PARTECIPANTI	
Nome e Cognome	**Firma**
AU – Clara Venanzoni DIR. SAN. Dr. Salvatore Merra RPRO/RGQ – Rosanna Mansueto	_____ _____ _____ _____

DOCUMENTI ESAMINATI

☒ Riesami precedenti	☒ Risultati sondaggi grado di soddisfazione	☒ Relazioni convegno Monterufeno
☒ Rapporti Audit Interni	☒ Statistiche	☒ Normativa di settore
☐ Rapporti di non conformità	☒ Reclami Utenti	☐ Altro
☐ Stato Azioni correttive	☒ Suggerimenti Utenti	

VERBALE – PUNTI ESAMINATI

Premessa

Il giorno 27 del mese Aprile dell'anno 2026, viene effettuata la riunione annuale valida come Riesame della Direzione, al fine di valutare, a consuntivo, le risultanze del Sistema di Gestione per la qualità e, a seguito del deliberato della Regione Lazio DCA U00469 del 7 Novembre 2017 con cui ha recepito integralmente il Manuale AGE.NA.S. (quale manuale di riferimento per il mantenimento dell'accreditamento con il SSR). Nel presente verbale saranno deliberate e pianificate le azioni, gli obiettivi e le azioni di miglioramento da attuare nell'anno 2026.

In data odierna, si affronteranno anche la pianificazione e la programmazione dei nuovi obiettivi di Comunità Francesco Srl, del Piano di Miglioramento 2026, del Piano di Formazione 2026, del Piano di Audit Clinici 2026. Atteso che non è stato ancora chiuso il bilancio di esercizio e non è stata redatta la relazione dell'amministratore delegato la riunione viene riconvocata entro 6 mesi dalla data odierna per al fine di completare l'analisi degli ulteriori argomenti e il cui verbale integrerà il presente Riesame della Direzione.

1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Comunità Francesco Srl ha progettato e realizzato per la struttura accreditata, un sistema di gestione per la qualità aderente alle norme UNI – EN - ISO 9001 del 2015.

Parte integrante del sistema di gestione qualità è il documento della "Politica della qualità", aggiornato alla data del 24.04.2018, nel quale trovano esplicitazione la Mission e la Vision aziendali, oltre i macro obiettivi che l'azienda si è prefissata di raggiungere. La Politica risulta condivisa e redatta con tutto il personale. Da quanto emerso anche in sede di "Assemblea Generale" svolta in data 23/01/26 con tutto il personale, questa viene approvata anche per il 2026.

Le attività poste in essere dalla nostra Organizzazione, come esplicitato nel documento della politica aziendale, fanno riferimento, oltre che alle normative nazionali e regionali, a principi di eticità, legalità, sostenibilità economico-finanziario del servizio erogato e, comunque, sempre tenendo conto i diritti dell'Utente e dei suoi familiari, ponendoli al centro di tutte le attività svolte quotidianamente da tutto il personale, interno ed esterno, della Struttura.

Gli obiettivi che l'azienda si prefigge di raggiungere annualmente, e alla cui definizione, partecipano tutti i collaboratori dell'azienda, sono riportati in un documento riepilogativo Mod 09.02 sezione obiettivi. L'approvazione conclusiva del documento, di competenza dei diversi responsabili di funzione come indicato nell'organigramma aziendale, avviene, annualmente, in sede di Riesame della Direzione.

Il piano degli obiettivi viene aggiornato annualmente e, nel caso si rilevi che alcuni obiettivi non sono stati raggiunti, questi possono essere riproposti, modulati in maniera diversa o considerati superati nella stesura del piano dell'anno successivo. Il raggiungimento degli obiettivi viene monitorato periodicamente attraverso la compilazione del modulo "Raccolta dati Indicatori" Mod. 09.02.

Per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo la Direzione individua e nomina un responsabile in relazione al processo aziendale a cui fa riferimento l'obiettivo.

Nel piano degli obiettivi, mod 09.02, oltre al responsabile, sono indicate le attività per raggiungere gli obiettivi stessi oltre al cronoprogramma o scadenziario delle attività.

Comunità Francesco Srl ha riattivato relazioni con agenzie territoriali nazionali e locali e in particolare con la associazione CONF:E:P:I:al fine di:

- sviluppare sinergie, azioni, servizi e scambio di esperienze al fine sia di implementare nuove modalità gestionali aziendali che consentano di migliorare i servizi offerti all'utenza sia per riuscire a costruire percorsi di confronto con le istituzioni nazionali e regionali che legiferano in materia di cura delle patologie psichiatriche. Per ogni incontro, Comunità Francesco Srl redige un verbale e allega i documenti dell'incontro.
- coordinarsi e confrontarsi con le équipe delle diverse AA.SS.LL. invianti al fine di meglio rispondere ai bisogni del singolo paziente.

La direzione constata che il piano annuale delle attività e della qualità predisposto per l'anno 2025 – MOD 09.02, che si allega alla presente come parte integrante di questo documento, è stato realizzato in tutte le sue parti, ovvero che sono state svolte tutte le attività predisposte nel piano e che tali attività sono state efficaci allo scopo. Inoltre, si constata che sono stati raggiunti quasi tutti gli obiettivi di budget, attività, qualità e costi. In particolare per il 2025 è non stato rispettato il budget del 5% dei costi dei materiali rispetto ai ricavi, i posti occupati residenziali sono stati il 100% e il fatturato ottenuto per le strutture residenziali è stato del 98,46% rispetto al budget convenzionato. Rispetto a tale Piano degli Obiettivi, si evince che uno solo di questi non è stato raggiunto, ovvero l'obiettivo inerente alle dimissioni entro i 48 mesi dall'ingresso nel programma terapeutico. Il valore da raggiungere era stimato sul 50% dei dimessi nel 2025. Il risultato raggiunto (oramai definitivo visto che l'anno solare è ormai concluso) e stato pari al 35,71%. Tale Obiettivo verrà riproposto per il 2026 ed, a seguito del risultato raggiunto, si verificherà la necessità di variare il valore atteso piuttosto che allungare la durata del programma, passandolo dai 48 mesi ad una durata da ridefinire il prossimo anno, per renderlo efficiente.

Il piano gestione infrastrutture e rischio ambientale del 2026 è stato realizzato in ogni sua parte MOD 05.04E.

La Direzione, a seguito dei risultati ottenuti e pubblicati sul SW Gestionale "GESS", sul sito https://www.comunitafrancescosrl.it/, e discussi in assemblea generale del 23/01/26, valuta il piano annuale di attività e qualità del 2025 efficace.

Gli altri obiettivi saranno mantenuti validi anche per il 2026.

Si fa presente che non vi sono stati cambi o modifiche di indirizzo regionale e indicazioni da parte dei rappresentanti del municipio VI di Roma e dalle associazioni di tutela dei pazienti.

1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Sulla base dei servizi che la Struttura è tenuta a erogare in forza dell'atto di convenzione con la A.S.L. RM5, dalla analisi delle necessità emerse dall'esperienza oramai consolidata nel trattamento di pazienti psichiatrici e valutando il contesto ambientale in cui si trovano ubicate le strutture

sanitarie, Comunità Francesco Srl ha ritenuto di affidarsi ai servizi territoriali pubblici per garantire agli utenti analisi ematiche, anche in relazione alle terapie farmacologiche praticate che necessitano il monitoraggio di specifici parametri clinici, e di diagnostica per immagini. In particolare il presidio si rivolge prettamente alla ASL RM5 di Via tenuta di Torrenova.

Nonostante ciò, Comunità Francesco Srl ha definito una procedura interna a cui gli operatori si devono attenere per i servizi di cui sopra per garantire al paziente la continuità assistenziale.

La qualità del servizio viene monitorata ad ogni accesso dal personale che accompagnano gli utenti. I risultati sulla qualità del servizio a seguito della analisi dei singoli report risultano essere, sino ad ora, più che soddisfacenti atteso che il valore medio dei punteggi sulla qualità del servizio è superiore a 3.5 su un massimo di 4.

Alla luce delle risultanze dei monitoraggi acquisiti si ritiene pertanto utile la prosecuzione del rapporto con il servizio sanitario nazionale.

