

ELEMENTI DI RIFERIMENTO PER IL RIESAME
**PARTECIPANTI
ALLA RIUNIONE DI
RIESAME**

Il presente Riesame di Direzione viene effettuato dall'Amministratore Unico, dott. Bruno Zucchi, in collaborazione con:

- Il Responsabile Amministrativo rag. Tonino Dario Turchi
- il dott. Andrea Scapati, Medico Responsabile Hospice ed RSA
- il dott. Alberto Almonte, Medico di Reparto
- il Responsabile del Sistema Gestione Qualità, sig. Mario Spiridigliozzi.

Viene inoltre utilizzato il supporto del consulente sig. Andrea Grieco.

Il presente Riesame è effettuato secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 per mezzo dell'analisi dei dati e delle informazioni che provengono dalle rilevazioni aziendali e viene effettuato allo scopo di accertarsi della idoneità, adeguatezza ed efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale, per verificare l'andamento e la corretta applicazione da parte di tutto il personale di quanto definito nei documenti del Sistema, per valutare le opportunità per il miglioramento e le esigenze di modifiche 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:

- Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità
- Procedure Operative
- Istruzioni Operative
- Politica e obiettivi della qualità
- Linee Guida e protocolli operativi
- Direttive dell'Amministratore Unico e piani aziendali
- Situazione delle competenze e addestramento del personale
- Documenti di Registrazione della Qualità e in particolare informazioni riguardanti:
 - 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;
 - 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;
- d) l'adeguatezza delle risorse;
- e) l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità;
- f) le opportunità di miglioramento.

**NOTE E
OSSERVAZIONI
DELLA DIREZIONE
AZIENDALE**

Tutti i responsabili presenti concordano che il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere adeguato agli obiettivi aziendali ed in linea con i processi sviluppati dai differenti reparti e servizi aziendali.

Prendendo in esame l'attuazione della Politica della Qualità della Struttura Sanitaria, così come definita nel Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità, si rileva che esiste una buona aderenza di tutto ciò con quanto operato dalla Struttura Sanitaria. Si è rilevato che il personale opera secondo la Politica della Qualità e agisce di conseguenza con risultati che possono essere definiti globalmente soddisfacenti.

In particolare sono stati riesaminati la visione, la missione e i valori della struttura, così come definiti nel Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità e sono stati trovati congruenti e quindi riconfermati anche per il prossimo anno. La Carta dei Servizi, aggiornata periodicamente, esplicita con chiarezza tutte le informazioni rilevanti sopra riportate, pertanto si ritiene congrua allo scopo.

La Struttura Sanitaria monitora i risultati ottenuti e la soddisfazione della committenza per mezzo di appropriati indici statistici e ottempera alle prescrizioni delle leggi e delle norme vigenti. Viene anche perseguito l'obiettivo di migliorare i risultati gestionali.

L'Amministratore Unico rileva 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.

Per quanto concerne la Sicurezza, l'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.

È stato inoltre verificato e valutato positivamente l'impegno da parte della Struttura Sanitaria nei confronti del rispetto ambientale.

Anche per l'anno 2025, la struttura ha ottemperato all'obbligo di presentazione di un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) al Mobility Manager d'Area (Roma Mobilità), lavorando con il Mobility Manager Aziendale per incentivare quanto più possibile lo spostamento

sostenibile da parte dei lavoratori per il tragitto Casa-Lavoro.

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

STATO DELLE
AZIONI DERIVANTI
DA PRECEDENTI
RIESAMI DI
DIREZIONE

Non vi sono state azioni a seguire da precedenti Riesami di Direzione.

CAMBIAMENTI NEI
FATTORI ESTERNI
E INTERNI CHE
SONO RILEVANTI
PER IL SISTEMA DI
GESTIONE PER LA
QUALITÀ

Rispetto al precedente Riesame di Direzione non sono intervenuti ulteriori fattori interni ed esterni, si continua a valutare attivamente il rischio climatico che incombe sulla, e per cui influisce la struttura, secondo quanto espresso nell'addendum alla norma AMD 1:2024.

Una possibile modifica, che in futuro potrebbe avere effetto sul Sistema di Gestione per la Qualità, è costituita dall'imminente pubblicazione della versione 2026 della normativa UNI EN ISO 9001.

