indicatori e la prosecuzione delle verifiche sull'appropriatezza dei percorsi assistenziali, in coerenza con i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità e dell'accreditamento regionale.

NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

Nel corso dell'anno 2025 sono state registrate n. 3 Non Conformità, tutte formalmente analizzate secondo la procedura aziendale.

Per ciascuna Non Conformità è stata effettuata:

- analisi delle cause;
- definizione delle azioni correttive conseguenti;
- verifica dell'attuazione;
- verifica dell'efficacia.

Nel medesimo periodo sono state attivate n. 17 Azioni Correttive, anche in assenza di Non Conformità formali, in un'ottica di prevenzione e miglioramento continuo.

Tutte le Azioni Correttive attivate nel 2025 si sono concluse con esito positivo della verifica di efficacia. Analogamente, tutte le Non Conformità risultano chiuse con verifica di efficacia favorevole, senza recidive o reiterazioni sistemiche.

Dall'inizio dell'anno 2026 non sono state rilevate Non Conformità. Sono state tuttavia attivate diverse Azioni Correttive su base volontaria e proattiva, finalizzate al miglioramento dei processi organizzativi, dell'assetto documentale e delle prestazioni assistenziali.

La Direzione rileva che:

- il numero delle Non Conformità risulta contenuto e non evidenzia criticità strutturali;
- il sistema di gestione delle Non Conformità e delle Azioni Correttive è efficace e tempestivo;
- le Azioni Correttive vengono utilizzate non solo come strumento reattivo, ma anche come leva di miglioramento continuo.

Il sistema di monitoraggio delle Non Conformità e delle Azioni Correttive viene pertanto ritenuto adeguato ed efficace, coerente con i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità e con gli standard di accreditamento.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

RISULTATI DEL MONITORAGGIO E DELLA MISURAZIONE

Nel corso del Riesame la Direzione ha analizzato i risultati del sistema di monitoraggio e misurazione applicato ai processi clinico-assistenziali e organizzativi.

Gli indicatori di efficacia terapeutica, appropriatezza e performance organizzativa evidenziano un andamento complessivamente positivo e coerente con quanto pianificato negli obiettivi aziendali e nei programmi operativi dei singoli servizi.

I dati raccolti confermano:

- il raggiungimento degli standard previsti nella maggior parte degli indicatori monitorati;
- la conformità delle prestazioni erogate rispetto ai requisiti regionali e agli standard interni;
- la stabilità dei risultati rispetto agli anni precedenti.

Con riferimento all'indicatore relativo ai casi oltre-soglia, già oggetto di analisi specifica, lo scostamento rilevato (6,8% rispetto allo standard del 6%) è stato oggetto di approfondimento tecnico e di apertura di azione correttiva.

La valutazione clinico-organizzativa ha evidenziato che lo scostamento è riconducibile a fattori esterni (complessità dei casi, condizioni sociali, tempistiche di presa in carico territoriale) e non a criticità gestionali interne.

Alla luce dell'analisi effettuata, la Direzione ritiene che il risultato, pur formalmente superiore allo standard prefissato, sia comunque compatibile con il contesto assistenziale e con le aspettative del Committente istituzionale, non configurando un disallineamento sistemico rispetto ai requisiti di accreditamento o agli standard qualitativi previsti.

La Direzione prende atto che:

- il sistema di monitoraggio e misurazione è adeguato ed efficace;
- gli indicatori consentono una lettura tempestiva degli eventuali scostamenti;
- non emergono criticità tali da compromettere la qualità complessiva dei servizi.

Viene confermato il mantenimento del monitoraggio periodico degli indicatori, con particolare attenzione ai parametri di appropriatezza e durata della degenza, in coerenza con le indicazioni regionali e con il principio del miglioramento continuo.