Il Dirigente Sanitario, pertanto, conferma peraltro che la procedura "Visite laboratoriali o specialistiche" risulta coerente con i bisogni di garanzia del servizio e che non si sono rilevate non conformità rispetto alla sua applicazione.

Relativamente alle reti di cure palliative e del dolore non si è mai rilevata la necessità di dover predisporre alcun protocollo di collaborazione con le reti territoriali considerati i bisogni di cura dell'utenza afferente al nostro servizio. Nel caso in cui il D.S.M. inviante rilevasse la necessità per il loro paziente di dover ricorrere comunque a tali servizi sarà lo stesso Dipartimento che provvederà al trasferimento nella struttura territoriale che riterrà più idonea al bisogno del paziente.

1.3 Definizione delle responsabilità

La Direzione, dopo un'attenta analisi di contesto e delle professionalità coinvolte nei diversi ambiti dei servizi socio sanitari erogati, ha ridefinito, anche a seguito di specifiche richieste del Manuale Agenas, ruoli e responsabilità all'interno del Presidio e per ciascuna delle tre strutture.

Le responsabilità sono evidenziate nell'organigramma della Struttura, aggiornato al 15/09/26 e suddiviso in quattro aree: una generale e tre specifiche per ogni singola struttura sanitaria. Parimenti, nella medesima data, è stato revisionato e aggiornato anche il mansionario.

L'organigramma aggiornato e il mansionario sono stati condivisi con tutti i collaboratori e consegnati, insieme a tutta la documentazione SGQ. L'organigramma, comunque, è stato affisso nella bacheca dei locali utilizzati dagli stessi oltre che inseriti nella sezione del Gestionale Socio Sanitario GESS "la Governance informa" accessibile a tutti gli operatori. Il mansionario, invece, resta sempre disponibile per tutto il personale e collocato negli uffici amministrativi di Comunità Francesco Srl siti all'interno della Struttura.

All'interno del MOD 09.02 sezione "report valutazione responsabili", sono stati valutati i risultati raggiunti dai responsabili di funzione per l'anno 2025. Tutti i responsabili hanno avuto una valutazione positiva e pertanto l'obiettivo prefissato in merito all'organizzazione generale è stato raggiunto ed evidente sul Mod. 09.02 sezione "obiettivi". La direzione non ritiene di dover apportare modifiche all'organizzazione/ organigramma dei responsabili e/o di nuovo personale.

1.4 Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

Comunità Francesco Srl ha definito ed approvato una serie di procedure qualità per la gestione della documentazione interna ed esterna oltre ulteriori procedure per le modalità di gestione dei sistemi informativi e di trattamento e gestione dei dati in conformità del nuovo Regolamento europeo 2016/679 e del relativo D.lgs. 101/18 atto al recepimento di tale Regolamento Europeo. È stato inoltre individuato e nominato il DPO esterno ed inserito nell'organigramma aziendale.

I documenti predisposti, e inseriti nel sistema gestionale GESS e quindi disponibili in qualsiasi momento a tutti gli operatori che abbiano una connessione internet, sono: DPIA, RAT, Linee guida al trattamento dei dati, Procedure sistema GDPR, oltre la PRO 04 "Gestione evidenze documentali" del sistema di gestione della qualità.

Tali procedure in materia di Privacy sono operative, come previsto dal termine perentorio del Regolamento Europeo, dal 25/05/18 e vengono aggiornate dal DPO in accordo con la direzione in funzione delle sopraggiunte normative e esigenze aziendali in tema di protezione dei dati. All'interno delle procedure sopracitate sono riportate le informazioni su la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; raccolta dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; modalità per l'invio dei moduli NSIS alla ASL di competenza territoriale; garanzia della trasparenza e aggiornamento sistematico delle liste d'attesa; gestione e trasmissione delle informazioni delle prestazioni sanitarie.

Tutto il personale, come risulta dalle schede individuali, dalle schede corso di formazione e dai rapporti rilasciati da enti di formazione esterni, risulta essere stato sensibilizzato, formato e aggiornato su tali tematiche. L'ultima azione formativa risulta essere stata effettuata in due giornate condotte on-line al fine di aggiornare i lavoratori e i collaboratori sulle nuove disposizioni del GDPR ed è previsto un corso di aggiornamento nel piano formativo 2026.

La verifica di apprendimento risulta essere eseguita sul campo, attraverso la compilazione della modulistica applicabile, sulle informazioni e sui dati trattati da ogni figura professionale.

Il monitoraggio delle informazioni avviene attraverso l'audit del dirigente sanitario secondo la PRO 08 del sistema di qualità. Inoltre, è previsto un audit semestrale dal parte del DPO sul rispetto delle linee guida al sistema GDPR da parte del personale.

Comunità Francesco Srl, al fine di migliorare: la gestione di molti dati relativi al servizio erogato a favore degli utenti che attualmente avviene in modalità cartacea o mediante l'utilizzo di diversi programmi informatici il trasferimento di informazioni dalla Direzione ai diversi collaboratori, la tutela dei dati anche alla luce delle nuove disposizioni legislative, il rispetto di obblighi informativi richiesti dalla Regione Lazio con l'inserimento mensile sulla piattaforma SIPC di dati sulle presenze e sui servizi erogati a favore degli utenti, ha acquistato e attivato un Gestionale Socio Sanitario GESS come azione di miglioramento del sistema di gestione dei dati, compliance rispetto al sistema GDPR e in accordo con il DPO. Tale gestionale imporrà una rivoluzione nella gestione dei dati e di molte forme di comunicazione interna atteso peraltro che molti collaboratori non hanno la medesima dimestichezza con l'informatica degli operatori più giovani.

Si ritiene che il sistema potrà funzionare perfettamente in tutte le sue applicazioni e a tutti i livelli operativi in circa 12 mesi.

Nel piano formativo del 2026 è stato inserito un percorso formativo affinché alla fine dell'anno il sistema dovrà essere utilizzato dalla maggior parte di tutti i livelli operativi.

1.5 Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi

La qualità del servizio erogato viene gestito come previsto dalle Procedure PRO01, PRO 02, PRO 03, relative all'ingresso dell'utente, la valutazione del bisogno ed il percorso terapeutico, per chiudere con dimissioni e follow-up.

In ogni procedura sono definite le modalità di valutazione dei singoli processi. L'Organizzazione per ogni processo definisce degli obiettivi (come riportato nel documento allegato al presente Riesame della Direzione) ed un sistema di monitoraggio e raccolta dati per le attività di:

- Gestione della documentazione;
- Gestione delle risorse umane;
- Gestione delle risorse infrastrutturali;
- Percorso terapeutico;
- Soddisfazione degli Utenti e delle famiglie;
- Reclami interni ed esterni.

Il collettore dei dati raccolti dai diversi responsabili è il RAMM. Le aree che vengono monitorate si suddividono in tre aree: qualità organizzativa, qualità clinico assistenziale e qualità percepita.

La valutazione e il monitoraggio della qualità nelle tre differenti aree avviene grazie alla raccolta dati, MOD 09.02 sezione indicatori, che oltre ad avere la funzione di report delle attività sopracitate consente una puntuale verifica, in tempo reale, dell'effettivo conseguimento degli specifici obiettivi che ci si è posti di raggiungere. I dati relativi al raggiungimento degli obiettivi sono condivisi annualmente con tutti i collaboratori in una Assemblea Generale. La Direzione approva la pubblicazione sul sito internet del raggiungimento o meno degli obiettivi per macro voci aggregando in maniera coerente i singoli dati. Gli obiettivi sono diffusi anche attraverso il gestionale GESS, sezione "La governance informa".

La parte organizzativa viene monitorata sia attraverso obiettivi e indicatori inerenti a differenti processi: monitoraggio e valutazione dell'organizzazione dei responsabili; monitoraggio del sistema di qualità; monitoraggio della gestione delle infrastrutture e del rischio ambientale; monitoraggio della formazione interna ed esterna ecc.

Tutta la parte clinica viene monitorata attraverso l'utilizzo, come richiesto dalla normativa regionale, di test validati dalla comunità scientifica e gli esiti riportati nel modulo indicatori di processo che è parte integrante del modulo "Obiettivi anno" (Mod. 09.02).

