

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 1 di 16

**OGGETTO: RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 15 06 2022**

**Scopo:**  
La presente ha lo scopo di verificare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità adottato alla luce della ISO 9001:2015.

**ELEMENTI DI INGRESSO DEL RIESAME (a cura RSQ)**

Per l'anno 2021 la Direzione ha mantenuto la Politica della Qualità della RSA provvedendo a delineare e formalizzare i piani di miglioramento e gli obiettivi :

- 1) Mantenere i valori del customer
- 2) Mantenimento del numero di Ospiti trasferiti a “ 28 “ e dei deceduti a “20”  
Media occupazionale “85%”
- 3) Prevenzione insorgenza LdP non più di 20 in un anno
- 4) Non superare n. 30 infezioni nosocomiali
- 5) Prevenzione delle cadute : non superarne 20 nell'anno
- 6) Redazione del Pai alla ricezione del RUG – Revisione del Pai Semestrale
- 7) Monitoraggio dell'attività dei medici di medicina generale : prescrizione di non meno di un esame ematochimico all'anno
- 8) Rispetto dei cicli individuali di FKT: non meno dell' 86% . Non meno del 50% degli Ospiti coinvolti in attività occupazionali
- 9) Non superare n. 2 infortuni l'anno
- 10) Non superare n. 6 NC per fornitori

L' organigramma aziendale è stato rivisto il funzionigramma aggiornandolo al 01 01 2021.  
Non sono state registrate non conformità a carico dei fornitori.  
Non sono pervenuti reclami e/o segnalazioni di disservizi.

Rispetto ai piani di miglioramenti per il 2021 si specifica quanto segue :

Obiettivo 1) Miglioramento degli indici di customer .  
Sono stati raccolti ed esaminati n. 39 questionari su un valore medio di n. 40 ospiti presenti, Il valore medio , su una scala da 1 a 10 è stato pari all' 8,75% (anno 2020 8,46%) – Alla domanda : Cosa le è piaciuto di più : 89% il personale ; Alla domanda : Cosa le è piaciuto di meno : 82% nulla ; Alla domanda : Come valuta la qualità dell'accoglienza in clinica : 89% . Il gradimento del vitto : 26% buono – 69% ottimo – 5% sufficiente.

2) Mantenimento del numero di Ospiti trasferiti a 28 e dei deceduti a 20 Media occupazionale 85%  
La media occupazionale dei 48 p.l. è stata pari al 87% ; il monitoraggio effettuato su trasferimenti i e decessi ha registrato : n. 18 ospiti deceduti e n. 20 ospiti trasferiti. La pandemia Covid 19 ha portato l' Alta Direzione ha decidere di limitare il numero di accessi onde evitare il rischio contagio. La scelta ha dato i suoi frutti visto il raggiungimento dell'obiettivo n. 11 e quindi si può considerare raggiunto l'obiettivo n. 2.

3) Prevenzione insorgenza LdP non più di 20 in un anno  
Il miglioramento prevedeva non più di 20 insorgenze annue. Nella RSA , come da Audit del 04 01 2021 , le LdP insorte in struttura è solo n. 1 . Dai dati risulta evidente come l' intervento dell'unità di valutazione di lesioni croniche cutanee dell'Asl Rm 2 che con i suoi chirurghi

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : <b>M 5.1.3</b>
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 2 di 16

determina il processo delle medicazioni avanzate , la revisione dei nostri protocolli interni per LdP ed il nuovo modulo per l'osservazione ed il trattamento delle lesioni ha decisamente comportato un miglioramento delle condizioni generali sia di rilevazione che di cura.

#### 4) Miglioramento del rischio clinico : insorgenza infezioni nosocomiali

Il miglioramento prevedeva di non superare n. 30 infezioni nosocomiali. Al termine dell'audit clinico del 04 01 2021 si evince che le infezioni alle interno di reparto non sono totalmente prevedibili( molto dipende dalle condizioni cliniche dei pazienti ) ma indubbiamente possono essere ridotte ad una % compresa tra lo 0, 5 – 1, 5 mantenendo un IRC ( indice di rilevabilità di rischio pari a 1, poiché il rischio 0 non esiste ). Al termine dell'audit clinico anno 2021 la rilevazione è per n. 20 infezioni insorte nella RSA. Nell'anno 2020 sono state rilevate n. 41 infezioni sempre insorte nella RSA. Per completezza del dato si evidenzia che nell' anno 2020 sono state effettuate n. 15211 giornate di degenza mentre nell' anno oggetto del presente audit le giornate di degenza sono state pari a n. 13673 con un decremento pari al 10 per cento.