RISULTATI DI AUDIT

AUDIT INTERNI SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Gli Audit Interni relativi al Sistema di Gestione per la Qualità sono stati effettuati nel mese di febbraio 2026, sui vari servizi del Presidio, da parte del Consulente esterno per la Qualità, in collaborazione con il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Gli audit hanno riguardato:

- corretta applicazione delle procedure e istruzioni operative;
- conformità ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015;
- coerenza tra attività operative e Politica della Qualità;
- raggiungimento degli obiettivi programmati;
- tracciabilità delle registrazioni.

Non sono state rilevate Non Conformità.

Non sono state formulate Raccomandazioni né richieste di apertura di Azioni Correttive.

Gli esiti confermano:

- adeguata comprensione e applicazione del Sistema Qualità da parte del personale;
- pieno recepimento dei requisiti normativi e regolatori;
- coerenza tra assetto documentale e prassi operative.

AUDIT CLINICI – ANNO 2025

Nel corso del 2025 è stato attuato il Programma Annuale degli Audit Clinici, formalmente pianificato e completato.

Sono stati effettuati audit su processi clinici rilevanti, tra cui:

- gestione stupefacenti;
- prevenzione e trattamento lesioni da pressione;
- consenso informato;
- gestione carrello emergenza e defibrillatore;
- prescrizione e somministrazione farmacologica;
- conservazione farmaci (incluse temperature frigoriferi);
- gestione del dolore;
- applicazione protocollo Alert rischio sanitario;
- valutazione e pianificazione infermieristica.

In alcuni casi sono state attivate Azioni Correttive puntuali (es. gestione farmacologica, lesioni da pressione, gestione dolore), successivamente verificate con esito positivo.

Gli Audit Clinici hanno consentito di:

- verificare la conformità delle pratiche assistenziali ai protocolli aziendali;
- valutare l'allineamento ai requisiti del Manuale di Accreditamento (DCA U00469/2017);
- rafforzare il sistema di gestione del rischio clinico;
- migliorare la tracciabilità e la completezza della documentazione sanitaria.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Il livello di attuazione del Programma Annuale Audit Clinici risulta conforme agli obiettivi prefissati.

La Direzione prende atto che:

- il sistema di Audit Interni SGQ risulta efficace e pienamente funzionante;
- il Programma Annuale degli Audit Clinici è stato realizzato secondo pianificazione;
- le eventuali criticità emerse sono state gestite con tempestività e con verifica di efficacia positiva;
- non emergono aree di rischio sistemico o carenze strutturali.

L'integrazione tra Audit di Sistema e Audit Clinici rappresenta un elemento qualificante del modello organizzativo adottato e costituisce uno strumento concreto di miglioramento continuo e presidio dei requisiti di accreditamento.

PRESTAZIONI DEI FORNITORI ESTERNI

Nel corso del Riesame la Direzione ha esaminato le prestazioni dei fornitori esterni, sulla base:

- delle registrazioni di qualifica e rivalutazione annuale;
- delle verifiche effettuate sui prodotti e servizi forniti;
- delle eventuali segnalazioni o non conformità registrate;
- della continuità e affidabilità delle forniture.

La valutazione ha riguardato in particolare:

- forniture farmaceutiche e dispositivi medici;
- servizi di manutenzione tecnica e impiantistica;
- servizi di laboratorio;
- servizi alberghieri e di supporto;
- fornitori di servizi informatici e gestionali.

Le verifiche effettuate nel corso dell'anno non hanno evidenziato criticità strutturali né disservizi tali da compromettere la qualità delle prestazioni erogate agli utenti.

Come previsto dal Sistema di Gestione per la Qualità:

- tutti i fornitori risultano qualificati secondo criteri predefiniti;
- è stata effettuata la rivalutazione periodica annuale;
- sono state formalizzate le decisioni di riconferma dei fornitori ritenuti conformi ai requisiti.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Tutte le forniture di prodotti vengono sottoposte a verifica in fase di accettazione (controllo documentale e, ove necessario, controllo quantitativo e qualitativo), garantendo la conformità ai requisiti richiesti.