Comunità Francesco Srl inoltre, tramite l'utilizzazione del V.A.D.O. che offre ottimi risultati sia in termini di coinvolgimento dell'utente stesso nella valutazione del suo percorso individuale sia come strumento per gli operatori nell'individuare in quali aree di funzionamento della persona indirizzare prioritariamente il loro intervento. Tale strumento infatti, consiste in una valutazione delle risorse e dei deficit del singolo utente al fine di strutturare, valutare, monitorare e perseguire gli obiettivi individuati con una rivalutazione semestrale del percorso terapeutico – riabilitativo.

In appositi incontri sia individuali che gruppali l'utente, con il Case manager e gli operatori di equipe valutano, tramite le medie dei punteggi, i progressi realizzati o le aree su cui bisogna indirizzare maggiori energie.

La qualità del servizio percepita all'esterno avviene attraverso la somministrazione, raccolta dati e valutazione di questionari di soddisfazione degli Utenti e dei Familiari.

Le evidenze di quanto riportato sopra sono raccolte e catalogate nel modulo indicatori di processo.

In sede di riesame della direzione vengono valutati i risultati e elaborate eventuali azioni di miglioramento del servizio erogato.

Ad oggi, la valutazione dei questionari compilati da Utenti dimessi e loro familiari per l'anno 2025 risulta essere positiva. I valori emersi nelle 3 aree monitorate hanno raggiunto e superato i valori minimi accettabili. L'indice di soddisfazione degli utenti e familiari si colloca al 100% a fronte di un valore minimo accettabile del 75%.

Il sistema di valutazione della qualità del servizio, Mod. 09.02 sezione indicatore e sezione obiettivi, viene aggiornato e adeguato annualmente durante il riesame della direzione e l'aggiornamento viene effettuato anche sulla base delle indicazioni del personale durante l'assemblea annuale degli operatori. I dati relativi alla qualità dei servizi sia percepita (customer satisfaction) che organizzativa/clinica (selezione obiettivi MOD. 09.02), vengono diffusi sul sito internet www.villapalma.it, condivisi nell'assemblea annuale degli operatori oltre ad essere inseriti nella sezione di GESS "la governance informa". I tre strumenti garantiscono una adeguata visibilità della qualità dei servizi della struttura ai livelli adeguati.

Tutti gli obiettivi della qualità dei servizi relativi alle tre aree sono stati raggiunti e pertanto vengono riproposti per l'anno 2026. La direzione, per migliorare il raggiungimento degli obiettivi da parte pazienti, inserisce il corso di formazione sulla psicoterapia strategica che dovrà essere fatto da tutto il personale sanitario, al fine di fornire elementi necessari alla progettazione e programmazione dell'intervento clinico.

1.6 Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

La prevenzione dei disservizi avviene attraverso l'applicazione delle procedure qualità da parte di tutto il personale della Struttura. Ciononostante, la Direzione ha definito e approvato la PRO 07 per la gestione dei reclami, sia interni che esterni.
Il modulo reclami è disponibile in tutte e tre le strutture. Il reclamo può essere formulato sia in maniera anonima che non, e, una volta compilato il modulo, viene inserito in una apposita cassetta presente nella struttura. Inoltre sul sito https://www.comunitafrancescosrl.it/, c'è un apposita sezione "sportello online "suggerimenti e reclami", dalla quale i soggetti esterni possono inviare il reclamo.
Tutti i reclami/esigenze, sono raccolte trimestralmente dal Responsabile Qualità e analizzate con i relativi responsabili di funzione. Tutti i reclami sono registrati nel "registro reclami".
Nel 2025 non risultano essere presenti reclami formali da parte degli utenti e dei familiari e cittadini.
Una ulteriore attività di raccolta dei reclami da parte degli utenti, vista la delicatezza delle patologie trattate, avviene analizzando i verbali delle assemblee ogni 2 settimane nelle quali tutti gli utenti possono effettuare richieste, anche relativamente al menu settimanale, proporre suggerimenti o evidenziare inefficienze del servizio offerto dalle strutture. Di ogni assemblea viene redatto un verbale con i punti all'O.d.g. e le rispettive risposte.

I rilievi emersi durante le assemblee non sono stati catalogati come reclami ma semplicemente delle richieste o suggerimenti. Per l'anno 2025 è stata effettuata la richiesta di acquisto ombrellone esterno e acquisti di un videoproiettore. La direzione ha valutato la richiesta e ha effettuato gli interventi.
Inoltre l'organizzazione nonostante non abbia riscontrato disservizi, ha valutato e analizzato i principali processi e le fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi. In particolare:

- Processo di somministrazione dei farmaci: errata terapia per errore di trascrizione;
- Processo di acquisto derrate alimentari: mancato acquisto di prodotti alimentari nella fase di compilazione della lista della spesa; incomprensione tra operatore ed utente;
- Processo di risoluzione guasti: ritardo nella risoluzione dei guasti tecnici; ritardo avvio procedura di richiesta intervento; ritardo da parte del fornitore esterno.

Per migliorare il confort alberghero ed evitare possibili disservizi rispetto allo standard alberghiero di confort termoigrometrico, è stato deciso di acquistare per il 2026 un nuovo pulmino per le gite degli ospiti.

Inoltre, in merito alla comunicazione esterna che avviene attraverso il sito www.villapalmasrl.it, sezione sportelli online, form "suggerimenti e reclami" e "segnalazioni dal cittadino" MOD. 07.01 della procedura PRO 07, si rileva che il sito risulta sufficientemente indicizzato e pertanto non necessita di ulteriori miglioramenti salvo l'inserimento nel sito dei social più diffusi quali facebook ed instagram.

2.1 L'idoneità all'uso delle strutture

Comunità Francesco Srl è costantemente impegnata nel mantenimento del Presidio come ambiente più simile a quello di una casa di normale convivenza al fine, non solo di umanizzare l'intervento migliorando gli esiti di cura ma evitando pericolosi parallelismi con ambienti istituzionalizzanti e clinico – ospedalieri. In questa ottica viene posta attenzione specifica a che tutti gli impianti delle strutture siano in piena efficienza e conformi ai dettami normativi al fine di garantire la sicurezza degli utenti e dei lavoratori nel rispetto dell'ambiente.

A questo scopo, Comunità Francesco Srl ha pianificato e implementato un piano della gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture MOD 05.04E che monitora costantemente MOD 09.02 sezione indicatori. Inoltre sono stati approvati i piani di formazione per la sicurezza della struttura nell'ambiente di lavoro.

Gli impianti monitorati e manutenuti efficienti sono:

1. Impianto Elettrico;
2. Impianto termico;
3. Impianto di condizionamento;
4. Estintori.

Le manutenzioni di tutti gli impianti sono programmate e formalizzate sia nell'elenco impianti, sia nella singola scheda di manutenzione.

Impianto elettrico: nel mese di luglio 2025 risulta effettuata una verifica generale di tutto l'impianto elettrico: quadri elettrici, impianto di messa a terra e funzionamento delle lampade di emergenza da parte della ditta Elettro Service di Benini Mauro con la quale Comunità Francesco Srl ha siglato un apposito contratto di manutenzione.

La verifica di messa a terra da parte della ditta certificata Apave Italia Srl è stata effettuata nel mese di Luglio 2025.

Inoltre, a seguito della attenzione ai problemi dell'ambiente e dei mutamenti climatici che sempre hanno improntato, per quanto possibile le scelte della Comunità Francesco Srl ed in linea con quanto previsto dal Regolamento (CE) 244/2009 la Comunità Francesco Srl ha inserito nel piano di miglioramento 2026, una prima sostituzione di condizionatori installando nuovi in calsse A. In tal senso, anche al fine di una miglior confort per l'utenza e in linea con il risparmio energetico. Per l'anno 2026, Comunità Francesco Srl si pone quale nuovo obiettivo la rigenerazione dei toner utilizzati al fine di migliorare l'impatto ambientale della struttura (come suggerito dal personale in sede di Assemblea Generale). Nel programma ambientale viene inserito questo nuovo item.

L'impianto di riscaldamento viene gestito da 1 caldaia, una per struttura, che risulta regolarmente mantenute. Le evidenze sono riportate correttamente sia nel libretto di impianto sia nella scheda manutenzione come da SGQ.

