Sommario

1. Andamento dell'organizzazione, politica Qualità, carta dei servizi 2
2. Cambiamenti nei fattori esterni e interni 2
3. Informazioni su efficienza ed efficacia dei processi 4
   3.1. dati su andamento economico e commerciale 4
   3.2. soddisfazione del cliente e informazioni di ritorno dalle parti interessate 6
   3.3. Misura in cui gli obiettivi qualità sono stati raggiunti 7
   3.4. qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie 7
   gestione disservizi/non conformità, reclami e azioni correttive 8
   3.6. appropriatezza clinica e sicurezza 8
   3.7. 89
   3.8. Risultati audit interni e esterni 9
4. Adeguatezza delle risorse 10
5. Efficacia dei progetti di miglioramento intrapresi 11
6. Opportunità di miglioramento 11
7. Gestione del rischio e delle opportunità 11
8. Comunicazioni interne ed esterne pertinenti il SGQ 16
9. Piano di miglioramento e obiettivi qualità 17

C.D.A.: Riccardo Sollini, Stefano Galeazzi, Marco Galeazzi, Samuele Aquilanti
D.S.: Stefano Galeazzi
Riunione del 26/03/2026

Il presente riesame della direzione si focalizza sulla comunità LA BUONA NOVELLA e riguarda l'analisi e la valutazione di vari dati/documenti del Sistema di Gestione al fine di verificare e assicurare la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento dell'organizzazione agli indirizzi strategici.

Punti da attenzionare:

- Manuale operativo DGR n. 1572 del 16.12.19 per l'accreditamento a struttura socio-sanitaria

- piano di miglioramento sviluppato a seguito dell'analisi dei rischi e delle opportunità della struttura

- corretta applicazione sistema di gestione qualità nella struttura

- formazione personale

- aspetti clinici e rischio clinico

Elementi di Input

1. Andamento organizzazione, politica qualità, carta dei servizi

La comunità LA BUONA NOVELLA, facendo seguito a quanto pianificato nel corso della riunione di Riesame tenuta a ottobre 2025, ha provveduto ad inviare alla Regione Marche la domanda per l'accreditamento a struttura socio sanitaria ai sensi del DGR n. 1572 del 16.12.19.
A tale scopo ha modificato ed integrato nel corso dei mesi il proprio sistema di gestione qualità, al fine di rispondere in modo più puntuale ai punti del manuale operativo di accreditamento e, in particolare, valutare gli aspetti sanitari ed il rischio clinico.
I Documenti di sistema predisposti sono suddivisi in:

- Documenti della Qualità (fra i quali Piano della qualità, politica e macroflusso processi)
- Procedure, cioè documenti che descrivono obiettivi, responsabilità e metodo in relazione ai processi individuati nell'organizzazione
- Istruzioni di lavoro e piani di lavoro, documenti esecutivi specifici per attività
- Allegati, documento aggiuntivo che supporta, integra o fornisce ulteriori dettagli
- Moduli, documenti di registrazione

Tutta la documentazione viene visionata e risulta aggiornata e adeguata alle proprie finalità, la Direzione procede dunque alla conferma.
Tutta la documentazione di sistema è a disposizione delle risorse operanti in comunità.
In ottica di miglioramento è intenzione dell'organizzazione riuscire ad ottenere l'accreditamento a livello "Eccellenza", a questo proposito l'organizzazione ha sviluppato un piano di miglioramento analizzando già nel corso dei mesi rischi e opportunità direttamente riferibili ai diversi punti del manuale di accreditamento.
La politica della Qualità è aggiornata a giugno 2025, In questa sede viene riesaminata e confermata.
La politica viene divulgata attraverso l'affissione nelle aree principali della struttura e divulgata al personale tramite incontri formativi.
Le Carte dei Servizi della Comunità risultano aggiornate a marzo 2025.

2. Cambiamenti nei fattori esterni e interni

Nel 2024 è iniziato il processo di assorbimento del personale esterno dipendente di COOSS MARCHE già operante all'interno della struttura, tale processo è ad oggi in fase di conclusione.
Questo cambiamento interno ha portato anche alla necessità di assumere ulteriori figure per la gestione del nuovo personale.
L'impegno economico di questa operazione era stato correttamente previsto all'interno del piano budget.
Nel corso degli ultimi mesi il processo di accreditamento ha portato ad una revisione dell'intera documentazione di sistema che ha coinvolto direttamente gli operatori della comunità.

Sono inoltre stati inseriti i primi utenti del gruppo RD4, in seguito all'ottenimento a luglio 2025 dell'autorizzazione a 4 posti in più.

La comunità ha effettuato un'indagine tra ospiti e dipendenti sul fabbisogno tecnologico (attraverso i questionari di soddisfazione) dalla quale è emersa una generale soddisfazione fatta eccezione per la richiesta di un sollevatore elettrico per disabili, che è stato prontamente acquistato a gennaio 2026 (richiesta da parte dell'equipe verbalizzata in data 08/01/2026).
Oltre al sollevatore elettrico, e a seguito di un infortunio, sono stati anche acquistati un letto a 3 snodi e fasce e cuscini antiscivolo.

La comunità sta progressivamente digitalizzando la propria documentazione inserendola sul software G.I.S.S. (gestione informatizzata servizi socio sanitari), compresa la documentazione riguardante gli ospiti (anagrafiche, informazioni, cartelle cliniche, ecc.) al fine di renderla più facilmente accessibile.

3. Informazioni su efficacia e efficienza dei processi

3.1. Dati su andamento economico e commerciale

Di seguito i dati relativi al centro di costo (anno 2025)