Non si registrano Non Conformità rilevanti imputabili a fornitori esterni.

La Direzione ritiene che:

- il sistema di qualifica, monitoraggio e rivalutazione dei fornitori sia adeguato ed efficace;
- le forniture esterne non abbiano generato impatti negativi sulla qualità dei servizi;
- il controllo in accettazione dei prodotti e servizi risulti coerente con quanto previsto dalle procedure aziendali.

Viene confermato il mantenimento del sistema di valutazione annuale dei fornitori e il monitoraggio continuo delle prestazioni, in coerenza con i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità e con gli standard di accreditamento.

ADEGUATEZZA DELLE RISORSE

Nel corso del presente Riesame la Direzione ha valutato l'adeguatezza delle risorse umane, strutturali, tecnologiche e formative necessarie al mantenimento degli standard qualitativi e dei requisiti di accreditamento.

RISORSE UMANE

La Direzione rileva che, allo stato attuale, la dotazione organica consente il mantenimento dei livelli assistenziali e organizzativi previsti.

Permane, in continuità con il contesto sanitario regionale e nazionale, una significativa difficoltà nel reperimento di personale sanitario qualificato. Tale criticità di sistema non ha tuttavia determinato riduzioni degli standard assistenziali né scostamenti rispetto ai requisiti autorizzativi e di accreditamento.

La struttura ha adottato misure organizzative idonee a garantire la continuità assistenziale, assicurando il rispetto dei parametri previsti.

COMPETENZE E ADDESTRAMENTO

Dall'analisi delle registrazioni formative e dei fascicoli del personale emerge che:

- le competenze professionali risultano adeguate ai ruoli assegnati;
- i fabbisogni formativi vengono rilevati annualmente;

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

- il Piano Formativo Aziendale viene predisposto all’inizio di ogni anno e monitorato in corso d’opera;
- per l’anno 2025 il Piano Formativo è stato integralmente attuato ed ampliato con ulteriori sessioni formative interne ed esterne.

Il monitoraggio dei crediti ECM del personale sanitario soggetto a obbligo formativo evidenzia un livello mediamente soddisfacente di adempimento, con verifica periodica delle posizioni individuali.

CLIMA ORGANIZZATIVO

Nel corso del 2025 è stata effettuata l’indagine sul benessere organizzativo del personale, con cadenza biennale, in continuità con la precedente rilevazione del 2023.

La Direzione rileva un elevato livello di partecipazione alla compilazione dei questionari, elemento che viene interpretato come indicatore di coinvolgimento del personale e di fiducia nei processi di ascolto attivati dall’organizzazione.

Dall’analisi dei risultati emerge un quadro complessivamente positivo, con:

- buona percezione del clima professionale;
- adeguato livello di collaborazione tra colleghi e tra le diverse figure professionali;
- percezione di stabilità organizzativa;
- coerenza tra ruolo assegnato e competenze richieste.

Non si evidenziano situazioni di criticità diffusa né elementi tali da configurare rischi organizzativi strutturali.

La Direzione considera il monitoraggio biennale del clima organizzativo uno strumento strategico di governo, finalizzato non solo alla rilevazione del livello di soddisfazione del personale, ma anche alla prevenzione di potenziali rischi correlati allo stress lavoro-correlato, al turnover e al burnout professionale.

La Direzione ritiene che:

- le risorse attualmente disponibili siano adeguate al mantenimento del Sistema di Gestione per la Qualità;
- le competenze del personale risultino coerenti con i requisiti professionali richiesti;
- il sistema di pianificazione e monitoraggio della formazione sia efficace;
- le difficoltà di reperimento del personale, pur presenti, non abbiano compromesso la qualità dei servizi erogati.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Viene confermato per l'anno in corso il monitoraggio costante della dotazione organica, delle competenze professionali e dei fabbisogni formativi, in coerenza con gli obiettivi aziendali e con i requisiti normativi vigenti.