L'impianto di condizionamento viene verificato, oltre interventi di manutenzione su chiamata, almeno due volte l'anno, in concomitanza con il cambio di stagione caldo/freddo. Regolare il controllo della caldaia.

Gli estintori vengono verificati semestralmente come risulta dalle schede di manutenzione. Nel 2025 le verifiche dei N 4 estintori presenti nel presidio sono state effettuate in data marzo e settembre 2025. Non si sono rilevate situazioni di criticità. La prossima manutenzione degli estintori sarà in data settembre 2026

Il personale è stato formato in merito al rischio ambientale e sono state implementate procedure per la gestione delle emergenze elettriche, emergenza idrica, gestione rifiuti e incendio (quest'ultimo inserito nel DVR aziendale). La struttura residenziale risulta essere a norma secondo i requisiti imposti dalla normativa della sicurezza sui luoghi di lavoro (D.lgs. 81/08). All'interno del Presidio sono presenti le piantine con le vie di fuga, segnaletica per estintori, messa a terra, etc.

Tutto il personale è stato formato come prescritto dalla normativa vigente. Sono stati effettuati i seguenti corsi:

- Corso primo soccorso per operatori;
- Prova di evacuazione incendio per tutto il personale;
- Corso primo soccorso per gli operatori neo inseriti e per i tirocinanti;
- Corso aggiornamento RLS;
- Corso di formazione-informazione per tutto il personale.

Il RSPP ha verificato, con esito positivo, il livello di apprendimento tutto il personale che ha frequentato i corsi.

Inoltre l'RSPP ha verificato (almeno una volta all'anno) il livello di sicurezza della struttura, monitorando l'idoneità della struttura, l'analisi degli incidenti, infortuni e ogni altro evento a supporto, che risulta adeguato all'attività svolta.

In questa sede si approva il nuovo piano formazione annuale per il 2026 MOD 05.01 anche in relazione ai nuovi bisogni formativi interni a seguito dei criteri di accreditamento imposti dalla Regione Lazio recependo integralmente il Manuale Agenas ed in funzione delle richieste presentate dal personale in sede di Assemblea generale del 23/01/26.

La Direzione, considerato che non è stata riscontrata alcuna non conformità e il livello adeguato di sicurezza della struttura, conferma per il programma di sostituzione di impianti, edifici e componenti per l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura MOD 05.04 A-D e conferma inoltre i budget previsti in detto programma, senza apportare alcun cambiamento/miglioramento. La direzione inoltre individua come priorità l'impatto ambientale della struttura in termini di inquinamento e approva il piano di gestione rischio ambientale per il 2026 inserendo come nuovo elemento del programma e quindi il relativo obiettivo della rigenerazione dei toner invece dell'acquisto di nuovi toner con il relativo di smaltimento.

2.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature

Preliminarmente corre l'obbligo di ricordare che la struttura, sia per la specifica attività sanitaria svolta che per l'impianto strutturale, organizzativo e gestionale deve, seconda espressa previsione normativa, riproporre un clima e una abitazione che siano più possibile vicini a quella di una normale

abitazione, non ha attrezzature che non siano di uso comune. La gestione delle attrezzature viene normata dalla PRO 05 "Gestione delle Risorse", ove vengono descritte tutte le attività da registrare al fine di tenere sotto controllo le attrezzature, il loro stato di utilizzo e la manutenzione delle stesse. Le attrezzature sono divise in due elenchi:

MOD 05.04A - Attrezzature generali che comprendono anche le biomedicali;

MOD 05.04C - Hardware e software.

Negli elenchi sono riportate le manutenzioni ordinare con la frequenza di esecuzione, mentre per il dettaglio della singola attrezzatura sono state implementate schede di manutenzione ove sono riportati sia gli interventi straordinari che ordinari. Da un confronto incrociato con l'amministrazione, tutte le schede manutenzioni risultano essere aggiornate a tutto il 2025 ed è stata programmata la manutenzione ordinaria o programmata per il 2026.

Per tutte le attrezzature risultano disponibili i manuali d'uso nella struttura a corredo dell'attrezzatura. Tutto il personale è stato comunque formato sull'uso delle attrezzature anche se, ci si ripete, sono attrezzature di uso comune come ad esempio termometro, saturimetro ecc e che, peraltro, non necessitano di manutenzioni particolari se non la normale pulizia dopo l'utilizzo. Il personale inoltre è stato formato per l'uso del defibrillatore a cui è stato rilasciato relativo attestato.

La Direzione sulla base dell'audit clinico, riscontra che non ci sono state non conformità sulla gestione delle attrezzature. Inoltre riscontra che il personale è debitamente formato e che in merito all'uso del defibrillatore è stato effettuato sia il corso che le prove sul campo da parte di tutto il personale interessato.

La Direzione, considerato che non sono state acquistate nuove attrezzature e che il piano di manutenzione è stato efficace. RMAN ha provveduto a riprogrammare gli interventi di manutenzione per il 2026 negli appositi moduli per la Qualità. Inoltre, per quanto riguarda la formazione del personale in merito alle attrezzature, per il 2026 viene riproposto il corso sulle attrezzature solamente per i neo assunti, in quanto la direzione non ritiene di dover effettuare ulteriori approfondimenti in quanto si tratta di attrezzature di uso comune.

La Comunità Francesco Srl si è dotata di un sistema gestionale GESS per il quale viene predisposto il corso per tutto il personale come piano di formazione 2026. Per l'anno 2026 viene aggiornato l'elenco Hardware e Software con suddetto sistema. Tale sistema non ha bisogno di manutenzione in quanto è fruibile online sul browser.

3.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

La gestione delle competenze e della formazione continua per il personale interno e per i collaboratori esterni viene normata nella PRO 05 "Gestione delle risorse" sezione personale.

Per tutto il personale, interno ed esterno, sono redatte delle schede individuali ove vengono riportate tutte le informazioni necessarie per la gestione delle competenze e l'attribuzione delle mansioni. Dal 24/04/18, viene confermato il responsabile per la formazione del personale nella figura della dott. Rosanna Mansueto, già responsabile del personale all'interno dell'organigramma aziendale. Inoltre in detta data è stato aggiornato anche il mansionario aziendale relativamente alla mansione per il responsabile formazione.

Al personale ed ai collaboratori vengono richieste due tipologie di formazione:

1. Formazione interna, per rispondere alle esigenze operative e procedurali della Comunità Francesco Srl, oltre che alla formazione obbligatoria per rispondere alla compliance di settore (D.lgs. 81/08, D.lgs. 231/01 e GDPR 679/2016 e D.lgs. 101/18, procedure qualità, emergenza ambientale, criteri di accreditamento regionale, rischio clinico, etc.)

2. Formazione esterna con acquisizione dei crediti ECM, per le figure professionali previste in organigramma per le quali tale tipo di formazione è obbligatoria.

Nel 2025 risultano essere stati svolti tutti quasi tutti i corsi di formazione come previsto nel piano annuale 2025 (allegato al presente riesame della Direzione). Alcuni sulla sicurezza sono rimandati ai primi mesi del 2026 per formare le classi. Tutto il personale coinvolto ha partecipato, in relazione alla funzione e al bisogno formativo valutando anche la partecipazione ai corsi precedenti e la soddisfazione dei partecipanti. Nel 2025 si sono svolti corsi di formazione in materia di Privacy secondo il nuovo regolamento europeo 679/2016, procedure qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001/2015 ed emergenze ambientali. La direzione constata che tutte le schede individuali risultano essere aggiornate correttamente con l'inserimento, all'interno della scheda personale, dei certificati di partecipazione ai corsi di formazione svolti da ogni singolo operatore. Per ogni corso si è proceduto alla verifica di efficacia dell'apprendimento.

Per i collaboratori che sono soggetti ai crediti ECM è stata richiesta la copia del format Co.Ge APS. e/o Agenas da cui risulta la formazione svolta con il rilascio dei crediti ECM ovvero copia della certificazione ECM rilasciata da ogni singolo evento. Il triennio di riferimento per il corretto conteggio dei crediti acquisiti è quello 2023 – 2025 e pertanto la verifica del soddisfacimento dei crediti come previsto dalla legge dovrà essere rivalutato alla fine del triennio.

