

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

OGGETTO: RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 12 05 2023

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.

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 2 di 14

ELEMENTI DI INGRESSO DEL RIESAME (a cura RSQ)

Per l'anno 2022 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
- 11) Limitazione rischio infezione COVID 19

Viene confermato l' organigramma aziendale aggiornato 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 2022 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 89% ; il monitoraggio effettuato su trasferimenti i e decessi ha registrato : n. 5 ospiti deceduti e n. 53 ospiti trasferiti. La pandemia Covid 19 ha portato l' Alta Direzione a proseguire nella limitazione del numero di accessi onde evitare il rischio contagio. La scelta ha dato i suoi frutti visto il raggiungimento dell'obiettivo n. 11. Si fa presente che la media occupazionale è stata mantenuta, il numero dei decessi è ben al di sotto della descrizione dell'obiettivo mentre il numero dei trasferiti non è dovuto al Covid 19 ma alla natura delle pluri patologie di cui sono affetti gli Ospiti . In ogni caso 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 27 01 2023 , non sono insorte LdP in struttura . Il personale addetto all'assistenza ha proseguito con successo ad effettuare tutte le procedure di osservazione e segnalazione. Si è intervenuti ad adottare in presidi sanitari in caso di rilevazione allert.

4) Miglioramento del rischio clinico : insorgenza infezioni nosocomiali

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 3 di 14

Il miglioramento prevedeva di non superare n. 30 infezioni nosocomiali. Al termine dell'audit clinico del 07 02 2023 sono state rilevate n. 30 infezioni insorte in RSA. Le infezioni all'interno della nostra Struttura non sono totalmente evitabili (molto dipende dalle condizioni cliniche dei pazienti) ed, inoltre, abbiamo registrato infezioni ricorrenti . Entro il 30 06 2023 l'Alta Direzione dovrà dar seguito al Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA giusta Determina n. G16501/2022. Già nell'anno oggetto del presente riesame l' RSQ ed il Risk Manager hanno provveduto alla revisione dei Protocolli nn. 1/13/25/63 e 69 e stiamo attendendo chiarimenti in ordine alle attività di sorveglianza microbiologica che dovrà essere programmata sin dalla data di accettazione.

5) Miglioramento del rischio clinico : prevenzione delle cadute

Il miglioramento prevedeva di non superare n. 20 cadute . Dopo lo svolgimento dell' audit 20/01/2023 non si segnalano cadute nel II semestre 2022 mentre nel I semestre si sono verificate n. 2 cadute :

n. 0 Near Miss

n. 2 Eventi avversi

Entro il 30/06/2023 l' Alta Direzione dovrà dare seguito al Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita giusta Determina n. G15198/2022. Detto documento prevede una elaborazione di un piano che interessi tutti gli aspetti del percorso clinico assistenziale con particolare attenzione al singolo fattore di rischio. Inoltre , tra le misure universali di precauzione deve essere effettuata una analisi di tutte le aree della struttura e di tutti i presidi sanitari.

6) Miglioramento del processo redazione PAI e revisione

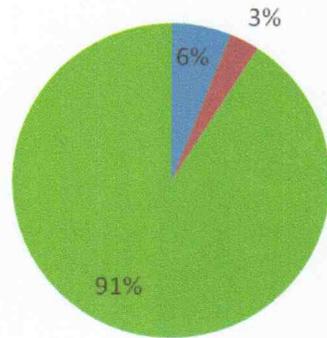
Per il monitoraggio dell' obiettivo è stata utilizzata l' M 8.3.14 " Check list Care manager " . Dal loro monitoraggio è risultato che tutti i PAI sono stati compilati, i RUG sono stati valutati e le proroghe di ospitalità sono aggiornate. Due PAI sono stati rivalutati per il peggioramento delle condizioni cliniche . 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	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 4 di 14

Coinvolgimento attivo rischio

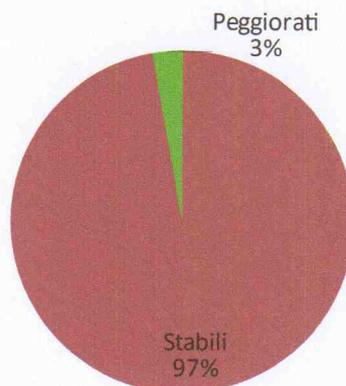
■ Manca ■ Parziale ■ Corretto



Manca	6%
Parziale	3%
Corretto	91%

VALUTAZIONE ANNUALE :