EFFICACIA DELLE AZIONI INTRAPRESE PER AFFRONTARE I RISCHI E LE OPPORTUNITÀ

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), avviato nel 2019 e progressivamente consolidato negli anni successivi, è stato ulteriormente implementato nel corso del 2025, con rafforzamento delle attività di monitoraggio, analisi e prevenzione.

La Direzione evidenzia che la gestione dei rischi non è circoscritta al solo PARS, ma si sviluppa attraverso un sistema integrato di strumenti programmatori e operativi, coerente con i requisiti ISO 9001:2015 e con il DCA 469/2017.

Oltre al PARS, risultano attivi e formalmente adottati:

- PALIM – Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani, con monitoraggio periodico della compliance nei reparti di degenza;
- Programma Triennale di Antimicrobial Stewardship, con monitoraggio DDD e classificazione AWaRe;
- Programma di controllo Legionella;
- Piano di formazione aziendale, quale strumento di mitigazione del rischio clinico e organizzativo;
- Programma Annuale Audit Clinici, quale strumento di verifica proattiva dei processi assistenziali;
- Piano di manutenzione preventiva impiantistica e tecnologica, volto a ridurre il rischio tecnico-strutturale;
- Sistema HACCP e manuali di autocontrollo (ristorazione e piscina);
- Piano di emergenza ed evacuazione, periodicamente aggiornato e testato;
- Valutazione e aggiornamento del DVR, in coerenza con il D.Lgs. 81/08;
- Sistema di gestione privacy e DPIA, quale presidio del rischio informativo.

Tale articolazione dimostra che la gestione dei rischi è affrontata in modo trasversale, integrato e multilivello.

ANALISI FMEA E GESTIONE PROATTIVA

Annualmente viene effettuata l'analisi dei rischi e delle opportunità mediante metodologia FMEA, con definizione dell'Indice di Priorità del Rischio (IPR).

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Per valori ≥ 30 vengono attivate azioni correttive obbligatorie.

Nel 2025 è stata implementata una specifica analisi del rischio infettivo, inizialmente con valori superiori alla soglia interna. A seguito delle misure adottate (formazione, revisione protocolli, monitoraggi, audit mirati), l'indice di rischio è stato ridotto e stabilizzato su livelli accettabili.

Alla data del presente Riesame:

- nessun rischio presenta IPR ≥ 30 ;
- alcuni rischi con valori prossimi alla soglia saranno oggetto di ulteriore monitoraggio nel 2026;
- eventuali azioni correttive saranno formalmente registrate e sottoposte a verifica di efficacia.

La Direzione ritiene che:

- la gestione dei rischi sia strutturata su più livelli (strategico, clinico, organizzativo, tecnico);
- le azioni intraprese nel 2025 risultino coerenti con le priorità regionali e con il sistema di accreditamento;
- l'approccio adottato sia preventivo e non meramente reattivo;
- il sistema di governo dei rischi sia progressivamente evoluto verso un modello integrato e sistemico.

Le attività programmate per il 2026 si pongono in continuità con tale impostazione e mirano al consolidamento di un sistema capace di intercettare precocemente le criticità e di autoregolarsi attraverso monitoraggio continuo, audit periodici e coinvolgimento attivo del personale.

OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

Nel corso del presente Riesame la Direzione ha esaminato le opportunità di miglioramento formalmente identificate e registrate nel documento “Analisi delle Opportunità” del 12 gennaio 2026.

Le opportunità individuate riguardano sia ambiti strategico-organizzativi sia ambiti assistenziali e strutturali e risultano coerenti con gli obiettivi di sviluppo della struttura.