Al momento non si individuano ulteriori modifiche che potrebbero avere effetto sul Sistema di Gestione per la Qualità, se non eventuali suggerimenti da parte dell'Ente di Certificazione e/o dagli uffici competenti della ASL di riferimento.

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. Infatti la Struttura Sanitaria opera competitivamente ed affidabilmente, perseguendo una costante attenzione agli strumenti operativi e alle risorse umane. Inoltre la Struttura Sanitaria adotta modelli organizzativi in linea con le normative nazionali e regionali, improntati ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione tra competenze diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.

Attualmente è in corso lo svolgimento di una Azione Correttiva per la sostituzione integrale di tutti i loghi IMQ Certified® e IQNet®, segnalata nella raccomandazione dell'Ente dello scorso anno, ed ancora in corso.

SODDISFAZIONE
DEL CLIENTE E
INFORMAZIONI DI
RITORNO DALLE
PARTI
INTERESSATE
RILEVANTI

La rilevazione della soddisfazione degli utenti, effettuata attraverso contatti diretti e oggettivata tramite i questionari di customer satisfaction, mostra un livello di soddisfazione dei pazienti in linea con le aspettative della Struttura Sanitaria e, comunque, un livello di soddisfazione che può essere definito buono, in particolare per gli aspetti inerente alla terapia riabilitativa.

I reclami pervenuti dall'utenza, insieme ad eventuali contestazioni formali, sono analizzate e valutate

	MISURA IN CUI GLI OBIETTIVI PER LA QUALITÀ SONO STATI RAGGIUNTI	singularmente dalla Direzione insieme ai responsabili dei servizi interessati. Il Committente, Regione Lazio e ASL di riferimento territoriale, hanno effettuato ed effettuano costantemente verifiche sull'operato della Struttura Sanitaria con esito generalmente favorevole. Per lo scorso anno la Direzione Aziendale aveva stabilito i seguenti Obiettivi: 1. Mantenimento della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità secondo la norma ISO 9001:2015 e costante impegno per renderlo sempre più rispondente alle esigenze della struttura. L'obiettivo è stato raggiunto lo scorso anno con l'esito positivo dell'audit dell'Ente di Certificazione. 2. Ulteriore consolidamento dell'attività ambulatoriale con incremento dei trattamenti rispetto al precedente anno. L'obiettivo è stato raggiunto ed è stata consolidata l'attività. 3. Ottenimento rimodulazione di 20 posti letto da livello assistenziale Mantenimento a Estensivo già autorizzati ed accreditati da parte del committente Regione Lazio/ASL RM2. L'obiettivo è stato raggiunto. 4. Formazione Generale e specifica sui rischi presenti in ambiente sanitario. La formazione è stata effettuata e l'obiettivo è stato raggiunto. 5. Formazione del personale neoassunto su argomenti riguardanti la sicurezza lavoro e l'attività assistenziale. L'obiettivo è ancora in corso di realizzazione, ma può ritenersi raggiunto in quanto quasi la totalità del personale neoassunto è stato formato. 6. Formazione del personale su argomenti riguardanti il Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti. Sono stati effettuati i corsi calendarizzati nello scorso Piano di Formazione e pianificati ulteriori corsi riguardanti il Rischio Clinico per il prossimo anno.
--	--	--