Relativamente al dossier formativo di gruppo previsto dal Co.Ge.APS si rappresenta che ancora è in fase sperimentale e pertanto si continua a monitorare quando avverrà l'uscita dalla fase sperimentale per valutare l'opportunità di predisporre anche un dossier formativo di gruppo in relazione ai bisogni formativi ritenuti importanti per il tipo di lavoro che viene svolto nelle strutture gestite da Comunità Francesco Srl.

Nel 2026 saranno proposti i corsi di formazione in materia di rischio sanitario, in linea con le normative regionali in materia di PARS. In tal senso si ritiene indispensabile riattivare la motivazione e la attenzione a questo tipo di attività che la direzione ritiene fondamentale per una buona qualità del servizio. Peraltro come da letteratura consolidata, la caduta di motivazione che si è rilevata in

questi due ultimi anni, è piuttosto frequente in molte strutture sanitarie anche molto più complesse di Comunità Francesco.

La Direzione ha valutato positivamente l'efficacia dei programmi di formazioni, addestramento e aggiornamento effettuato nell'anno 2025 e la sua verifica necessaria e specifica.

Si approva il nuovo piano di formazione 2026 redatto da RFORM, ove vengono deliberate le richieste specifiche del personale in sede di Assemblea Generale. Tale Piano viene allegato al presente Riesame della Direzione.

3.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

L'inserimento del nuovo personale viene effettuato rispettando la procedura 05. Sinteticamente, la procedura prevede un affiancamento iniziale con un tutor, che sarà responsabile della compilazione del Mod. 05.07, riportante la valutazione del personale in prova. Tale feedback sarà trasmesso al responsabile del personale che, di concerto con la Direzione, stabilirà l'eventuale ingresso di nuovi collaboratori nell'organico di Comunità Francesco Srl.

Oltre a valutare le competenze sul campo, saranno valutate le competenze come evidenziate nel curriculum ed altre eventuali evidenze formative fornite.

La direzione, sulla base della valutazione effettuata sull'inserimento di un nuovo operatore nell'anno 2025, allo stato attuale ha valutato positivamente l'efficacia della stessa, non ritiene opportuno effettuare alcuna modica al programma e ai piani di inserimento dei nuovi addetti.

4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscono la partecipazione degli operatori

Comunità Francesco Srl, per tutti gli operatori volge annualmente una assemblea generale per trattare i seguenti punti:

- di consentire la condivisione delle informazioni sulla politica aziendale, sulle novità normative e su quanto viene fatto al fine di incidere sulle politiche regionali e nazionali in ambito psichiatrico;
- di condividere l'operare quotidiano nei diversi setting della giornata e confrontarsi con tutti i colleghi su eventuali elementi di criticità legati non solo alla sicurezza dei pazienti ma anche su come meglio incidere sul processo di cura;
- di individuare i nodi critici che possono emergere nei canali comunicativi tra i diversi livelli organizzativi e operativi, attesa peraltro la collocazione territoriale delle due strutture operative e della amministrazione, individuando eventuali soluzioni per superare tali criticità;
- discussione in merito a criticità emerse - presentazione valutazione clima aziendale
- effettuare eventuali richieste formative da parte del personale;
- discussione del piano degli obiettivi e delle attività 2026: eventuali proposte;
- Presentazione risultati monitoraggio obiettivi 2025;
- presentazione risultati della qualità dei servizi erogati per l'anno 2025;
- redazione nuovo piano formativo - proposte e discussione;
- presentazione carta dei servizi: eventuali proposte di modifica;
- presentazione piano di miglioramento;
- programma di educazione e formazione sulla qualità e miglioramento continuo;
- presentazione risultati della qualità dei servizi erogati per l'anno 2025
- carta dei servizi: verifica aderenza informazioni, qualità materiale informativo, diffusione e distribuzione;
- programma terapeutico riabilitativo: protocolli, linee guida, procedure;
- rischio clinico e gestione eventi avversi: analisi risultati segnalazioni rilevate.

In tal senso Comunità Francesco Srl ritiene indispensabile (soprattutto dopo la richiesta del personale avanzata in tale sede) per migliorare l'efficacia della comunicazione interna, l'acquisto del software gestionale GESS che, operando in cloud, consente di garantire la condivisione delle informazioni tra gli operatori in tempo reale ed in qualsiasi posto si trovino. In tal senso, nonostante il software sia intuitivo nell'uso, è state inserito, nel piano formativo 2026, una sessione di formazione sull'uso di GESS per il nuovo personale.

Su GESS, la Direzione ha istituito una apposita sezione "La governance informa" per la divulgazione delle informazioni generali.

Il verbale di Assemblea Generale, tenutasi il 23/01/26 viene allegato al presente Riesame della Direzione. Rispetto alle richieste presentate, sono tutte approvate in questa sede eccetto per l'istituzione di nuove uscite (gite con gli Utenti), in attesa della verifica di budget a disposizione e che sarà chiaro solo dopo la presentazione del bilancio 2025 da parte dello studio commercialista incaricato.

4.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

Comunità Francesco Srl, ha definito la procedura 07 per la gestione delle segnalazioni e dei suggerimenti da parte del personale. Inoltre, nella procedura sono stati istituiti momenti strutturati per l'ascolto del personale in merito alle criticità riscontrate. In particolare è stata istituita una riunione di equipe per singola struttura con cadenza mensile e una assemblea annuale.

Nel DVR viene effettuata un indagine di stress da lavoro correlato sulla base di indici indiretti quali malattie, infortuni ecc. L'analisi è stata svolta sui dati del triennio 2023 – 2025 e non risultano particolari situazioni che possano comportare stress da lavoro correlato e il rischio risulta basso. Durante l'assemblea inoltre non sono emerse criticità di sorta che possano generare un approfondimento dell'indagine del clima aziendale e della soddisfazione del personale.

Pertanto non si intende intraprendere alcuna azione di miglioramento o modifica inerente al clima aziendale e alla soddisfazione del personale.

4.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver

Le modalità con cui Comunità Francesco Srl trasferisce le informazioni sul programma terapeutico e sulle modalità del suo svolgimento all'utenza e ai familiari sono tramite:

- documenti cartacei quali la Carta dei Servizi e il regolamento interno oltre che il contratto. Inoltre attraverso l'accordo terapeutico, sottoscritto sia l'utente che i familiari, vengono fornite ulteriori informazioni sulla metodica applicata e le regole di vita comunitaria che la struttura si è data.

- la pubblicazione sul sito internet di tutta la documentazione sul servizio erogato così come richiesto dalle leggi nazionali e regionali.

- una comunicazione verbale empatica molto diretta e personale tra i diversi operatori e l'utente e i suoi familiari.

La validità di queste modalità comunicative si rileva dall'analisi delle risposte presenti sulle schede di soddisfazione del servizio nelle quali sono presenti domande specifiche sulla comunicazione quali:

- Informazioni ricevute,
- Facilità di comunicazione,
- Disponibilità del personale e della amministrazione.

I risultati dell'analisi di queste schede rilevano un buon livello di comunicazione e mai si è verificata una situazione in cui sia stata evidenziata una comunicazione insoddisfacente.

Tutti i nuovi utenti hanno rispettato le prescrizioni in ordine alla comunicazione ai sanitari della Struttura di eventuali patologie che necessitino di particolari accortezze in ordine alla prevenzione di infezioni correlate all'assistenza.

Pertanto la direzione non intende intraprendere azioni di miglioramento per la qualità delle informazioni da diffondere ai parenti e ai care giver.