#### 5) Miglioramento del rischio clinico : prevenzione delle cadute

Il miglioramento prevedeva di non superare n. 20 cadute . Dopo lo svolgimento dell' audit 04 01 2021 sono state verificate n. 2 cadute :

n. 0 Near Miss

n. 2 Eventi avversi

Si rileva che nell'anno 2020 avevamo registrato lo stesso trend ma nell'anno 2019 si sono verificati n. 10 near miss e 7 eventi avversi. Pertanto non solo l'obbiettivo è stato raggiunto ma la formazione del personale e la miglior gestione dell'ospite per la prevenzione della cadute hanno dato buon esito.

#### 6) Miglioramento del processo redazione PAI e revisione

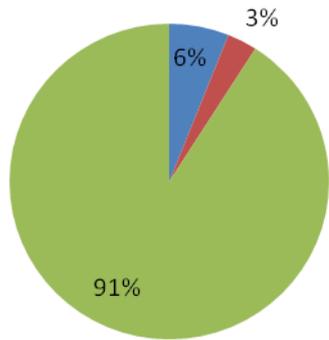
Per il monitoraggio dell' obbiettivo è stata utilizzata l' M 8.3.14 “ Check list Care manager “ . Dal loro monitoraggio è risultato che tutti i PAI sono stati compilati, i RUG sono stati valutati e le proroghe di ospitalità sono aggiornate. Due PAI sono stati rivalutati . Inoltre, è stato rilevato :

**COINVOLGIMENTO ATTIVO DEGLI OSPITI / CAREGIVER IN MATERIA DI GESTIONE DEL RISCHIO :**

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 3 di 16

### Coinvolgimento attivo rischio

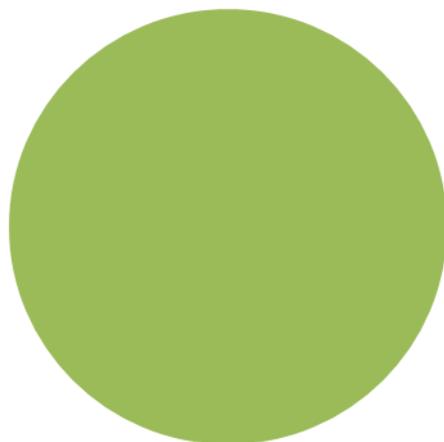
■ Manca ■ Parziale ■ Corretto



Manca	6%	2 a)
Parziale	3%	1 b)
Corretto	91%	30 c)

PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLE QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE -  
RISCHIO INFEZIONE COVID 19:

### Rischio infezione COVID 19 2021



■ Manca  
■ Parziale  
■ Corretto

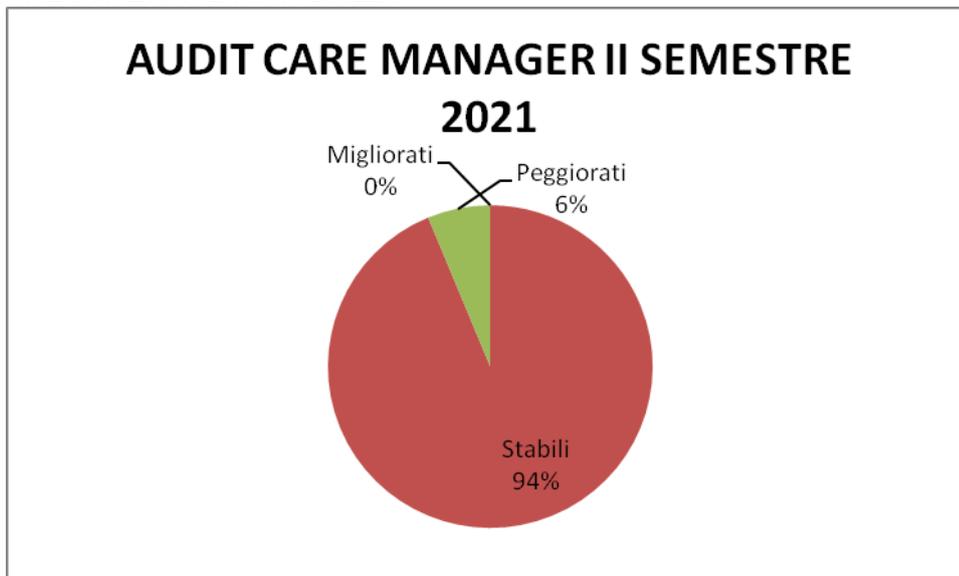
Manca

0%

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 4 di 16

Parziale 0%  
Corretto 100%

VALUTAZIONE ANNUALE :