		7. Verificare la corretta adeguatezza, diffusione e distribuzione della Carta dei Servizi e di tutta la documentazione del SGQ. L'obiettivo è stato raggiunto e la documentazione che si era pianificato da adeguare risulta aggiornata. 8. Verificare la corretta adeguatezza dei tempi di accesso da parte degli utenti alla documentazione sanitaria e socio assistenziale. L'obiettivo è stato raggiunto e i tempi di accesso alla documentazione da parte degli utenti si mantengono entro i limiti stabiliti, come si evince dalle registrazioni presenti al Centralino. L'Amministratore Unico valuta in maniera globalmente positiva quanto è stato fatto per gli obiettivi dello scorso anno. L'Amministratore Unico, con l'apporto dei partecipanti al Riesame e coinvolgendo attraverso essi il personale, ha formulato gli Obiettivi per l'anno corrente, riportati in un documento allegato. Tali Obiettivi sono stati definiti nell'ottica di garantire: uniformità di accesso ai servizi, qualità tecnica degli interventi assistenziali, qualità organizzativa, sicurezza degli operatori e degli utenti, valorizzazione professionale, diritti e soddisfazione degli utenti.
	PRESTAZIONI PROCESSO CONFORMITÀ PRODOTTI SERVIZI	Le prestazioni dei singoli processi, come evidenziate dai relativi indicatori, mostrano che i servizi erogati sono conformi alle aspettative dell'utenza e della Regione Lazio (Committente). Gli indicatori mostrano un livello di raggiungimento dei valori soglia in linea con quanto previsto dalla struttura.
	NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE	Nel corso dell'anno 2025 sono state intraprese 8 Azioni Correttive. Nel corso degli audit interni effettuati nel mese di Marzo 2026 non sono state rilevate Non Conformità né Azioni Correttive. Nel corso del 2025 sono state rilevate nr.5 Non Conformità a seguito dell'audit interno, tutte chiuse ad eccezione della NC sull'utilizzo dei loghi IMQ. Sono state valutate le Azioni Correttive adottate e la loro attuazione, riscontrando un esito positivo.

		Alla data è in corso di svolgimento principalmente una Azioni Correttive, già citata in precedenza, relativa alla sostituzione dei loghi IMQ Certified® e IQNet® in tutte le documentazioni in cui sono presenti, in ottemperanza alle modifiche prescritte dall'Ente di Certificazione.
	RISULTATI DEL MONITORAGGIO E DELLA MISURAZIONE	Tutti gli indicatori, sia quelli dei processi che quelli di efficacia terapeutica, mostrano una situazione globalmente positiva rispetto a quanto previsto e pianificato dalla Direzione e dai singoli servizi.
	RISULTATI DI AUDIT	Gli Audit Interni, effettuati su tutti i servizi della Struttura Sanitaria, hanno confermato una buona comprensione ed attuazione da parte del personale della politica e degli obiettivi della qualità aziendali. Nel corso di tali Audit Interni non sono state rilevate Raccomandazioni per il miglioramento né sono state rilevate Non Conformità. Come espresso in precedenza, eventuali difformità sono state segnalate e risolte nel corso dell'audit interno.
	PRESTAZIONI DEI FORNITORI ESTERNI	Sono state esaminate le prestazioni dei fornitori esterni, risultanti dalle Schede Fornitore e dai risultati delle verifiche effettuate sui prodotti/servizi forniti. Tutti gli acquisti e tutti i servizi vengono effettuati presso fornitori qualificati secondo quanto stabilito nel Sistema di Gestione per la Qualità. Tutte le forniture di prodotti, prima di essere accettate, sono verificate.
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE	L'Amministratore Unico valuta che, allo stato attuale, i bisogni di risorse siano soddisfatti. La situazione delle competenze e addestramento del personale, anche in base all'esame delle registrazioni effettuate, evidenzia che tutte le necessità professionali sono soddisfatte. È stato predisposto il piano di formazione per l'anno in corso, inoltre la Direzione del gruppo ha previsto diversi corsi presso la sede di Villa Fulvia per facilitare il conseguimento dei crediti ECM necessari. 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 situazione delle competenze e addestramento del personale, anche in base all'esame delle registrazioni, evidenzia che tutte le necessità professionali sono soddisfatte.
EFFICACIA DELLE AZIONI INTRAPRESE PER AFFRONTARE I RISCHI E LE OPPORTUNITÀ	Sono stati identificati i rischi e le opportunità per la struttura e sono stati descritti in appositi documenti, come previsto dal Sistema Qualità aziendale. I rischi sono stati valutati secondo la metodologia FMEA, con l'obiettivo di intraprendere azioni correttive per i rischi che presentassero un Indice di Rischio maggiore di 30. In occasione del presente Riesame si è proceduto a una nuova valutazione dei rischi e si è rilevato che nessun rischio presenta un indice maggiore di 30 e pertanto non sono state intraprese azioni per affrontarli. Lo scorso anno è stata introdotta una nuova valutazione relativamente al Rischio Climatico, così come previsto nel AMD 1:2024, non rilevando rischi maggiori ai range prefissati dalla struttura. Tale aspetto è stato valutato anche nel 2026.
OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO	Le opportunità di miglioramento per la struttura lo scorso anno sono state identificate e descritte in apposito documento, dove sono indicate anche le eventuali azioni intraprese. In occasione del presente Riesame si è nuovamente proceduto a individuare le opportunità e le eventuali azioni relative, nonché a valutare lo stato di raggiungimento delle precedenti opportunità.