4.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver

Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico assistenziali e il coinvolgimento dei familiari sono alla base del programma terapeutico della Struttura atteso che l'utente è riconosciuto come parte attiva nella elaborazione e realizzazione del suo percorso terapeutico riabilitativo. Nelle PRO. 01 (PROCEDURA INSERIMENTO E ACCOGLIENZA UTENTI), e PRO. 02 (PROCEDURA PROGETTAZIONE DEL PERCORSO TERAPEUTICO) sono previsti diversi moduli che devono essere compilati in cui il Case manager e l'utente si confrontano analizzando le difficoltà, le risorse, gli obiettivi raggiunti e definiscono gli ulteriori obiettivi da raggiungere. Oltre a questi momenti topici, l'organizzazione in gruppi, che consentono la continuità terapeutica, favorisce il continuo confronto tra operatore e utente sull'andamento e la ridefinizione del suo percorso terapeutico. Infine anche la firma dei consensi informati (trattamento sanitario, farmaci off label, accordo terapeutico ove si stabiliscono insieme al RPRO gli obiettivi da raggiungere nel programma terapeutico) rappresentano il coinvolgimento dell'utente nelle scelte terapeutiche. I colloqui con i familiari, come avviene per l'utente, rappresenta un elemento di coinvolgimento attivo dei familiari nel processo terapeutico. Questo impianto organizzativo terapeutico che da molti anni viene realizzato e condiviso con tutti gli operatori nell'incontro annuale si ritiene pienamente funzionale e rispondente pienamente ai bisogni di cura e pertanto al momento non necessitante di modificazioni o integrazioni atteso che mai sia stato oggetto di critiche da parte dell'utenza, dei familiari e sempre condiviso con i sanitari delle AA.SS.LL. invianti perfettamente a conoscenza di questa impostazione metodologica.

Inoltre, il dirigente sanitario, effettua periodicamente una valutazione della qualità delle informazioni ricevute dai paziente in merito ad alcuni fattori significativi alla loro patologia. Il dirigente sanitario ha verificato la completezza e la qualità delle informazioni che le singole strutture danno ai propri pazienti ed in particolare la brochure/opuscolo per la promozione della salute per pazienti psichiatrici. Il dirigente sanitario (dopo anche la richiesta esplicita dell'Assemblea Generale del 23/01/26) ha analizzato il documento e non risulta pienamente esplicativo. La Direzione, sulla base del monitoraggio e valutazione effettuato dal Direttore Sanitario, delibera di migliorare/ampliare/approfondire la qualità delle informazioni contenute nell'opuscolo. Definisce responsabile dell'attività in questione il Dott. Salvatore Merra.

4.5 Le modalità di ascolto dei pazienti

Già da tempo è attiva una procedura (PRO 07 SODDISFAZIONE UTENTI/FAMIGLIE E RECLAMI) per la raccolta dei feedback provenienti dagli Utenti e dalle Famiglie prima delle dimissioni dalla struttura. La suddetta procedura prevede, per la soddisfazione dell'Utente e della Famiglia, la somministrazione di questionari per la customer satisfaction prima della dimissione dai programmi di struttura. Tali questionari implicano l'attribuzione di un punteggio su tre aree di intervento, ovvero:

- Modalità di inserimento nella struttura;

- Ambiente e struttura;
- Attività terapeutico-riabilitativa

Dalla raccolta dati inerente all'anno 2025 le valutazioni riportano valori molto positivi, mentre non si è potuto procedere alla valutazione della soddisfazione dei familiari in quanto hanno ritenuto opportuno non dare seguito alla compilazione del questionario trasmesso.

Dall'analisi complessiva dei dati, emerge che la percezione Utente è in linea con le aspettative della Struttura e che le valutazioni dei familiari sono leggermente superiori a quelle fornite dagli Utenti.

Quale elemento di miglioramento si ritiene, per il 2026 innalzare l'indice interno di accettabilità che dal 75% si porta all'80% come obiettivo minimo da raggiungere in tale processo aziendale.

Tutti i dati raccolti, saranno pubblicati sul sito internet di Comunità Francesco Srl https://www.comunitafrancescosrl.it/).

Per ciò che concerne i reclami, tale processo viene normato dalla PRO 07 (e mette a disposizione un modulo reclamo che è a disposizione sia degli utenti, familiari e sanitari invianti che degli operatori e collaboratori. Tutti i reclami raccolti nell'anno sono valutati, come previsto dalla procedura e a seconda della gravità dello stesso, dal RSGQ e dal responsabile di funzione valutando la eventuale Non Conformità e/o azione correttiva e/o chiusura del reclamo.

Sino alla data del presente Riesame della Direzione non risultano pervenuti reclami, né interni, né esterni.

Tali dati dovranno essere resi pubblici sul sito internet di Comunità Francesco Srl.

Inoltre, il dirigente Sanitario, tramite l'audit clinico, ha svolto il monitoraggio e la valutazione delle modalità di ascolto dei pazienti e dei familiari che sono risultate soddisfacenti.

La Direzione, considerato i risultati dell'indagine sui pazienti e familiari vicino al 100% di soddisfazione nelle 4 aree esaminate, inserimento, struttura e ambiente, attività terapeutico riabilitative e percepita, considerando che non sono stati effettuati reclami da parte degli utenti e care giver, infine considerando che la qualità della modalità di ascolto è risultata soddisfacente, non intende applicare alcuna azione di miglioramento.

5.1 Progetti di miglioramento - Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Il miglioramento all'interno della nostra struttura viene contemplato secondo due modalità, ovvero:

- Piano degli obiettivi annuali, ove si considerano le performance per processo e per responsabilità. In tale Modulo sono riportati solo gli obiettivi oggetto di monitoraggi di performance su indicatori numerici;
- Piano di miglioramento annuale, viene redatto secondo i miglioramenti strutturali e/o di investimenti da parte della Direzione.

Entrambi i documenti sono allegati al presente Riesame della Direzione. Rispetto agli obiettivi dello scorso anno, questi risultano tutti raggiunti, eccetto uno riguardante le dimissioni di utenti in un arco temporale stimato in 48 mesi. Per tale ragione, l'obiettivo non raggiunto viene riproposto per il 2026, in attesa di avere dati di ritorno significativi atti a definire un range dell'obiettivo più in linea con la media di permanenza dell'utenza nella struttura, piuttosto che alzare il valore medio di permanenza in struttura. Per il 2026 sono stati inseriti nuovi obiettivi di budget e controlli su poste di bilancio e un nuovo obiettivo ambientale.

Nel piano di miglioramento sono stati inseriti tutti gli investimenti da portare a compimento nell'anno, assegnando specifiche responsabilità per ogni attività ed una scadenza perentoria del completamento dell'attività stessa.

I miglioramenti del 2025 sono stati tutti rispettati.

Per il 2026 si deliberano i seguenti miglioramenti strutturali:

1. ACQUISTO ED INSTALLAZIONE N° 2 CONDIZIONATORI
2. ACQUISTO PULMINO USATO

In allegato piano miglioramento 2026 e a consuntivo piano miglioramento 2025.

5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie - Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

Tale punto di accreditamento del manuale AGENAS non è applicabile all'interno della nostra struttura.

5.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

Tale punto di accreditamento del manuale AGENAS non è applicabile all'interno della nostra struttura.

1.1C La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati - Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

La tipologia di prestazioni e di programmazione degli interventi sono state inserite all'interno della Carta dei Servizi e del Regolamento Interno. All'interno di tali documenti, resi pubblici non solo attraverso la pubblicazione del sito internet, ma anche attraverso la consegna brevi manu al momento della sottoscrizione del contratto con utente e famiglia, sono contenuti:

- Chi siamo, ove sono descritte la strutture appartenenti al Presidio; il modello teorico d'intervento e protocolli di trattamento;
- Politica Aziendale con la descrizione della Mission, Vision, Valori e impegni e linee guida in psichiatria;
- Modello organizzativo delle strutture, con la pubblicazione dell'Organigramma di Presidio e di ogni singola struttura, come viene pianificato il servizio, il calendario orario di funzionamento e modalità organizzative, gestione delle emergenze e degli eventi critici, gestione turni del personale;
- Programma di inserimento, suddiviso e descritto per i processi di accoglienza, accettazione;
- Le attività svolte suddivise per attività clinica, attività riabilitativa, attività sociale, attività ergoterapeutica, attività ludico ricreativa, attività di coordinamento, programma di massima delle attività svolte nel quotidiano per le tre strutture del presidio, orario di visita e possibilità di deroghe per casi specifici;
- Dimissioni con la descrizione sintetica del processo posto in essere;
- Obiettivi di miglioramento;
- Modalità e raccolta di suggerimenti e reclami;
- Informazioni utili con tutti i riferimenti della Struttura, i costi, lo standard di servizio, modalità di consegna della cartella clinica, associazione e tutela degli stackeholders, come raggiungerci;
- Estremi di accreditamento

Per quanto riguarda il regolamento Interno sono descritti i diritti e i doveri degli utenti e le regole di comportamento all'interno del presidio.