CDC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	TOT	%
RESIDENZIALE	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	100	
				(+1 ut) 100€ gg					(+1 ut) 100€ gg					%
RICAVI 2025	67.366 €	67.366 €	67.366 €	68.751 €	70.136 €	70.136 €	70.136 €	70.136 €	70.136 €	70.136 €	66.636 €	66.636 €	824.933 €	
RICAVI ANNO PREC.	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 73.000,00	L. 876.000,00	
														%
COSTO DIPENDENTI	13.400 €	13.400 €	13.400 €	13.400 €	13.400 €	13.400 €	13.400 €	45.000 €	45.000 €	45.000 €	45.000 €	45.000 €	318.800 €	39
P.IVA (Professionisti)	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	3.486 €	41.832 €	5
COOSS	38.000 €	38.000 €	34.117 €	32.396 €	34.512 €	26.622 €	31.962 €	- €	- €	- €	- €	- €	235.609 €	29
ALTRO PERSONALE	6.419 €	6.420 €	6.421 €	6.422 €	6.423 €	6.424 €	6.425 €	415 €	416 €	417 €	418 €	419 €	47.041 €	6
CONSULENZE TECNICHE	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	1.500 €	18.000 €	2
ALIMENTARE (FOOD)	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	6.106 €	73.266 €	9
UTENZE	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	2.578 €	30.939 €	4
PULIZIA	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	1.584 €	19.005 €	2
ODOS	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	760 €	9.114 €	1
LAVANDERIA	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	511 €	6.131 €	1
ASSICURAZIONI	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	273 €	3.279 €	0
IGIENE PERS. E FARMACI	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	2.300 €	27.600 €	3
ALTRO	4.622 €	4.626 €	4.630 €	4.634 €	4.638 €	4.642 €	4.646 €	4.650 €	4.654 €	4.658 €	4.662 €	4.666 €	55.728 €	7
COSTI 2025	81.539 €	81.544 €	77.666 €	75.950 €	78.071 €	70.186 €	75.531 €	69.162 €	69.167 €	69.172 €	69.177 €	69.182 €	886.345 €	107
COSTI ANNO PREC.	L. 77.631,88	L. 77.635,88	L. 77.639,88	L. 77.643,88	L. 77.647,88	L. 77.651,88	L. 77.655,88	L. 77.659,88	L. 77.663,88	L. 77.667,88	L. 77.671,88	L. 77.675,88	L. 931.846,58	
MARGINE / PERDITA 2025	- 14.173 €	- 14.178 €	- 10.300 €	- 7.199 €	- 7.935 €	- 50 €	- 5.395 €	973 €	968 €	963 €	- 2.542 €	- 2.547 €	- 61.412 €	
MARGINE / PERDITA ANNO PREC.	-L. 4.631,88	-L. 4.635,88	-L. 4.639,88	-L. 4.643,88	-L. 4.647,88	-L. 4.651,88	-L. 4.655,88	-L. 4.659,88	-L. 4.663,88	-L. 4.667,88	-L. 4.671,88	-L. 4.675,88	-L. 55.846,58	

Estratto a dicembre 2025:

	CDC	TOT	%
	RESIDENZIALE	100	
			%
	RICAVI 2025	824.933 €	
	RICAVI ANNO PREC.	L. 876.000,00	
			%
	COSTO DIPENDENTI	318.800 €	39
	P.IVA (Professionisti)	41.832 €	5
	COOSS	235.609 €	29
	ALTRO PERSONALE	47.041 €	6
	CONSULENZE TECNICHE	18.000 €	2
	ALIMENTARE (FOOD)	73.266 €	9
	UTENZE	30.939 €	4
	PULIZIA	19.005 €	2
	ODOS	9.114 €	1
	LAVANDERIA	6.131 €	1
	ASSICURAZIONI	3.279 €	0
	IGIENE PERS. E FARMACI	27.600 €	3
	ALTRO	55.728 €	7
	COSTI 2025	886.345 €	107

Come si evidenzia dal centro di costo e come previsto, il costo maggiormente rilevante è quello del personale.
La situazione economica, nonostante un peggioramento rispetto all'anno precedente, è comunque in linea con le previsioni.

3.2. Soddisfazione del cliente ed informazioni di ritorno delle parti interessate

L'organizzazione ha emesso una procedura PR 25 "SODDISFAZIONE CLIENTI" che formalizza il metodo di analisi del grado di soddisfacimento del cliente inteso come ente pubblico/committente ma anche come ospite e famiglia, infatti all'interno della procedura si fa riferimento alla prassi adottata dalla comunità che consiste nel coinvolgimento dei destinatari dei servizi erogati nella valutazione dei servizi stessi, attraverso un questionario soddisfazione predisposto e inviato e la possibilità di inviare reclami anche con l'utilizzo di una "cassetta reclami" in forma anonima.
A questo proposito al momento la struttura ha scelto di predisporre un'informativa nella quale sono indicati:
- possibilità di inserire nella cassetta della posta reclami in forma anonima
- indirizzo email per inviare reclami in forma non anonima.

Come previsto dalla procedura la comunità invia questionari di soddisfazione sia alle famiglie degli ospiti delle strutture sia agli enti pubblici suoi clienti.

Nel corso dell'ultimo riesame era emerso che nessuna delle famiglie aveva risposto al questionario inviato ad aprile 2025. Nel piano di miglioramento era quindi stato previsto un incontro per la sensibilizzazione sul tema.
L'ultimo invio dei questionari alle famiglie risulta effettuato a fine dicembre 2025, l'invio è succeduto a un incontro con le famiglie svoltosi in data 16 ottobre 2025. Durante l'incontro il Presidente ha sottolineato l'importanza della risposta ai questionari come strumento di miglioramento del servizio erogato. Alla data odierna risultano restituiti n. 3 questionari con un risultato medio pienamente positivo.

Considerando che le domande somministrate sono 23 e il punteggio attribuito ad ogni domanda può andare da 0 a 5 (dove 0 è il minimo e 5 il massimo) il punteggio massimo ottenibile è 115, la media ottenuta nei questionari restituiti è:

Risultato raggiunto I trim 2025	prossimo Obiettivo	Azione	Risorse	Tempistiche	Responsabile
112 (tot in media) 4,87 (punteggio medio)	113 (tot medio) 4,9 (punteggio medio)	Invio questionari in formato digitale, incontri periodici con familiari	Impegno personale di struttura	6 mesi	R.Q/Coord.

Per quanto riguarda i clienti intesi come committenti/enti pubblici il metodo di valutazione del grado di soddisfazione è sempre un questionario costituito da 10 domande a cui attribuire un valore da 0 a 5 (dove 0 è il minimo e 5 il massimo).
L'ultima consegna dei questionari è datata giugno 2025 e vede al momento restituiti n. 2 questionari compilati su 8 inviati.
I risultati dei questionari restituiti non sono pienamente soddisfacenti.
La comunità pianifica un approfondimento con i clienti in questione per identificare eventuali azioni mirate.

Allo scopo di analizzare il clima aziendale, nonché raccogliere eventuali suggerimenti o reclami, sono stati predisposti anche questionari da somministrare ai lavoratori che vengono consegnati mediamente 1 volta ogni anno. L'ultima consegna risale a giugno 2025 e i questionari restituiti sono 4 su 9.
I questionari in questione sono composti da 23 domande con un punteggio che può andare da 0 (minimo) a 5 (massimo).
I risultati dei questionari pervenuti, come già analizzato nel riesame precedente, sono sostanzialmente positivi.

La comunità programma un nuovo invio dei questionari a clienti e operatori entro giugno 2026 in forma digitale (google forms).

Si rimanda al punto 9 per l'evidenza dei risultati ottenuti dai questionari.