In particolare sono state identificate le seguenti aree di miglioramento:

- **Miglioramento della comunicazione e utilizzo di strumenti pubblicitari anche innovativi**, con potenziamento della presenza sui social network per Riabilitazione e Poliambulatorio, con finalità di incremento della visibilità e potenziale ritorno economico;

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

- **Ammodernamento strutturale** per Riabilitazione motoria e RSA, finalizzato a migliorare efficienza operativa, sicurezza del paziente e qualità complessiva delle prestazioni;
- **Perfezionamento dell’informatizzazione della cartella clinica**, con l’obiettivo di migliorare la gestione della documentazione sanitaria, facilitare il lavoro del personale e aumentare la tracciabilità dei dati;
- **Opportunità formative specifiche in materia di sicurezza e salute sul lavoro**, con impatto diretto sul miglioramento delle competenze professionali e sul livello di sicurezza organizzativa;
- **Progetto WeCare**, orientato al miglioramento del benessere psico-fisico e della soddisfazione del personale;
- **Progetto “Pet Therapy” in RSA**, con finalità di incremento del benessere psico-fisico degli ospiti e miglioramento della qualità percepita del servizio.

La Direzione prende atto che le opportunità individuate presentano livelli di rilevanza compresi tra media e medio-alta e che l’impatto previsto riguarda ambiti strategici quali visibilità esterna, sicurezza, digitalizzazione, benessere organizzativo e qualità assistenziale.

Le opportunità non derivano da situazioni di non conformità ma rappresentano leve di sviluppo e rafforzamento competitivo della struttura.

La Direzione dispone che siano valutati gli impatti organizzativi, assistenziali ed economici conseguenti.

Le opportunità individuate risultano coerenti con la Politica della Qualità, con il progetto di Accreditamento Istituzionale e con l’evoluzione del modello organizzativo del Policlinico Italia.

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

L’Amministratore Delegato ritiene che la Politica della Qualità e gli Obiettivi fissati per l’anno in corso consentiranno di migliorare i servizi forniti, in relazione ai requisiti del Committente e degli utenti, perché adeguati alle attuali necessità del Policlinico Italia.

Il Sistema di Gestione per la Qualità e i suoi processi sono rispondenti alle aspettative dell’Amministratore Delegato, del Committente e degli utenti. L’Amministratore Delegato ritiene che gli obiettivi per la qualità definiti per l’anno corrente potranno generare azioni per il miglioramento dell’efficacia del Sistema.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

OGNI ESIGENZA DI MODIFICA AL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

L'Amministratore Delegato ritiene adeguato il livello dei servizi forniti agli utenti e pensa che al momento non siano necessarie modifiche sostanziali al Sistema di Gestione per la Qualità, nonché ritiene che il miglioramento dell'efficacia di essi sia garantito da una buona applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità e dall'impegno di tutto il personale nella corretta applicazione di quanto prescritto.

Nonostante ciò, la struttura si impegna costantemente per aggiornare ed implementare nuove Procedure Gestionali ed Istruzioni Operative al fine migliorare l'efficienza organizzativa, anche in vista della prossima edizione della normativa ISO 9001, attualmente prevista per l'anno corrente.

FABBISOGNO DI RISORSE

A seguito delle valutazioni effettuate nel corso del presente Riesame, l'Amministratore Delegato ritiene che, allo stato attuale, il fabbisogno di risorse risulti adeguatamente coperto e coerente con gli obiettivi strategici e operativi della struttura.

In particolare, la Direzione rileva che:

- la dotazione organica consente il mantenimento degli standard assistenziali previsti;
- la programmazione dei turni e l'organizzazione delle attività risultano compatibili con i volumi di attività erogati;
- non emergono criticità tali da richiedere un incremento strutturale immediato delle risorse.

Per quanto concerne le risorse tecnologiche e strumentali, i partecipanti al Riesame valutano soddisfacente la dotazione di apparecchiature elettromedicali attualmente in uso, ritenendola adeguata rispetto alla tipologia di prestazioni erogate e ai requisiti autorizzativi e di accreditamento.

La Direzione prende atto che il mantenimento dell'efficienza delle apparecchiature è garantito attraverso il piano di manutenzione preventiva e correttiva, nonché attraverso il monitoraggio periodico dello stato di funzionamento.