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO	L'Amministratore Unico 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 della Struttura Sanitaria. Il Sistema di Gestione per la Qualità e i suoi processi sono rispondenti alle aspettative dell'Amministratore Unico, del Committente e dei pazienti/utenti. Pertanto l'Amministratore Unico non prevede particolari necessità di azioni per il miglioramento dell'efficacia del Sistema.
OGNI ESIGENZA DI MODIFICA AL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	L'Amministratore Unico ritiene adeguato il livello dei servizi forniti agli utenti e 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.

	Viene anche valutato positivamente l'impegno per l'aderenza alle disposizioni nazionali e regionali in merito alla gestione del rischio clinico. In modo particolare, è stato possibile verificare un incremento delle abitudini nell'utilizzo della soluzione idroalcolica per una corretta gestione dell'igiene delle mani. Tale risultato è stato reso determinabile anche grazie all'inserimento tra gli incarichi delle figure denominate "Osservatori" che, a seguito di formazione, hanno ampliato e amplificato l'importanza di quanto necessario riguardante la prevenzione delle ICA.
FABBISOGNO DI RISORSE	L'Amministratore Unico valuta che, allo stato attuale, i bisogni di risorse siano soddisfatti. I partecipanti al Riesame valutano soddisfacente la dotazione di apparecchiature elettromedicali attualmente in uso alla struttura. 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. 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	Le azioni da intraprendere, o intraprese, sono elencate negli Obiettivi della Qualità per l'anno corrente e nel modulo delle Opportunità, ai quali si rimanda. Alla data, l'Amministratore Unico non intravede ulteriori azioni al di fuori di queste e di quelle che potrebbero emergere dal Sistema di Gestione per la Qualità aziendale nell'ottica del miglioramento continuo del Sistema stesso. La verifica dell'Ente di Certificazione, prevista fra breve tempo, potrà essere un ulteriore fattore di riflessione sull'adeguatezza del Sistema di Gestione per la Qualità elaborare eventuali azioni da intraprendere per il suo miglioramento.

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

CONCLUSIONI

Il presente Riesame di Direzione fornisce globalmente un risultato positivo quanto al rispetto degli impegni assunti dalla Struttura Sanitaria sia nei riguardi del Committente, Regione Lazio, sia nei riguardi dei pazienti che si rivolgono alla Struttura Sanitaria.

Gli impegni assunti dalla Struttura Sanitaria, in particolare con la Carta dei Servizi e quelli verso la Politica della Qualità, risultano adeguatamente rispettati.

Il presente Riesame di Direzione fornisce globalmente un risultato positivo quanto al rispetto degli impegni assunti dalla struttura sia nei riguardi del Committente, Regione Lazio, sia nei riguardi degli utenti che si rivolgono alla struttura.

Le risultanze esaminate confermano l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ, 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 SGQ 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 Unico individua come obiettivo prioritario per il futuro il consolidamento di una ancora più diffusa e consapevole applicazione del SGQ da parte di tutto il personale, rafforzando la cultura organizzativa orientata alla sicurezza, alla responsabilità professionale e al miglioramento continuo, attraverso la personalizzazione specifica per ogni settore di intervento.

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.

La struttura conferma pertanto il proprio impegno nel mantenere elevati standard qualitativi, nel garantire la conformità ai requisiti normativi e di

	RIESAME DI DIREZIONE	M.01.02-1
		Rev. 1 20/01/2016 Pag. 10 di 10

	accreditamento e nel perseguire un costante sviluppo organizzativo a beneficio dell'utenza e del territorio.
--	--

Amministratore Unico: dott. Bruno Zucchi

Resp. Sistema Qualità: sig. Mario Spiridigliozzi

Roma il 07 Aprile 2026