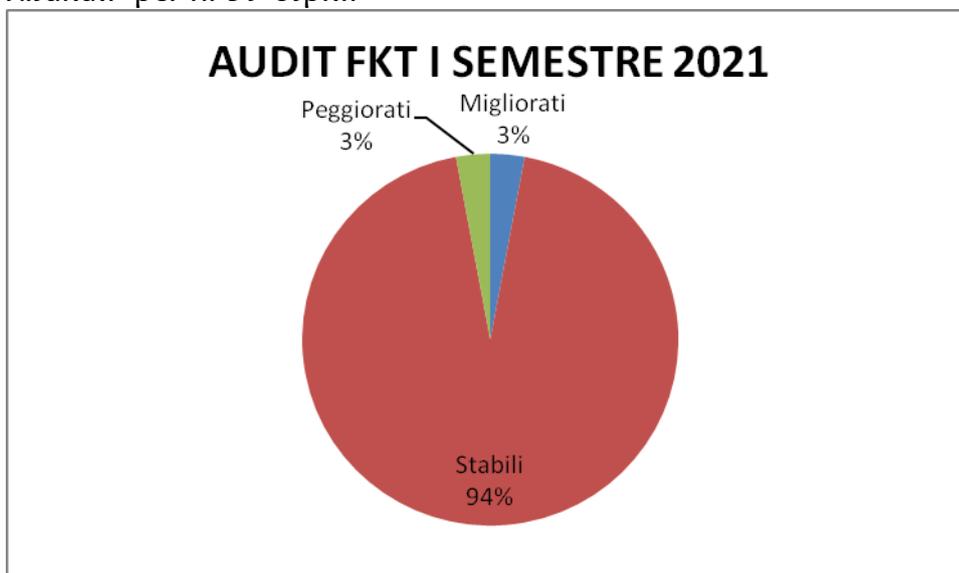
Ospiti valutati n. 32 94% stabili – 6% peggiorati

7) Miglioramento del monitoraggio attività MMG

Per il monitoraggio dell' obiettivo è stata utilizzata l' M 8.3.14 " Check list Care manager " . Dal loro monitoraggio è risultato che i MMG hanno correttamente gestito l' ospite a loro affidato.

8) Rispetto dei cicli individuali di FKT: non meno dell' 86% . Non meno del 50% degli Ospiti coinvolti in attività occupazionali

Risultati per n. 39 ospiti:

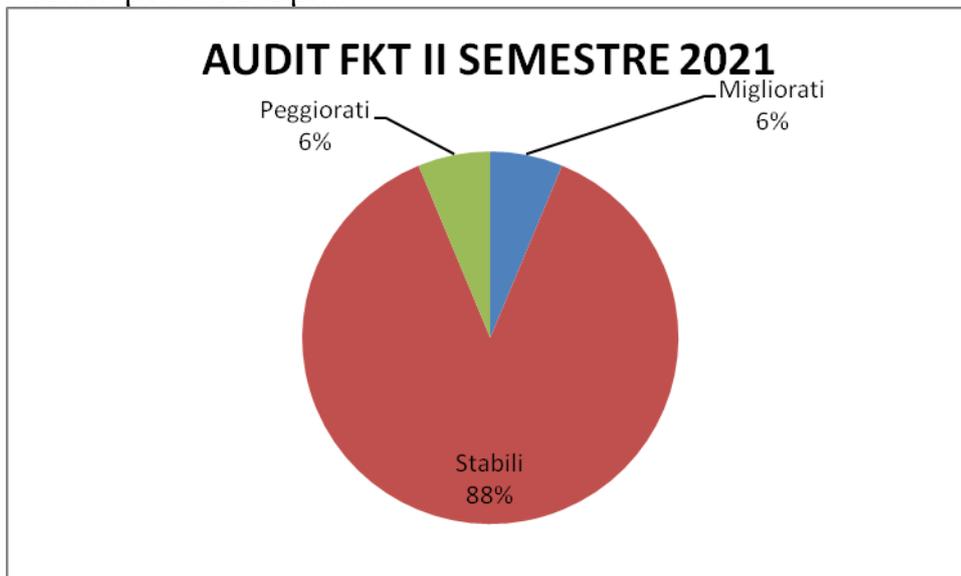


Migliorati 3%

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 5 di 16

Stabili 94%  
Peggiorati 3%

Risultati per n. 32 Opsiti

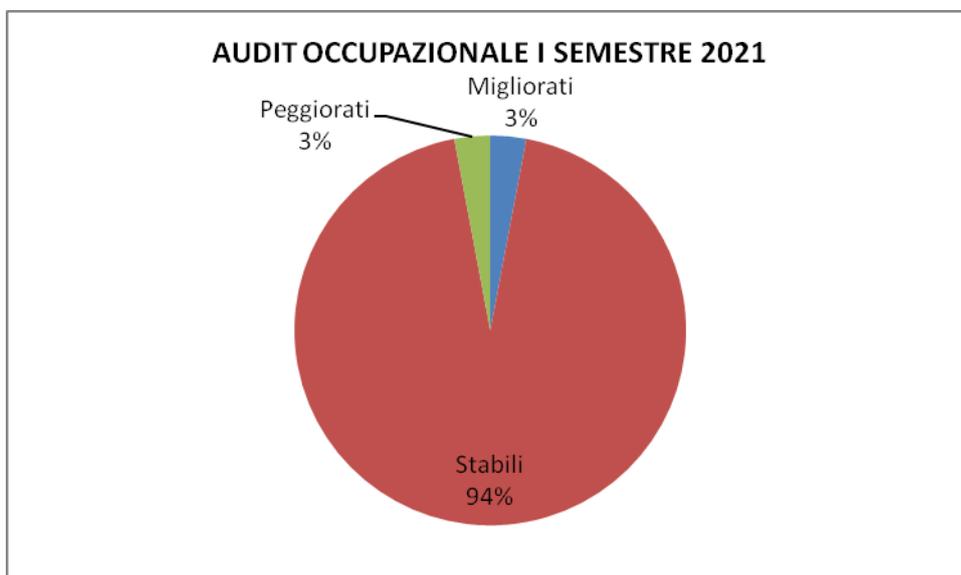


Migliorati 6%

Stabili 88%

Peggiorati 6%

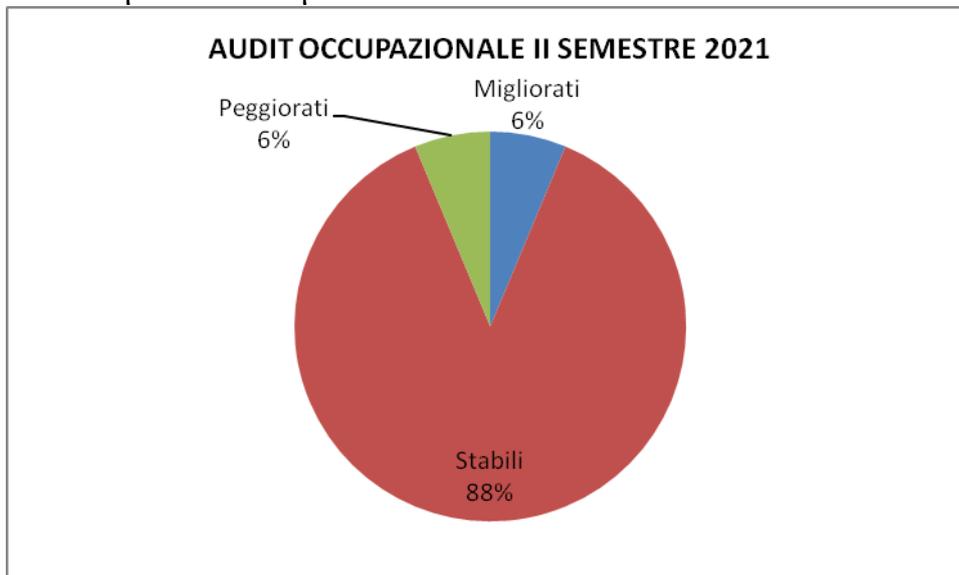
Risultati per  
n. 39 ospiti:



<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : <b>M 5.1.3</b>
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 6 di 16

Stabili            94%  
Peggiorat  
i                    3%  
Migliorat  
i                    3%

Risultati per n. 32 Ospiti



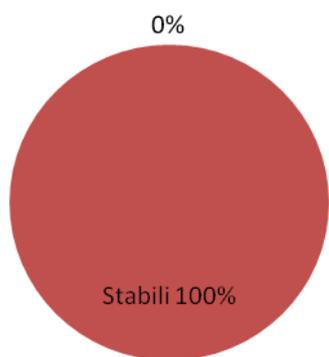
Migliorat        6%  
Stabili            68%  
Peggiorai        6%