3.3. Misura in cui gli obiettivi qualità sono stati raggiunti

Per il monitoraggio delle prestazioni sono stati predisposti indicatori specifici.

Sulla base dei risultati raggiunti vengono prefissati coerentemente nuovi obiettivi che si riportano al punto 9 del presente verbale, accompagnati dal relativo piano per raggiungerli.

Si procede anche a monitorare l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese a seguito dell'analisi dei rischi e delle opportunità.

3.4. Qualità dei servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie

Il monitoraggio delle prestazioni si estende a tutti i processi dell'organizzazione con riferimento a standard prestazionali definiti e attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori esplicitati nel documento ALLEGATO 300.
L'appropriatezza clinica e la sicurezza sono garantite dalla professionalità delle figure sanitarie coinvolte nel percorso dell'utente e dall'utilizzo di scale riconosciute sia per la valutazione all'ingresso che durante il percorso terapeutico-riabilitativo.
Il Direttore Sanitario ha effettuato AUDIT interni di tipo clinico in data 20/02/2026.
La check list utilizzata per lo svolgimento degli audit clinici (MOD 91) è stata predisposta allo scopo di monitorare anche gli aspetti riguardanti la gestione delle crisi all'interno della comunità e la manutenzione delle attrezzature sanitarie (defibrillatore).
A partire dal 2025 sono stati previsti almeno n. 2 Audit clinici ogni anno da parte del Direttore sanitario al fine di intervenire su possibili problematiche tempestivamente.
Per quanto riguarda la segnalazione di eventi sentinella/avversi è stato predisposto il modulo MOD 308 per la segnalazione spontanea degli eventi e il modulo MOD 9 registro eventi.

In riferimento al flusso SIMES, la comunità è ancora impegnata nell'ottenimento delle credenziali n quanto al momento il sistema non permette ancora l'iscrizione.
Al momento si segnalano n. 2 eventi registrati nel corso del 2025, uno dei due successivo all'ultimo riesame (aprile 2025 segnalazione piaghe, novembre 2025 caduta).

3.5. Gestione disservizi, non conformità, reclami e azioni correttive

Per la gestione di disservizi, non conformità e reclami, e delle conseguenti azioni correttive

l'organizzazione ha predisposto una specifica procedura.
Fino ad oggi non sono pervenuti reclami scritti significativi da parte degli utenti e delle loro famiglie.
Il dialogo con gli utenti è alla base del rapporto di fiducia fra utente e struttura, rapporto che si sviluppa dando importanza alle idee, ai suggerimenti, ai giudizi e soprattutto alle lamentele degli utenti e raccogliendo così informazioni preziose su come vengono percepiti i servizi e l'organizzazione.
È anche per questo motivo che la comunità ha deciso di informare gli utenti della possibilità di utilizzare la cassetta della posta come "cassetta reclami" inserendo reclami in forma anonima e fornire un indirizzo email al quale poter inviare reclami non anonimi.
Al momento, come verrà riportato successivamente, non si registrano segnalazioni pervenute e in generale la comunità è soddisfatta dei feedback ricevuti.

Si segnala l'apertura di una N.C. interna a seguito di un infortunio (datato 10/01/2026) dovuto sollevamento carichi pesanti. L'infortunio è avventuo pochi giorni dopo l'acquisto del sollevatore elettrico.
L'azione correttiva prevista per la risoluzione della N.C. è stata una formazione specifica sull'utilizzo delle attrezzature (svolta in data 27/04/2026) e un incontro con il RSPP per la corretta movimentazione dei carichi (effettuato il 20/01/2026).
La comunità ha inoltre acquistato un letto a 3 snodi e fasce e cuscini antiscivolo per facilitare gli operatori nello svolgimento dei propri servizi.

3.6. Appropriatezza clinica e sicurezza

La comunità ha descritto come attuare la gestione del rischio integrato nel documento PAGR (PIANO INTEGRATO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO) datato 15/02/2025.
Il piano si considera ancora valido.

Per la verifica dell'efficacia/appropriatezza delle cure e delle terapie ci atteniamo a quanto stabilito dal Direttore Sanitario e dal responsabile dell'Equipe multidisciplinare.
Si confermano le procedure adottate per la gestione dei rischi, strumento utile ad analizzare gli eventi avversi, i near miss, gli eventi sentinella.
Per quanto riguarda l'analisi dei processi organizzativi, tecnico-professionali e tecnologici, valutata con il metodo FMEA, i risultati attesi emergono nei documenti:

- TABELLA RISCHI-OPPORTUNITÀ
- file excel FMEA

Sono state svolte dal Direttore Sanitario e dall'equipe sanitaria, analisi con il metodo FMEA su rischio ICA che hanno permesso di adottare misure preventive di contenimento del rischio per il futuro.
Queste verranno mantenute negli anni a venire.

Tutte le iniziative di Risk management promosse dalla comunità tendono ad arginare la possibilità del verificarsi degli eventi avversi, come riportato nel PAGR (metodo utilizzato per l'analisi e l'attuazione della gestione del rischio integrato ambientale, occupazionale e clinico – DS/RSPP).

3.7. Prestazioni dei fornitori esterni e dei prodotti servizi interni

L'organizzazione è soddisfatta della propria catena di fornitura, sono stati però registrati disservizi nella seconda metà del 2025, tra ottobre e dicembre, in particolare si tratta di segnalazioni nei confronti del catering. Tali disservizi hanno portato alla valutazione di nuovi fornitori.

Per monitorare la catena di fornitura l'organizzazione ha predisposto una procedura PR 23 "VALUTAZIONE FORNITORI" e apposite istruzioni di lavoro "IL 46 ACQUISTI".

3.8. Risultati audit interni ed esterni

La comunità ha predisposto procedure specifiche che prevedono un numero di audit interni per le strutture sanitarie, sia clinici che di sistema, non inferiori a 2 nell'arco di ogni anno allo scopo di migliorare il monitoraggio dei processi.
Si allega al presente Riesame il piano audit redatto a inizio marzo, per l'anno 2026.
Gli audit qualità saranno svolti dai consulenti esterni, gli audit clinici dal DS.

I risultati di entrambi gli Audit saranno riportati nei "rapporti di audit" e discussi in sede di riesame della direzione.

4. Adeguatezza delle risorse

Le risorse a disposizione si considerano adeguate.
Qualsiasi problematica di natura infrastrutturale viene gestita tempestivamente nel rispetto della procedura dedicata "PR 05 Gestione e segnalazione manutenzione".