Dall'analisi di tali documenti, eseguita a fronte della riunione odierna, dal Dirigente Sanitario e Responsabile Qualità, si evince che questi sono in linea sia con i nostri valori e le nostre politiche e sia con la normativa cogente di settore.

In rispetto al feedback restituito dall'assemblea generale del 23/01/26, si delibera l'acquisto di un pulmino usato per il 2026.

La responsabilità di tale attività viene assegnata in capo al Vice Direttore Sanitario e all' RGQ.

Infine, dal controllo generale sulla tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati, ed alla luce di un'implementazione di un SGQ, non emergono particolari criticità tali da obbligarci a modificare e/o revisionare la documentazione di sistema, essendo integralmente in linea con i criteri inseriti nel manuale Agenas e imposti dalla Regione Lazio.

1.2C La presenza di percorsi assistenziali che comprendono

1.2.1C Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

In seguito all'Audit clinico e ad un'analisi svolta dall'A.U. su tutta l'organizzazione, tenendo conto delle priorità soprattutto normative, si evidenziano i seguenti aspetti da migliorare ed implementare:

- Predisposto il nuovo PARS 2026, dando la priorità ai seguenti processi di infezioni correlate all'assistenza.

Per quanto riguarda le procedure della Qualità, Privacy, sicurezza, queste risultano ben assimilate da tutto il personale e alla luce delle evidenze raccolte in Audit clinico, tali processi risultano essere gestiti con scrupolosità e attinenza rispetto a quanto richiesto dalla Direzione.

Comunità Francesco Srl h definito Istruzioni Lavoro specifiche in riferimento alle seguenti aree:

- Consenso informato
- Gestione lista d'attesa
- Istruzione cadute
- Gestione rapporti medico mg/csm e altre strutture e cambio medico
- Analisi e visite specialistiche
- Lavaggio mani
- Umanizzazione cure
- Sanificazione
- Inserimento formazione e lavoro per il collocamento mirato
- Emergenza medica
- Trasporto in ospedale
- Tso
- Eventi sentinella
- Suicidio
- Decesso
- Emergenza psichiatrica
- Hiv -hcv
- Emergenza allontanamento
- Manutenzione impianti e attrezzature cucina
- Emergenza elettrica
- Emergenza idrica
- Gestione rifiuti urbani e speciali.

L'implementazione di tali istruzioni lavoro nasce dall'esigenza della Direzione Sanitaria di non tralasciare nulla al caso e di formalizzarle per evitare errori banali anche su pratiche che oramai sono consolidate all'interno di tutto il personale.

Vengono, inoltre, recepiti dal D.S e dal suo vice tutti i protocolli medici in riferimento alle patologie psichiatriche trattate all'interno del presidio.

Per ciò che riguarda il processo primario, suddiviso in 3 processi, quali accoglienza, PTRP e Dimissioni/follow up, questo viene gestito egregiamente da tutto il personale essendo pratica ormai consolidata da diverse decine di anni e nel rispetto al DCA 188. Si ha evidenza di quanto detto nella

sezione indicatori del piano degli obiettivi, sulle performances raggiunte da tutte le funzioni di responsabilità inserite nell'Organigramma.

1.2.2C Passaggio in cura (continuità assistenziale)

Comunità Francesco Srl tiene molto alla creazioni di sinergie con altre strutture inserite nell'ambio socio*- sanitario, in particolar modo con il CSM e come da iscrizione appena eseguita in CONF.E.P.I., con altri presidi che trattano le stesse tematiche di cura.

Comunità Francesco Srl ha sottoscrizzo protocolli d'intesa con oggetto Inserimento sociale lattraverso associazione sportiva di pingpong.

Altresì Comunità Francesco Srl garantisce la continuità delle cure ed il passaggio in altre strutture, sia in attività di ordinaria amministrazione, sia in casi i di emergenza. Le modalità della gestione di tali processi sono definite nella procedura 3 "Dimissioni/follow up ed emergenze", ove sono specificate le fasi per ogni processo le responsabilità per fasi e tutta la documentazione necessaria per favorire appunto il passaggio.

1.2.3C Monitoraggio e valutazione

All'interno del sistema di gestione della qualità, sono definiti in modo puntuale tutte le attività di monitoraggio, indicatori e rilevazioni di dati al fine di stabilire dei controlli nei momenti critici nel percorso terapeutico per ogni singolo utente.

Tutte le evidenze dei monitoraggi raccolti sono riportate nella sezione indicatori del piano degli obiettivi (allegato al presente riesame) sia per la valutazione della qualità del programmazione terapeutica con strumenti validati dalla comunità scientifica, sia per la valutazione dell'esperienza di cura da parte degli utenti e familiari.

Per ciò che concerne il programma terapeutico, sono stati selezionati come strumenti di monitoraggio i seguenti test:

Asse V di Kennedy, MMSE, BPRS.

La somministrazione di tali test avviene in prima istanza all'ingresso dell'utente inviato dal CSM e successivamente con cadenza periodica fino alle dimissioni. Le risultanze della somministrazione di tali strumenti ci ha permesso di aver un monitoraggio oggettivo sull'efficacia delle azioni poste in essere nel quotidiano ed allo stresso tempo fornire dati utili al management sanitario e al CSM, sull'andamento terapeutico dell'utenti andando ad evidenziare le aree delle risorse e quelle deficitarie secondo criteri oggettivi.

Per dare maggior valenza ai dati raccolti attraverso i test, il D.S.e il Coordinatore della SRSR H24 hanno deciso di raccogliere ulteriori dati attraverso la compilazione delle schede VADO.

Tutte le risultanze sono raccolte e analizzate come feedback al CSM attraverso il PTRP, al DS del Presidio attraverso la sezione indicatori di performance all'interno del piano annuale obiettivi.

Non solo, perché imposto dalle norme di accreditamento, Comunità Francesco Srl ha progettato ed implementato una proceduta (PRO 07)per la raccolta della soddisfazione dell'utente e dei familiari e degli eventuali disservizi/reclami (che fortunatamente ad oggi non risultano) con la precisa volontà ed esigenza di raccogliere informazioni sulle performances raggiunte in termini di qualità percepita

anche da persone che non hanno competenze mediche specifiche i risultati raccolti sono allegati al presente verbale di riesame e pubblicati sul sito internet https://www.comunitafrancescosrl.it/

1.3C La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

Dai monitoraggi svolti in sede di Audit Clinico, sono emerse risultanze molto confortanti sull'operato di tutto il personale. Tutta la modulistica progettata per il sistema di gestione qualità, in conformità con i criteri imposti dall'accreditamento regionale, risulta compilata su tutti i livelli di funzioni interne e , soprattutto entrando nel merito dei contenuti, queste risulta non idonee all'intera tracciabilità delle attività svolte all'interno del programma terapeutico ed al raggiungimento delle informazioni utili per portare l'utente al raggiungimento dei propri obiettivi come da accordo terapeutico. Nel giro di Audit ci si è focalizzati molto sulle attività giornaliere poste dagli operatori, soprattutto puntando il focus sul rispetto dei dettami in materia di Privacy. questi sono stati soddisfacenti sia per le competenze del personale coinvolto, sia per la conformazione strutturale architettonica del Presidio, che permette di avere aree in cui si ha un alto grado di riservatezza, sia con i medici, gli infermieri, sia per i colloqui eseguiti con i familiari.

La privacy viene rispettata soprattutto anche in funzione dei dati sensibili raccolti ed inseriti nella documentazione di sistema. Tutta la documentazione clinica cartacea viene custodita in appositi archivi con la possibilità di chiudere a chiave e di limitare l'accesso solo degli addetti ai lavori. La documentazione informatica verrà gestita principalmente dal gestionale GESS, ove come da supervisione dell'A.U e del Dir. San, con i responsabili della softwarehouse, tale piattaforma risulta sicura e performante in termini di sicurezza informatica. Per cui verosimilmente se ne prossimi giorni andrà bene la prova della demo inviataci, si procederà con l'acquisto della licenza per l'utilizzo di tale piattaforma. Tutti i restanti dati informatici sono archiviati e protetti all'interno del server aziendale, con l'accesso selettivo alle informazioni per ruolo e funzione delle attività da svolgere. Particolare attenzione si presta per tutta la documentazione clinica inviataci dal Csm e/ o altre strutture esterne che hanno avuto in cura l'utente prima dell'inserimento del nostro Presidio.