Per quanto attiene l'area di competenza della psicologa :

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 7 di 16

## AUDIT PSICOLOGA I SEMESTRE 2021

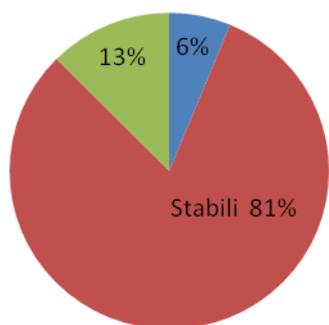
■ Migliorati ■ Stabili ■ Peggiorati



il 100 % degli ospiti è stabile

## AUDIT PSICOLOGA II SEMESTRE 2021

■ Migliorati ■ Stabili ■ Peggiorati



Stabili 81%  
Migliorati 6%  
Peggiorati 13%

9) Miglioramento del rischio : infortunio operatori

Il miglioramento prevedeva un massimo di n. 3 infortuni . Nell'anno 2021 non sono intervenuti infortuni.

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 8 di 16

10) Miglioramento controllo fornitori

Il miglioramento prevedeva non più di n. 2 NC a carico di fornitori.

Non sono pervenute NC .

11) Limitazione rischio infezione COVID 19 ;

Riscontrata positività in una di dipendente della cooperativa il giorno 15/10/2021.

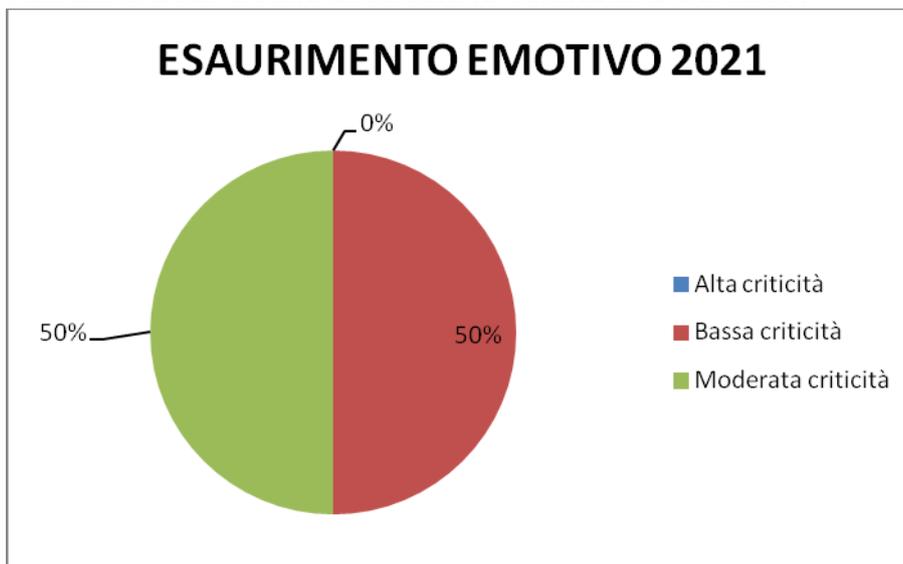
Il giorno 18/10/2021 è risultata positiva una Paziente di struttura (vaccinata).

Il giorno 15/12/2021 riscontrata positività in una di un allievo tirocinante infermiere in tirocinio.

La nostra RSA per l'anno oggetto del riesame non ha avuto cluster ma solo casi isolati .

Nell'anno 2021 è proseguita la promozione della salute e la prevenzione delle infezioni con i risultati di cui all' obiettivo 4/2020.

Nell'anno 2021 è stata effettuata la valutazione burnout :