Le attrezzature sanitarie sono rappresentate dal solo defibrillatore e dal sollevatore, vengono quotidianamente monitorate, in particolare il defibrillatore tramite una check list predisposta, e sono soggette a periodica manutenzione esterna da parte del Fornitore.
Il controllo quotidiano del defibrillatore da parte degli operatori di struttura viene effettuato e risulta apparentemente efficacie considerando che il defibrillatore non è ancora fortunatamente mai stato utilizzato.
Il coordinatore della struttura e tutto il personale risultano formati e informati su sicurezza, igiene alimentare (formazione prevista da D.Lgs 81/2008/Accordo Stato Regione del 21/12/2011 e smi e in materia di HACCP correttamente effettuata e supervisionata), sistema di gestione qualità e rischio clinico.
Gli operatori hanno tutti recentemente partecipato alla formazione BLSD.

Ad oggi il personale interno è costituito da N° 13 risorse più 1 Direttore Sanitario.
L'organizzazione ritiene il personale qualificato per le rispettive responsabilità e mansioni assegnate.
La Direzione considera molto importante che il personale delle strutture socio-sanitarie sia formato:

- sul Rischio clinico (procedure predisposte, FMEA svolte e PAGR);
- sui processi del SG qualità e soprattutto sui processi che lo coinvolgono in prima persona in modo che sia costantemente consapevole della politica, di pertinenti obiettivi per la qualità, del proprio contributo all'efficacia del sistema di gestione, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni e delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del sistema di gestione.

Risulta effettuata a febbraio 2026 formazione con gli operatori della comunità in materia di rischio clinico (procedure).

L'obiettivo formativo ad oggi è rispettato ed è soddisfacente.
Il piano di formazione viene predisposto annualmente e approvato in occasione del riesame di fine anno, per l'anno successivo.
Si conferma che le retribuzioni e le tredicesime mensilità sono state erogate con regolarità ai dipendenti e le visite mediche vengono effettuate con regolarità in conformità alla vigente normativa.
Si confermano le responsabilità e le deleghe in essere definite negli appositi incarichi.

Il CDA conferma la Direzione Sanitaria al Dott. Stefano Galeazzi che nel gennaio 2025 ha anche incrementato le proprie competenze con una formazione specifica come Risk Manager.

L'organizzazione si avvale della collaborazione di professionisti per la risoluzione delle problematiche sanitarie in modo integrato e ad oggi in modo efficace.
Si confermano inoltre i responsabili e i ruoli definiti nel mansionario e nelle matrici di responsabilità.

5. Efficacia dei progetti di miglioramento intrapresi

Si analizza in questa sede l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese con particolare riferimento alle azioni di miglioramento emerse dall'analisi dei rischi e delle opportunità effettuata per la struttura sulla base dei punti del manuale di accreditamento DGR 1572 del 16/12/2019.
Si rimanda quindi la discussione al punto 7 del verbale.

6. Opportunità di miglioramento

Le opportunità di miglioramento sono ancora analizzate e gestite attraverso il file Excel "Gestione dei rischi ed opportunità" (si rimanda al punto 7) nonché con azioni intraprese a seguito di evidenze e raccomandazioni emerse in sede di Audit o nel corso dell'attività della comunità, e con gli obiettivi prefissati all'interno della tabella degli indicatori.

7. Gestione del rischio e delle Opportunità

L'organizzazione ha valutato i rischi e le opportunità in riferimento ad ogni punto del manuale operativo di accreditamento DGR 1572 del 16/12/2019, allo scopo di individuare azioni di miglioramento specifiche da mettere in atto.
I rischi e le opportunità valutati sono allegati al presente verbale, allo stesso modo si allega il **piano di miglioramento** scaturito dall'analisi.
Si procede in questa occasione ad un primo monitoraggio dell'effettiva messa in atto e successiva efficacia delle azioni di miglioramento intraprese previste dal piano.

RIFERIMENTO	PUNTO	AZIONE DI MIGLIORAMENTO PREVISTA	MONITORAGGIO
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	1.1	Redigere un elenco documenti SGQ da statico a dinamico con ICONE COLLEGATE A DOCUMENTI (allo scopo di facilitare recupero, consegna, aggiornamento e ridurre rischio di utilizzo doc errati)	Nuovo elenco digitale predisposto, il coordinatore dichiara che l'accesso alla documentazione è più semplice e rapido e gli errori nell'utilizzo della modulistica sono ridotti
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	1.2	PARTECIPAZIONE E APPARTENENZA AD ARIS VERBALE INCONTRO REGIONALE PER RIABILITAZIONE DISABILI + CONSULTA SOCIOSANITARIA UMANITARIA + LIBRO SUL TEMA SOCIO SANITARIO SCRITTO E DIVULGATO DA RICCARDO SOLLINI	Verificata presenza di email di convocazione CONSULTA SOCIO ASSISTENZIALE UMANITARIA 23/03/2026 FABRIANO La partecipazione alla Consulta ha protato ad un miglioramento nella partecipazione alle reti di altre strutture, a alto e basso livcello di assistenza per Disabili, favorendo il lavoro interdisciplinare tra professionisti sanitari e sociali (ES: PALIO DI FABRIANO (benessere ospiti), visibilità della comunità e dalla qualità percepita dei suoi servizi, mantenimento del servizio civile, libro di Riccardo)
DGR 1572/2019 MANUALE	1.3	VERIFICA ANNUALE TABELLA INDICATORI: VALUTAZIONE DIRIGENTI	unico aspetto parzialmente raggiunto relativo alla caduta di M.N., produzione

ACCREDITAMENTO e smi		OBIETTIVI RAGGIUNTI IN TERMINI DI INDICATORI E DI BENESSERE OSPITI	nuova tabella indicatori (ulteriore semestre)
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	1.4	REDAZIONE PROCEDURA EROGAZIONE DEL SERVIZIO DF1 + ELIGIBILITÀ OSPITI CON INDICAZIONE DELLE ATTUALI CRITICITÀ SULLA TENUTA DELLE LISTE INTERNE MIGLIORATO TRAMITE UTILIZZO GISSS "SEZIONE INSERIMENTO OSPITI" E AGGIORNAMENTO COSTANTE	PRESENTE IL 003 REV 2 + VERIFICATA APPLICAZIONE GISS QUESTIONARIO E LISTA la nuova modalità di elegibiltà dell'ospite risulta efficace e sempre aggiornata
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	1.5	NUOVO OBIETTIVO INDICATORE SPECIFICO SU PERSONALE FORMATO SULLA PROCEDURA DELLE EMERGENZE (DAL 65% DEL PRIMO SEMESTRE AL 70% NEL SECONDO SEMESTRE)	VERIFICA TABELLA INDICATORI IN CORSO
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	1.6	VERIFICA REGISTRO NC + VERIFICA E ANALISI DEL PROCESSO / SERVIZIO DI MENSA /CATERING (BLUBAR)	NC DEL 10/10/25 E AVVIO RICERCA NUOVO FORNITORE E INDIVIDUAZIONE PREVENTIVO QUINDI SOSTITUZIONE CATERING (RISTORANTI). LA MODULISTICA DELLE NC RISULTA POCO INTUITIVA PER GLI OPERATORI E VERRÀ MODIFICATA
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	2.1	CONDIVISIONE IN EQUIPE DEI RISULTATI DERIVANTI DAL MONITORAGGIO DELLA QUALITA' + AGGIORNAMENTO CARTA DEI SERVIZI CON INDICATA MODALITà DI INVIO RECLAMI/SUGGERIMENTI	LA CARTA DEI SERVIZI è STATA AGGIORNATA CON L'INDICAZIONE DELLA MODALITà DI INVIO DI RECLAMI/SUGGERIMENTI, SARÀ QUINDI PIU' SEMPLICE PER GLI OSPITI COMUNICARE CON LA COMUNITÀ (ANCHE PER RICHIESTE SU STRUMENTI, TECNOLOGIE, ATTREZZATURE, ECC) SITO WEB IN AGGIORNAMENTO