2.1C Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

L'approccio alla pratica clinica si ha soprattutto in base alle evidenze documentali raccolte, grazie ad un budget sufficiente per continuare ad implementare un sistema di gestione per la qualità nel rispetto delle prescrizioni proposte dalla Regione Lazio, ed al fine di creare una filiera di tracciabilità documentale di tutte le attività svolte dall'intero personale del presidio, sia clinico che amministrativo. All'interno della documentazione prodotta sono state recepite tutti i protocolli medici e tutte le linee guida del Ministero della Sanità e della Regione Lazio in materia di strutture socio sanitarie. Per maggior semplicità di utilizzo di tale documentazione, si è provveduto a formare tutto il personale e si sono valutate le performances nei primi due mesi dall'entrata in vigore del Sgq. Tutte le procedure, le Istruzioni Lavoro, i protocolli e la documentazione per intero sono state progettate ed implementate di concerto con i responsabili di funzione, alcuni operativi ed un consulente esterno. Tale documentazione risulta appropriata per le prestazioni erogate dal personale sanitario e non e dall'Audit interno si evince che le procedure interne sono in linea con la norma internazionale UNI EN ISO 9001:2015, con i protocolli e le linee guida ministeriali e regionali.

Sull'analisi svolta dai dati dei monitoraggi, ad oggi si ha l'urgenza di implementare il PARS per il 2026, con le specifiche descritte nel paragrafo 1.2.1.C

2.2C Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Come da PARS 2025 si ha l'evidenza del recepimento delle linee guida del ministero in materia di Rischio Sanitario andando a comporre un Risk management dopo aver eseguito una prima fase di assestamamnt per le evidenze raccolte, gli eventi sentinella e le raccomandazionei del Ministero della Salute. Il nuovo PARS dovrà contenere almeno la prevenzione e il controllo di:

- Obiettivo strategico 1 (A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- Obiettivo strategico 2 (B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
- Obiettivo strategico 3 (C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
- OBIETTIVO strategico 4(D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enteobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Si rinnovano le nomine dell'organismo UVR (unità valutazione dei rischi) deliberando la figura del Risk Manager nella persona del Dott. Merra e dei restanti membri:

1. Presidente e Risk Manager: Dott. Salvatore Merra, DS
2. Componente: Simona Brevetti, INF
3. Componente: Dott.ssa Rosanna Mansueto, RGQ e RPRO

La nomina delle seguenti figure è demandata al Risk Manager dopo un'attenta visionatura delle schede individuali del personale operante nel presidio.

Il nuovo Piano dovrà essere atto a gestire i seguenti processi:

- la corretta identificazione del paziente;
- l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste;
- la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività;
- la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio;
- la gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e il trasferimento del paziente in idonea struttura.

Inoltre dovrà essere orientato alla sicurezza di operatori e utenti attraverso il monitoraggio dei possibili seguenti rischi:

- infezioni correlate all'assistenza;
- sindrome da immobilizzazione;
- cadute dei pazienti;
- intossicazione da farmaci;
- atti aggressivi;
- rischio di autolesioni;
- rischio suicidio;
- rischio fughe.

2.3C Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

Come già consolidato con i PARS precedenti, le modalità di gestione del Rischio Sanitario partono dalla raccolta e analisi delle schede segnalazioni eventi, dagli Audit interni, dalle raccomandazioni ministeriali a e dagli eventi sentinella.
Dall'analisi delle azioni poste in essere come da obiettivi del PARS 2025, si ha il riscontro del raggiungimento di tuti gli obiettivi inseriti

Da come emerge le azioni poste in essere sono state efficaci rispetto agli obiettivi che ci si era prefissati.

2.4C Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

La comunicazione esterna ed interna è ben gestita non solo attraverso l'utilizzo degli apparati informatici, ma soprattutto, vista la poca complessità e le dimensioni aziendali, ma soprattutto grazie ai rapporti personali e lavorativi tra il personale operante all'interno del presidio. Sono state progettate ed implementate istruzioni lavoro attinente raccomandazioni e buone pratiche in materia di Rischio Sanitario che ad oggi sono risultate in linea con le richieste della normativa cogente di settore e delle competenze acquisite attraverso la formazione svolta da parte del personale.
In tutto questo processo si è avuto il coinvolgimento diretto ed in alcuni casi indiretto dell'utente e dei familiari con il feedback restituito attraverso i gruppi psicoterapici e le assemblee con utenti.
Le priorità ad oggi in materia di rischio clinico sono state già rappresentate nel paragrafo 1.2.1.C

3.1C Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

COMUNITÀ FRANCESCO SRL S.R.L. considera l'umanizzazione dell'assistenza e dei trattamenti riabilitativi erogati per la presa in carico l'utente ed i familiari, aspetto significativo e strategico nel percorso di cura, provvedendo alla relazione tra professionisti sanitari, utenti e familiari. L'umanizzazione dei trattamenti passa attraverso l'attenzione rivolta al comfort degli ambienti e ai processi organizzativi vicini alle esigenze degli utenti, assicurando la trasparenza e l'accessibilità delle informazioni nonché la partecipazione degli ospiti stessi e dei familiari quali contribuenti del buon andamento della qualità dei servizi erogati attraverso la compilazione di questionari anonimi sulla qualità dei servizi erogati alle dimissioni dell'utente.

Da quanto già sopra relazionato nel presente riesame si può facilmente evincere la continua ricerca che la Comunità Francesco Srl svolge al fine di rendere i rapporti interni alla struttura tra operatori e tra questi e gli utenti improntati al pieno e reciproco rispetto, ad una comunicazione empatica e informale, affettiva ma se necessario anche assertiva in cui tutti si riconoscono come Persone coinvolte in un unico percorso teso alla piena riabilitazione dell'utente.

Un grande sforzo che la Comunità Francesco Srl svolge quotidianamente è la mediazione tra normative legate all'abitare che spingono sempre più verso la realizzazione di una istituzione medicalizzata e la necessità di mantenere la struttura, nella gestione degli spazi e nella organizzazione giornaliera, sempre più simile a quella di una comune abitazione come peraltro richiesto dalle normative nazionali e regionali.

Nello specifico: nella carta dei servizi sono state dedicate sezioni Accessibilità al Presidio, Accoglienza, come precedentemente citato nel paragrafo1.1.C

La Comunità Francesco Srl per garantire la qualità delle relazioni tra professionisti sanitari /socio sanitari e sociali, utenti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale ed affettivo ha svolte e predispone periodicamente in base alle necessità emerse piani di formazione per gli operatori del Presidio.

Per quanto riguarda i specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale, agli utenti e familiari, si allega al riesame la relazione tecnico sanitaria.

L'utente inoltre partecipa costantemente al processo assistenziale non solo grazie i colloqui individuali, i gruppi terapeutici, i laboratori e le attività risocializzanti, ma anche attraverso le assemblee periodiche dove può dare suggerimenti e/o reclami per migliorare il suo percorso assistenziale.

L'equipe di lavoro di tutte le strutture del Presidio è multidisciplinare, quindi è garantito il supporto psicologico. Si allega al riesame Organigramma e mansionario.

Tutti gli orari di visita e uscite con i familiari sono descritti nella carta dei servizi nella apposita sezione e sempre nella carta dei servizi e nella relazione tecnico sanitaria è esplicitato il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni.

Sull'analisi svolta dai dati dei monitoraggi, ad oggi non risulta necessario implementare azioni migliorative alla personalizzazione dell'assistenza di ogni singolo utente.

DELIBERE E RACCOMANDAZIONI

Si allegano al presente verbale:

- **il piano formativo anno 2025 e 2026**
- **il piano degli obiettivi 2025 e 2026**
- **il piano di miglioramento 2025 e 2026**
- **Relazione tecnico sanitaria**
- **il mansionario e l'organigramma**

Tutta la documentazione allegata viene approvata e pertanto quando fa riferimento ad azioni da svolgere nel 2026 pienamente operativa.

DATA 27/04/2026