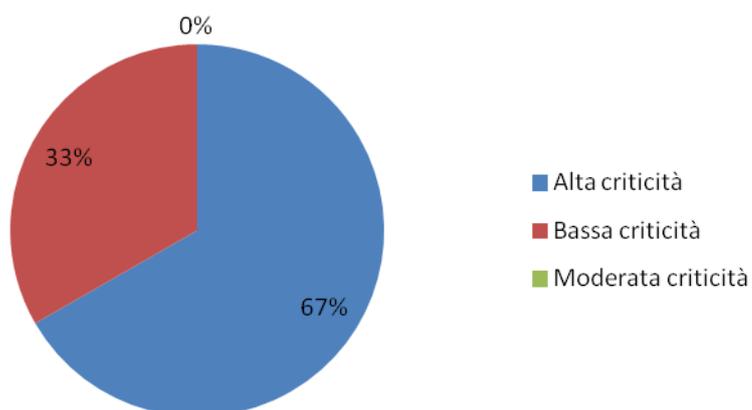
Moderata criticità 50%

Bassa criticità 50%

Alta criticità 0%

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 9 di 16

### DEPERSONALIZZAZIONE 2021

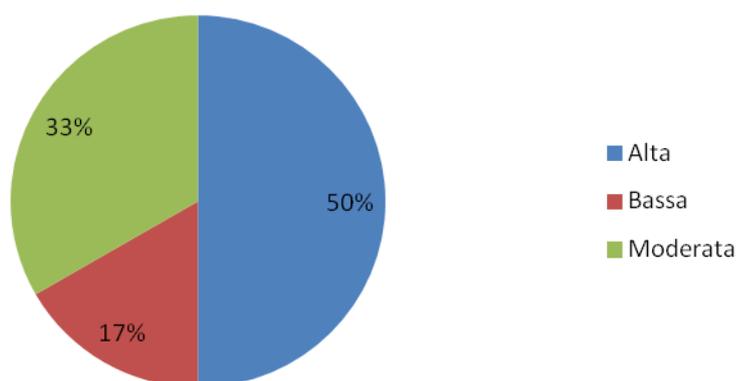


Moderata criticità 67%

Bassa criticità 33%

Alta criticità 0%

### GRATIFICAZIONE PERSONALE 2021



Moderata criticità 33%

Alta criticità 50%

Bassa criticità 33%

Il grado di burnout dipende dai punteggi delle tre scale e viene definito Alto per punteggi alti nell'Esaurimento emotivo e nella Depersonalizzazione e bassi nella Gratificazione personale. Pertanto, non si rilevano necessità di interventi e/o azioni correttive stante anche la pandemia.

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 10 di 16

Nell'anno 2021 la Clinica San Michele Arcangelo , nel rispetto delle normative vigenti e nel prosieguo delle attività già in essere, ha provveduto :

- a) Ad aggiornare i propri sistemi al GDPR , Regolamento Europeo sulla privacy 679/2016 , e, nell'anno in esame, alla Direzione ed al DPO non sono pervenute segnalazioni di violazione in materia di privacy;
- b) Con la Relazione dell' " ORGANISMO DI VIGILANZA SULL'ANDAMENTO DELL'ESERCIZIO ANNO 2021 " , l' ODV ha verificato l'attuazione la messa in atto di tutti gli adempimenti da parte della nostra Società previsti dal " Modello Organizzativo adottato in conformità ai requisiti previsti dal D.Lgs. n. 231/2001 ";
- c) Nell'anno oggetto del riesame non sono intervenuti infortuni . L' RSPP ha vigilato con accessi periodici il rispetto del datore di lavoro di quanto stabilito dalla Legge 81/2008 ed il personale è stato formato ;
- d) Nell'anno 2021 è stato modificato il percorso richiesta ed effettuazione analisi ematochimiche . Il M.D.G. invia la richiesta de materializzata a mezzo mail all'indirizzo di posta elettronica del Coordinatore Infermieristico ed i referti vengono scaricati dal fascicolo sanitario personale degli Ospiti gestito dalla Regione Lazio. Questo sistema di gestione è stato implementato anche in considerazione del fatto che le analisi vengono effettuate dal laboratorio dell ' Ospedale Sandro Pertini;
- e) Per l'anno 2021 in data 02 02 2022 la Risk Manager della RSA Dott.ssa Luana Pompilio , il Consulente esterno per le attività di Risk Management, il Medico Responsabile con presa visione dell' Amministratore Unico hanno provveduto a redigere il PARS " Piano annuale per la gestione del rischio sanitario ".Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

I risultati sono descritti negli obiettivi 3,4 e 5 ed il resoconto delle attività previste è così riepilogato:

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	<b>File : M 5.1.3</b>
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 11 di 16

## RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE:

### Attività PARM:

1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso e in accordo con le richieste degli Enti di riferimento (Ministero, Regione, ect.), ha deciso di orientare la formazione sul Covid-19 e la sua gestione. Tali corsi saranno parte del Piano Formativo 2022.
2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"	NO	Vedi attività 1
3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative al Covid-19 e alle Linee Guida Regionali	SI	La struttura ha verificato e revisionato, ove necessario, le procedure relative alla gestione del Covid e le procedure inerenti le Linee Guida Regionali.
4: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso, ha deciso di orientare tutti gli sforzi sul Covid-19 e la sua gestione. Tali attività saranno riprogrammate nel 2022.
5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	SI	/
6: condivisione documenti su Cloud Regionale	SI	Publicati PARM e PAICA anno 2021. Per l'anno 2022 si intende intensificare l'attività, pubblicando anche le procedure relative al Gestione del Rischio Clinico. Pubblicate sul sito Agenas le procedure richieste.