		+ DIFFUSIONE NUOVA CARTA DEI SERVIZI SU SITO WEB	
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	2.3	PREDISPOSIZIONE DI "CARTELLA OSPEDALIZZAZIONE" CONTENENTE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, PER TUTTI GLI OSPITI	Verifica a campione della presenza della "cartella ospedalizzazione" positiva
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	2.4	IMPLEMENTAZIONE GESTIONE ASSISTENZA CON PASSAGGIO DI DIARIO DI BORDO, PRI E CARTELLA CLINICA SU GISSS E NON PIU' SU CARTA + ALL 300 TABELLA INDICATORI	PRESENTE AUDIT CLINICO DAL QUALE EMERGE AZIONE DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESA, GRAN PARTE DEI DOCUMENTI NON SONO Più CARTACEI MA RISULTANO SOLO PRESENTI IN FORMATO DIGITALE (DIARIO DI BORDO, PRI, IN PARTE CARTELLE CLINICHE) si evidenzia come tale digitalizzaizone abbia migliorato la comunicazione interna tra gli operatori e abbia indirizzato tutta la documentazione relativa agli ospiti in un unico contenitore limitando così la perdita/dimenticanza di dati
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	2.5	Predisposizione nuova check list MOD 91 (CON ULTERIORI DOMANDE SU DGR 1572)	La nuova check list è stata predisposta e permette una migliore verifica di rispondenza ai requisiti previsti dall'accreditamento nonché del materiale da produrre Il rischio di chiusura della struttura risulta sotto controllo
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	3.1	analisi rischi ambiente lavorativo e AUTORIZZAZIONE A ACQUISTO DI n. 1 di sollevatore + FORMAZIONE DIPENDENTI SU ALZATA CARICHI PESANTI (un infortunio a gennaio dovuto a sollevamento carichi pesanti)	Verificato acquisto sollevatore elettrico a gennaio 2026 registrato infortunio (N.C.) per sollevamento carichi pesanti in data 10/01/2026, pochi giorni dopo l'acquisto. A seguito dell'infortunio è stato prevista una formazione specifica che è stata effettuata in data 27/04/2026 (verbale)

			Si è svolto inoltre un incontro con il RSPP in data 20/01/2026 (verbale) acquistati anche letto a 3 snodi e cuscini e fasce antiscivolo per facilitare il compito degli operatori
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	3.2	CONDIVISIONE SU GISSS DELL'ELENCO ATTREZZATURE	elenco attrezzature (e documenti relativi) presente e aggiornato su GISSS, questo permette ai dipendenti di avere maggior consapevolezza e serenità nella quotidianità rispetto all'utilizzo delle attrezzature
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	4.1	IMPLEMENTAZIONE FORMAZIONE	Effettuata nel 2025 Formazione Risck manager. Effettuati nel 2025 corsi BLSD e corsi organizzati con FONCOP, in entrambi i casi si cofermano i fornitori in considerazione dell'alto gradimento dimostrato dai discenti e dell'elasticità nell'organizzazione
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	4.2	VERIFICA SODDISFAZIONE DEI DIPENDENTI RISPETTO ALLA FORMAZIONE SVOLTA E ALL'ORIENTAMENTO GENERALE DELLA STRUTTURA (VEDI QUESTIONARI SOMMINISTRATI CON VERIFICA DELLA SEZIONE DEDICATA A CONSIGLI, SUGGERIMENTI E RECLAMI IN AMBITO DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO) + INTEGRAZIONE ALL 10 PIANO FORMAZIONE PER LA VERIFICA A 6 MESI DELLE FORMAZIONI SVOLTE DAI DIPENDENTI	VERIFICA QUESTIONARI CON ESITO POSITIVO (SPECIE RISCHIO CLINICO) modifica del documento MOD07 con l'introduzione della soddisfazione dell'operatore in fase di addestramento, l'integrazione permette di considerare e tenere sotto controllo il benessere del nuovo dipendente
DGR 1572/2019 MANUALE	5.1	INSERIMENTO NEI QUESTIONARI DI	EVIDENZA ESITI POSITIVI QUESTIONARI E PRESENZA DI DOMANDE PER VERIFICA

ACCREDITAMENTO e smi		DOMANDE FINALIZZATE ALLA VERIFICA DELL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI COMUNICAZIONE + DIGITALIZZAZIONE TOTALE DI MODULI, PROCEDURE E LINEE GUIDA, PEI ECC.. E CARICAMENTO SU GISSS + PROGRAMMAZIONE DI ALMENO UNA RIUNIONE ALL'ANNO CON TUTTI I DIPENDENTI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE DI EVENTUALI AGGIORAMENTI E CAMBIAMENTI E IL PASSAGGIO DI INFO	EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE (Le domande inserite nei questionari sono: - Conoscenza della tua azienda (in termini di politica, mission, obiettivi strategici. - Chiarezza dell'organigramma - Coinvolgimento da parte della Direzione nel sistema qualità e nella definizione degli obiettivi Visti verbali del 04/11/2025 e del 18/11/2025 sul tema della comunicazione e consapevolezza Le riunioni annuali previste risultano efficaci e funzionali e si confermano per il futuro + PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE E PASSAGGIO SU GISSS IN CORSO
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	5.2	FORMAZIONE PERSONALE SULLA COMUNICAZIONE E SULLA GESTIONE DEI CONFLITTI DA FARE ALMENO UNA VOLTA ALL'ANNO + MIGLIORAMENTO E DIVULGAZIONE PROCEDURA PR 03 (N.C. E SEGNALAZIONE DIPENDENTI)	VERIFICA FORMAZIONE DEL PERSONALE FATTA A MARZO 2025 E MARZO 2026. I DIPENDENTI SONO SODDISFATTI DEL CORSO SVOLTO E DA COLLOQUI SVOLTI QUOTIDIANAMENTE CON GLI OSPITI SI EVIDENZIA UN MIGLIORAMENTO DEL CLIMA INTERNO ALLA STRUTTURA + PRESENTE VERBALE DIREZIONE DEL 04/10/2025 CON MIGLIORAMENTO PR 03 (N.C. E SEGNALAZIONE DIPENDENTI)
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	5.3	SI EVIDENZIA COME I QUESTIONARI PER OSPITI E FAMIGLIE NON SIANO STATI COMPILATI DALLE FAMIGLIE PERTANTO SI PROPONE UN INCONTRO DI SENSIBILIZZAZIONE SULLE FAMIGLIE PER COMPILAZIONE QUESTIONARI	INVIO QUESTIONARIO SODDISF. OSPITI/FAM. GOOGLE FORMS A DICEMBRE 2025, VERIFICATO INCONTRO FATTO CON LE FAMIGLIE PER SENSIBILIZZAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI

DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	5.4	SI EVIDENZIA COME I QUESTIONARI PER OSPITI E FAMIGLIE NON SIANO STATI COMPILATI DALLE FAMIGLIE PERTANTO SI PROPONE UN INCONTRO DI SENSIBILIZZAZIONE SULLE FAMIGLIE PER COMPILAZIONE QUESTIONARI	VERIFICATO INCONTRO FATTO CON LE FAMIGLIE PER SENSIBILIZZAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI A OTTOBRE 2025, INVIO QUESTIONARIO SODDISF. OSPITI/FAM. GOOGLE FORMS A DICEMBRE 2025 VISTO IL BUON ESITO DELL'INCONTRO SI CONFERMA LA PROGRAMMAZIONE DI ALMENO UN INCONTRO ALL'ANNO CON TUTTE LE FAMIGLIE DEGLI OSPITI IN MODO DA AGEVOLARE GLI AGGIORNAMENTI/CAMBIAMENTI E FORTIFICARE LA FIDUCIA NELLA COMUNITÀ
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	5.5	SI REGISTRA SOLO N. 1 RECLAMO RISPETTO AL CATERING DA PARTE DEGLI OSPITI/FAMIGLIE, ALLO STESSO TEMPO IN RIFERIMENTO AI QUESTIONARIO SODDISFAZIONE VERRÀ SVOLTO UN INCONTRO CON LE FAMIGLIE PER SENSIBILIZZARE; IN QUESTO INCONTRO VERRANNO ASCOLTATE LE FAMIGLIE IN RELAZIONE ALLA SODDISFAZIONE PERCEPITA E A EVENUTALI DISSERVZI VISSUTI.	Nel periodo di riferimento non sono pervenuti reclami formali da parte degli ospiti e/o delle loro famiglie. È stata tuttavia raccolta una segnalazione relativa al servizio di ristorazione, prontamente presa in carico dalla struttura, che ha portato alla valutazione del fornitore del catering, a conferma dell'attenzione riservata alle esigenze espresse dagli utenti e dell'impegno nel garantire un servizio di qualità. A fronte della mancata restituzione dei questionari di soddisfazione da parte delle famiglie a giugno 2025, è stato organizzato un incontro con le famiglie finalizzato a sensibilizzarle sull'importanza della loro partecipazione e a promuovere un momento di confronto diretto. L'incontro si è svolto in un clima sereno e collaborativo, senza l'emersione di particolari criticità o disservizi. Le famiglie hanno espresso un generale apprezzamento per il servizio offerto e un elevato livello di soddisfazione nei

			confronti dell'assistenza e dell'organizzazione della struttura. A seguito dell'incontro di sensibilizzazione sono pervenute risposte ai questionari di soddisfazione da parte delle famiglie, dai quali è emerso un riscontro complessivamente positivo, confermando il buon livello qualitativo dei servizi erogati e la percezione favorevole dell'assistenza ricevuta. VISTO IL BUON ESITO DELL'INCONTRO SI CONFERMA LA PROGRAMMAZIONE DI ALMENO UN INCONTRO ALL'ANNO CON TUTTE LE FAMIGLIE DEGLI OSPITI IN MODO DA AGEVOLARE GLI AGGIORNAMENTI/CAMBIAMENTI E FORTIFICARE LA FIDUCIA NELLA COMUNITÀ
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	6.2	PUBBLICAZIONE DEL PAGR SU GISSS	IL PAGR RISULTA PRESENTE SU GISSS, LA PUBBLICAZIONE HA PERMESSO AGLI OPERATORI DI AVERE ACESO RAPIDAMENTE AL DOCUMENTO MIGLIORANDO LA COMUNICAZIONE INTERNA SUL RISCHIO CLINICO SI CONFERMA IL MANTENIMENTO DEL PAGR SU GISSS
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	6.4	COINVOLGIMENTO FAMIGLIE NELLA INFORMATIVA ICA E CADUTE	SI CONSIDERA POSITIVO IL FATTO CHE LE FAMIGLIE ABBIANO ACCOLTO POSITIVAMENTE IL PROPRIO COINVOLGIMENTO DA PARTE DELL'EQUIPE NEL RISCHIO CLINICO, NELLO SPECIFICO SARÀ MANTENUTA L'INFORMATIVA ICA E CADUTE DATA LA VALENZA PREVENTIVA E PARTECIPATIVA PER GLI OSPITI (FAMIGLIA COME EQUIPE ALLARGATA)
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	7.1	PUBBLICAZIONE SUL SITO DELLA CARTA DEI SERVIZI, REGOLAMENTO, BILANCIO SOCIALE, POLITICA QUALITÀ (E EVENTUALE ESTRATTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE)	EVIDENZA DOCUMENTALE DELLA PUBBLICAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI, PRESENTI SU SITO WEB: - INFO SU SEGNALAZIONI - REGOLAMENTO INTERNO, - BILANCIO SOCIALE,