Con riferimento alle risorse professionali, viene inoltre rilevato l'impegno costante dei Responsabili e degli operatori coinvolti nei processi assistenziali e sanitari, impegno che trova riscontro:

- nei risultati positivi dei questionari di gradimento dell'utenza;
- nella gestione strutturata di elogi e reclami;
- negli esiti degli audit clinici e di sistema.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Alla luce delle risultanze esaminate, la Direzione non rileva, allo stato attuale, esigenze urgenti di incremento delle risorse strutturali o tecnologiche, fermo restando il monitoraggio continuo del fabbisogno in relazione all'andamento dell'attività e all'evoluzione normativa.

EVENTUALI AZIONI PROPOSTE

A seguito delle analisi effettuate nel corso del presente Riesame, la Direzione non rileva la necessità di introdurre ulteriori azioni straordinarie rispetto a quelle già formalmente pianificate.

Le azioni da intraprendere risultano già ricomprese:

- negli Obiettivi della Qualità per l'anno 2026;
- nel documento di Analisi delle Opportunità;
- nei programmi specifici di gestione del rischio, audit clinico e miglioramento organizzativo.

La Direzione ritiene che la pianificazione attuale sia coerente con le priorità strategiche della struttura e adeguata rispetto ai requisiti del Committente, agli standard di accreditamento e ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Si conferma che il Sistema di Gestione per la Qualità è strutturato in modo tale da intercettare tempestivamente eventuali criticità attraverso:

- monitoraggio degli indicatori;
- gestione delle non conformità;
- audit interni e clinici;
- riesami periodici dei processi.

La prossima visita di mantenimento della certificazione costituirà ulteriore momento di verifica dell'adeguatezza del Sistema e potrà eventualmente generare nuove indicazioni o spunti di miglioramento, che saranno oggetto di valutazione e formalizzazione secondo le procedure aziendali.

Alla data del presente Riesame, la Direzione conferma pertanto che le azioni pianificate risultano sufficienti a garantire il mantenimento e il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità.

CONCLUSIONI

Il presente Riesame della Direzione evidenzia un quadro complessivamente positivo in merito al rispetto degli impegni assunti dal Policlinico Italia nei confronti del Committente istituzionale (Regione Lazio) e degli utenti che si rivolgono alla struttura.

	Mod.56A.01	Rev. 0	Data Revisione 10/06/08
	RIESAME DELLA DIREZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ AZIENDALE 2026		

Le risultanze esaminate confermano l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità, nonché la coerenza tra gli obiettivi pianificati e le attività effettivamente realizzate nel corso dell'anno.

Gli impegni assunti attraverso la Carta dei Servizi, la Politica della Qualità e i programmi aziendali risultano rispettati e supportati da evidenze documentali, indicatori di performance, audit interni e clinici, attività di gestione del rischio e monitoraggi periodici.

La Direzione rileva che il Sistema di Gestione per la Qualità è progressivamente evoluto verso un modello sempre più integrato con il governo clinico, la gestione del rischio e la pianificazione strategica, garantendo un controllo strutturato dei processi assistenziali e organizzativi.

L'Amministratore Delegato individua come obiettivo prioritario per il futuro il consolidamento di una ancora più diffusa e consapevole applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità da parte di tutto il personale, rafforzando la cultura organizzativa orientata alla sicurezza, alla responsabilità professionale e al miglioramento continuo.

Il Riesame della Direzione si conferma strumento centrale di governo e indirizzo strategico del Sistema di Gestione per la Qualità, nonché momento formale di integrazione tra pianificazione strategica, governo clinico, gestione del rischio e requisiti di accreditamento istituzionale.

Il Policlinico Italia conferma pertanto il proprio impegno nel mantenere elevati standard qualitativi, nel garantire la conformità ai requisiti normativi e di accreditamento e nel perseguire un costante sviluppo organizzativo a beneficio dell'utenza e del territorio.

Roma, 24.02.2026

IL RESPONSABILE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

F.to

F.to