### Attività PAICA:

1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	NO	La Risk Manager, in accordo con la Direzione Aziendale e Medico Responsabile, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso e in accordo con le richieste degli Enti di riferimento (Ministero, Regione, ect.), ha deciso di orientare la formazione sul Covid-19 e la sua gestione. Tali corsi saranno parte del Piano Formativo 2022.
2: progettazione ed esecuzione di un corso di informazione/formazione sull'uso degli antibiotici	NA	/
3: procedura di gestione per il buon uso degli antibiotici e monitoraggio consumo antibiotici	SI	/

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	File : <b>M 5.1.3</b>
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 12 di 16

4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	/
5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	/
6: elaborazione Bundle per la prevenzione delle infezioni del tratto urinario	SI	/

## ATTIVITA' ANNO 2022

### 1.1.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE : PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO BASE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2022

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2022

### PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SUL MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLE ICA

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

### OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA : REVISIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n eventi segnalati con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 13 di 16

**OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI : REVISIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI .**

<b>INDICATORE:</b> Raggiungimento entro il 31.12.2022		
Elaborazione Piano.		
<b>STANDARD:</b> 90%	<b>FONTE:</b> Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

**OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA: ELABORAZIONE/REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE ASSOCIATE ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE INFEZIONI DA CRE**

<b>INDICATORE:</b> Raggiungimento entro il 31.12.2021		
Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.		
<b>STANDARD:</b> 100%	<b>FONTE:</b> CC-ICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

f) La Clinica San Michele Arcangelo SpA per l'anno 2021, sia pure con grande difficoltà, ha ripreso l'attività di formazione continua in medicina . Sono stati tenuti 6 corsi :

- 1)La gestione del paziente diabetico e geriatrico:problematiche e criticità da gestione
- 2)Il paziente fragile : approccio riabilitativo nei malati con Parkinson, Alzheimer e post ictus
- 3)Relazioni professionali efficaci
- 4)Analisi e gestione delle infezioni delle vie urinarie
- 5)La presa in carico del paziente con patologia cardiovascolare cronica
- 6)Trattamento delle vie aeree superiori

Sono stati, inoltre, pianificati i corsi ECM per l'anno2022 :

- 1) Governo clinico e gestione del rischio : prevenzione e governo dell'evento avverso

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 14 di 16

(25/3 – 06/04 2022)

2) Infezioni correlate all'assistenza, valutazione del rischio

(05/04 – 07/04 2022)

3) Prevenzione e cura delle lesioni da decubito

(12/4 – 14/4 2022)

4) Gestione del dolore, aspetti da considerare : farmacologico, cognitivo, comportamentale, etico

(07/06-09/06-14/06-16/06)

5) Prevenzione delle ICA

In data 13 12 2021 il Risk Manager Dott.ssa Luana Pompilio e l' Osservatore Coordinatore Infermieristico Dott.sa Marta Benedetti hanno redatto il verbale di audit clinico relativo al “ Lavaggio Mani “ in accordo con la Determina G02044/2021. Le osservazioni sono state effettuate nell'arco di tempo compreso tra il 22/07/2021 ed il 16/08/2021 . I risultati sono stati molto soddisfacenti , non sono stati previsti piani di miglioramento se non una ulteriore formazione che si è effettuata in data 14/15 dicembre 2021.

Anche nell'anno oggetto del presente riesame sono proseguiti le verifiche ed i controlli per :

- Legionella
- Verifica e taratura apparecchiature
- Verifica impianti elettrici e gruppo elettrogeno
- Analisi chimiche e microbiologiche dei vitti forniti dalla Vivenda
- Derattizzazione e disinfestazione

Il sito web è stato periodicamente aggiornato e sono state pubblicati tutti gli elementi previsti sia dalla normativa regionale che dall' ANAC ed altri Organi. Il presente Verbale del Riesame verrà anch' esso pubblicato .

Per quanto riguarda, invece, gli obbiettivi del PARS :

Obbiettivo A) : In data 25/3 e 06/4 2022 si è tenuto il corso ECM sulla gestione del rischio clinico ed in data 05/04 e 07/04 2022 si è tenuto il corso ECM sulle infezioni correlate all'assistenza , valutazione del rischio. Siamo in attesa del corso specifico per la prevenzione delle ICA.