		+ INFO SU COME EFFETTUARE SEGNALAZIONI E SU COME FARE RICHIESTA PER INGRESSO PRIVATO O CONVENZIONATO + FORMAZIONE RISCHIO CLINICO (GESTIONE CRISI)	-UME E UMEA - INFO SU COME FARE RICHIESTA PER INGRESSO PRIVATO O CONVENZIONATO, - POLITICA QUALITÀ - ORGANIGRAMMA + EFFETTUATA FORMAZIONE SULLA GESTIONE DELLE CRISI (Più orientata agli ospiti del diurno ma non solo), IL COORDINATORE AFFERMA CHE LA FORMAZIONE HA RAFFORZATO LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI RISPETTO ALL'ANSIA DI POSSIBIL CRISI DA PARTE DEGLI OSPITI. QUESTO HA CREATO UN AMBIENTE E UN CLIMA MAGGIORMENTE SERENO TRA OSPITI E OPERATORI SI PREVEDE LA RIPETIZIONE DELLA FORMAZIONE NEL PROSSIMO ANNO
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	7.2	Richiesta al fornitore per miglioramento GISSS per evitare di produrre due volte su due software diversi le stesse informazioni (file r e siar)	Potenziato GISSS con inseriemnto di pulsante per l'invio diretto di FILE R e SIAR
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	7.3	ACQUISTO SOLLEVATORE ELETTRICO	VERIFICATO ACQUISTO SOLLEVATORE ELETTRICO, , LETTO A 3 SNODI E FASCE E CUSCINO ANTISCIVOLO GLI OPERATORI SI DICHIARANO SODDISFATTI
DGR 1572/2019 MANUALE ACCREDITAMENTO e smi	8.1	PROGRAMMAZIONE PET THERAPY	LA PET THERAPY VIENTE APPLICATA E VISTI I BENEFICI E IL COINVOLGIMENTO DEGLI OSPITI SI CONFERMA IL SUO MANTENIMENTO NEL FUTURO

8. Comunicazioni interne ed esterne pertinenti il SGQ

La comunità ha predisposto il documento "ALL 80 comunicazione" nel quale dichiara cosa comunica, a chi, con che metodo, con che periodicità e individua le responsabilità.
Di seguito un estratto:

OGGETTO	DESTINATARI	MODALITA'	PERIODICITA'
Piano Qualità	Tutto il personale Stake holders	GISS/CLOUD	In caso di revisione

		disponibilità in copia cartacea presso sedi consegna a mano/invio tramite email Sito internet aziendale	
Politica	Tutto il personale Stake holders	Affissione in bacheca Sito internet aziendale	In caso di revisione
Organigramma	Tutto il personale	Affissione in bacheca	In caso di revisione
Riesame della direzione e risultati conseguiti a fronte degli obiettivi e nuovi obiettivi	Responsabili dei processi	Disponibilità copia verbale di riesame della direzione su gestionale (GISS/CLOUD)	Annuale
non conformità operative/reclami del cliente riscontrati	Personale coinvolto	Comunicazione verbale al personale del settore direttamente coinvolto	Entro una settimana dal rilievo/reclamo
Risultati valutazione soddisfazione clienti	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	Annuale
Esiti degli audit dell'organismo di certificazione ed interni	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	A seguito di Audit
Presentazione aziendale	Clienti	Sito internet aziendale	In caso di revisione
Aggiornamenti in ambito di salute e sicurezza sul lavoro	RSPP, RLS, medico competente	Riunione periodica salute e sicurezza (art. 35 D.lgs 81/08)	Annuale Straordinaria su richiesta di RSPP, RLS, medico competente
Carta dei servizi e guida (in tutte le lingue disponibili)	Utenti, clienti	Sito internet aziendale, invio tramite email	In caso di revisione
Presenze mensili ospiti (strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso FILE R	Mensile
PEI (ospiti strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso SIAR	Trimestrale
Evento sentinella	Regione Marche	Flusso SIMES	Al verificarsi dell'evento

Il documento da indicazioni in merito alla comunicazione interna ed esterna, fatto salvo rinviare alle singole procedure per quanto pertinente ai processi da queste regolati e alle loro interazioni.

Il documento è già approvato nel corso dell'ultimo riesame per l'anno 2025, si rimanda al verbale di riesame di fine anno l'eventuale revisione e approvazione del documento per l'anno 2026.

Elementi di Output

9. Piano di miglioramento e obiettivi qualità

Il CDA conferma il proprio impegno nell'allineare il Sistema di Gestione ai requisiti del DGR n. 1572/2019 e considera le azioni di miglioramento messe in atto efficaci.

Le riunioni di equipe continuano ad essere il migliore strumento di confronto e condivisione interna, allo stesso modo risulta migliorato il confronto con le famiglie degli ospiti.
Il dialogo tra la Direzione e il coordinatore di comunità è puntuale.

APPROVAZIONE PIANO DELLA QUALITÀ 2026:
Gli obiettivi generali definiti all'interno delle politica Qualità sono stati declinati in obiettivi specifici individuando degli indicatori di riferimento.
Nel piano si definiscono valore atteso, responsabile al suo raggiungimento, periodo in cui raggiungerlo/monitorarlo e l'azione da eseguire per raggiungerlo. Si riportano di seguito i nuovi PIANI della qualità per l'approvazione.

Indicatori per rischio clinico e prestazioni sono riepilogati nel documento ALL 300 Indicatori di monitoraggio, che sia allega. I risultati conseguiti, al momento del riesame, sono:

RISCHIO CLINICO	OBIETTIVO	RESP. CONTROLLO E RILEVAZIONE	TARGET ATTESI II SEM 2025 (standard/valore atteso)	Δ	CONSUNTIVO II SEM 2025	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)
CADUTE	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	DS	0	3%	3% (1 CADUTA DU UN PAZIENTE CHE ERA BASSO)	0
CADUTE	**Presenza scheda scala Conley per ogni ospite**	Controllo a campione	100%	0	100%	100%
FARMACI	**Valutazione corretto utilizzo farmaci**	DS	95%	0	95%	97%
LESIONI DA DECUBITO	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	DS	0	1%	1%	≤ 1%
Antisettici e disinfettanti	**Personale formato**	DS	73%	0	73%	75%
Emergenza / emergenza sanitaria	**Personale formato**	DS	67%	0	67%	70%
COVID-ICA	**Personale formato**	DS	67%	0	67%	70%

CONTESTO	OBIETTIVO	RESP. CONTROLLO	TARGET ATTESI II SEM 2025 (standard/valore atteso)	Δ	CONSUNTIVO II SEM 2025	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO	AD OGNI OSPITE CORRISPONDA UN PRI	R.Q.	100%	0	100%	100%

CONTESTO	OBIETTIVO	RESP. CONTROLLO	TARGET ATTESI II SEM 2025 (standard/valore atteso)	Δ	CONSUNTIVO II SEM 2025	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)
Sicurezza stress-lavoro-corrrelato	**Riduzione burn-out**	R.Q.	1	0	1	2

Si riporta l'estratto dell'elaborazione dei risultati ottenuti dai questionari soddisfazione somministrati ai dipendenti/operatori a giugno 2026 (già riportati dal riesame precedente):

QUESTIONARI	
GUIGNO 2025	
4 questionari operatori	media risultati
conoscenza della tua azienda	4,5
chiarezza dell'organigramma	4,75
conoscenza degli obiettivi e ibudget	4,75
risultati condivisi	4,5
chiarezza carta servizi	4,25
benessere lavorativo	4
ti senti ascoltato	4,75
presenza di momenti di condivisione	4,75
la formazione continua e superiore ricevuta ti ha soddisfatt	4,25
disponibilità a ricevere un appuntamento	4,75
cortesia e disponibilità da parte dei medici e infermiere	4,25
disopnibilità coordinatore	4,75
gentilezza personale del collega	4,5
organizzaizone del alvoro	4,75
impegno a risolvere problemi	4,75
chirezza documentaizone	4,25
clima di equipèe	4,75
igiene pulizia	4,75
partecipazione al piano riabilitativo	4,75
confronto faniglie	5
facilità repermento materiale	5
consigli nuove tecnologie e altri suggeriemnti	NESSUNO
reclami	NESSUNO

Allo stesso modo si riporta l'estratto dell'elaborazione dei risultati ottenuti dai questionari soddisfazione somministrati ai clienti/committenti a giugno 2026 (già riportati dal riesame precedente):

questionario clienti (da 1 a 5)	
tempestività	3,5
copletezza	3,5
svolgimento	4,5
cortesia	3,5
competenza	4
reperibilità	3,5
disponibilità	3,5
problem solving	3,5
chiarezza	3,5
rispetto	4

Nonostante risultati parzialmente soddisfacenti da parte dei clienti/committenti non si è proceduto a ripetere l'invio e approfondire eventuali problematiche prima dei tempi programmati come fatto nel caso delle famiglie degli ospiti della comunità.
L'organizzazione, anche a seguito del riscontro ottenuto da parte delle famiglie degli ospiti, decide che le trasmissioni future di tutti i questionari saranno fatte solo in forma digitale tramite google forms.
Il prossimo invio a dipendenti e clienti viene programmato entro giugno 2026.

Come accennato a dicembre 2025 si è invece provveduto ad inviare nuovamente in formato digitale tramite GOOGLE FORMS i questionari alle famiglie degli ospiti che non avevano dato alcun riscontro nell'indagine precedente e alla data odierna risultano restituiti n. 3 questionari compilati.

Di seguito un estratto dei risultati (nella colonna di sinistra la data di restituzione):

Informazioni cronologiche	Accoglienza al momento dell'ingresso in struttura	Gentilezza, cortesia e rispetto da parte degli Operatori nei Suoi/Vostri confronti	Tempestività e chiarezza nelle risposte alle Sue richieste	Tempestività delle informazioni relative alle condizioni di salute Sue o del Suo famigliare	Grado di soddisfazione dei Suoi bisogni	Servizio pulizie	Servizio ristorazione	Servizio Lavanderia	Servizio assistenza religiosa	Possibilità di usufruire degli spazi comuni messi a disposizione (Chiesa, saloni, giardino, ecc..)	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Assistenza personale ausiliario socio assistenziale	Servizio animazione	Attività proposte	Disponibilità del personale del Servizio Accoglienza	Grado di coinvolgimento nel tuo progetto individuale o del tuo caro	Adeguatezza apparecchiature	Confort degli ambienti	Completezza delle informazioni ricevute	Impegno profuso nel risolvere problemi	Utilità del materiale informativo ricevuto (carta dei servizi, regolamento..)	Assistenza educativa	CONSIGLI, SUGGERIMENTI O PROPOSTE O SUGGERIENTI DI UTILIZZOdi NUOVE TECNOLOGIE:	EVENTUALI RECLAMI:
12/12/2025	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
20/12/2025	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
05/12/2025	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	

I risultati ottenuti dai questionari restituiti sono positivi.
È al momento obiettivo dell'organizzazione ottenere il maggior feedback possibile e inviare in modo più mirato i questionari in modo da comprendere in quali realtà intervenire con azioni di miglioramento mirate.

Sulla base dei risultati raggiunti si redige il piano di miglioramento per il primo semestre dell'anno 2026.

In riferimento al rischio clinico, alle prestazioni e ai processi, si prevedono le seguenti azioni di miglioramento (PIANO QUALITÀ):

RISCHIO CLINICO	OBIETTIVO	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)	AZIONE	RISORSE	RESP.	TEMPISTICHE
CADUTE	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	0	Corretta applicazione della scala di riferimento, compilazione quadrimestrale scheda	Impegno operatori di struttura	DS	6 MESI
CADUTE	**Presenza scheda scala Conley per ogni ospite**	100%	Mantenimento (Controllo a campione)	Impegno operatori di struttura	DS	6 MESI
FARMACI	**Valutazione corretto utilizzo farmaci**	97%	Corretta applicazione delle procedure, utilizzo DPI in caso di ospiti con sintomi influenzali	Impegno operatori di struttura	DS	6 MESI
LESIONI DA DECUBITO	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	≤ 1%	Corretta applicazione della scala di riferimento, compilazione quadrimestrale scheda	Impegno operatori di struttura	DS	6 MESI
Antisettici e disinfettanti	**Personale formato**	75%	Organizzazione corsi mirati (almeno 1/anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	6 MESI
Emergenza / emergenza sanitaria	**Personale formato**	70%	Organizzazione corsi mirati (almeno 1/anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	6 MESI
COVID-ICA	**Personale formato**	70%	Organizzazione corsi mirati (almeno 1/anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	6 MESI

CONTESTO	OBIETTIVO	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)	AZIONE	RISORSE	RESP.	TEMPISTICHE
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO	AD OGNI OSPITE CORRISPONDA UN PRI	100%	Corretta applicazione delle procedure	Impegno operatori di struttura e coordinatore	Coordinatore	6 MESI

CONTESTO	OBIETTIVO	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)	AZIONE	RISORSE	RESP.	TEMPISTICHE
Sicurezza stress-lavoro-corrrelato	**Riduzione burn-out**	2	Formazioni specifiche, valutazione rischio stress lavoro correlato	Impegno RSPP e coordinatori	Presidente	6 mesi

Il piano di miglioramento per la prima metà dell'anno 2026 è approvato.
Si allegano al presente riesame e si approvano inoltre le azioni di miglioramento previste dall'analisi dei rischi e delle opportunità.

Il prossimo Riesame della Direzione è previsto per ottobre 2026 con nuovo monitoraggio delle prestazioni.
Fabriano, 26 marzo 2026

Riccardo Sollini
Stefano Galeazzi
Marco Galeazzi
Samuele Aquilanti