Obbiettivo B) : In data 17/03/2022 è stata revisionato il M 7.5.24 : Scheda segnalazione evento avverso.

Obbiettivo C) : Siamo in attesa che il Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio dia indicazioni in merito.

Obbiettivo D) : In data 17/03/2022 è stato revisionato il nostro protocollo n. 58 “**Antimicrobial Stewardship**”

Particolare attenzione è stata dedicata alla prevenzione e gestione atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In data 09/12/2021 è stato redatto il protocollo 66 rev. 1 il Ministero della Salute, già nel 2007, aveva pubblicato la Raccomandazione n. 8, “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” e che su questa, e sulle altre raccomandazioni, è attivo il sistema di monitoraggio dell'applicazione di tali raccomandazioni effettuato da AGENAS e Ministero della Salute. In accordo con il

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 15 di 16

“Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli Operatori sanitari” del 6 settembre 2021, la Clinica San Michele Arcangelo ha revisionato la propria procedura di Sistema. In occasione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari, indetta per il 12 marzo, la Clinica San Michele Arcangelo ha provveduto a esporre numerosi cartelli informativi presso la struttura, le camere di degenza, le sale di attesa e in ogni luogo che può essere visitato da Ospiti e familiari. Infine, per sensibilizzare il personale è stato effettuato un incontro formativo sulla nuova procedura e sul tema in generale in data 15/02/2022. Tale incontro è stato tenuto dalla Coordinatrice Infermieristica.

### PROGRAMMAZIONE ANNO 2022

Gli obiettivi che la Direzione di prefigge sono:

Descrizione obiettivo	Traguardo	Monitoraggi
1)Mantenere i valori del customer	Entro dicembre 2022	31.12.2022
2)Mantenimento del numero di Ospiti trasferiti a “ 16 “ e dei deceduti a “14” Media occupazionale “96%”	Entro dicembre 2022	31.12.2022
3) Prevenzione insorgenza LdP non più di 20 in un anno	Entro dicembre 2022	31.12.2022
4)Non superare n. 30 infezioni nosocomiali	Entro dicembre 2022	31.12.2022
5) Prevenzione delle cadute : non superarne 20 nell'anno	Entro dicembre 2022	31.12.2022
6) Redazione del Pai alla ricezione del RUG – Revisione del Pai Semestrale	Entro dicembre 2022	31.12.2022
7) Monitoraggio dell'attività dei medici di medicina generale : prescrizione di non meno di un esame ematochimico all'anno	Entro dicembre 2022	31.12.2022
8) Rispetto dei cicli individuali di FKT: non meno dell' 86% . Non meno del 50% degli Ospiti coinvolti in attività occupazionali.	Entro dicembre 2022	31.12.2022
9) Non superare n. 2 infortuni l'anno.	Entro dicembre 2022	31.12.2022
10)Non superare n. 6 NC per fornitori	Entro dicembre 2022	31.12.2022
11) Contenimento infezione Covid 19	Entro dicembre 2022	31.12.2022

L' attività svolta nell'anno oggetto del presente riesame dalla figura apicale del Medico Responsabile è stata oggetto di controllo e verifica di questa Direzione e lo stesso ha svolto la sua attività nel rispetto degli incarichi a lui affidati.

La RSA ha , con l'ausilio della ASL ROMA 2, ha continuato a vaccinare tutti gli ospiti presenti che hanno assunto la terza dose . Per quanto riguarda gli operatori sanitari e non hanno già eseguito tutto il ciclo vaccinale .

Purtroppo, a partire dal 25 Aprile 2022 nella nostra RSA abbiamo registrato il primo ed unico cluster . I contagi da Covid -19 si sono diffusi all'interno della RSA ed hanno interessato gradualmente tutti gli operatori sanitari interni e quelli della cooperativa e la

<b>Clinica San Michele Arcangelo spa</b>	Sistema Qualità	File : <b>M 5.1.3</b>
ISO 9001 : 2015	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 16 di 16

maggioranza degli ospiti (30 su 40). Fortunatamente, si è avuta la necessità di trasferire in ospedale solamente un ospite, mentre gli altri hanno superato l'infezione senza molti sintomi. In data 10 05 2022 si è tenuta la riunione del Comitato DI GESTIONE EMERGENZA EPIDEMICA COVID-19 che si allega al presente riesame.

Roma, li 15.06.2022

Firma AMM

---