AUDIT CARE MANAGER II SEMESTRE 2022



Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 5 di 14

Ospiti valutati n. 33 97% stabili – 3% peggiorati

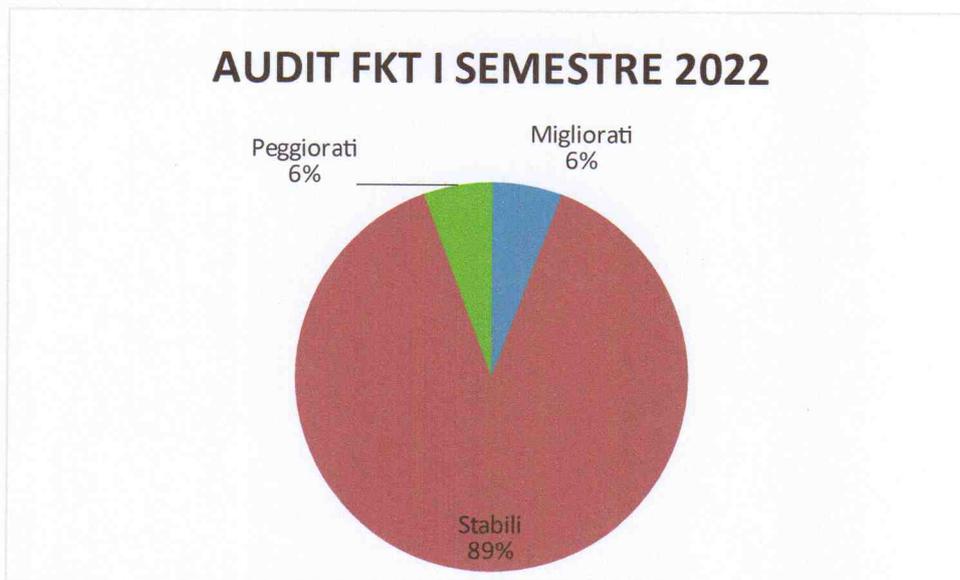
7) Miglioramento del monitoraggio attività MMG

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.

AREA FKT

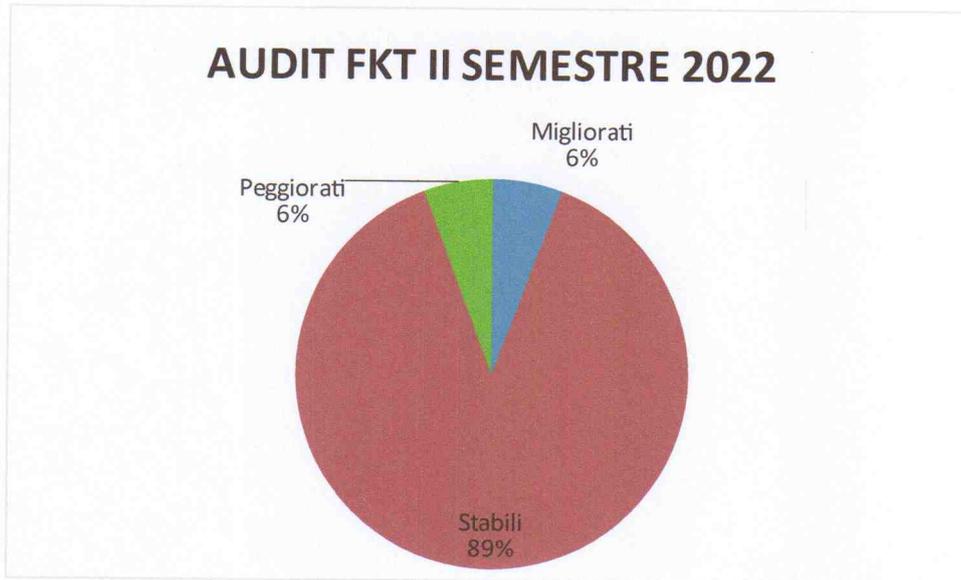
Risultati per n. 35 ospiti:



Migliorati	6%
Stabili	88%
Peggiorati	6%

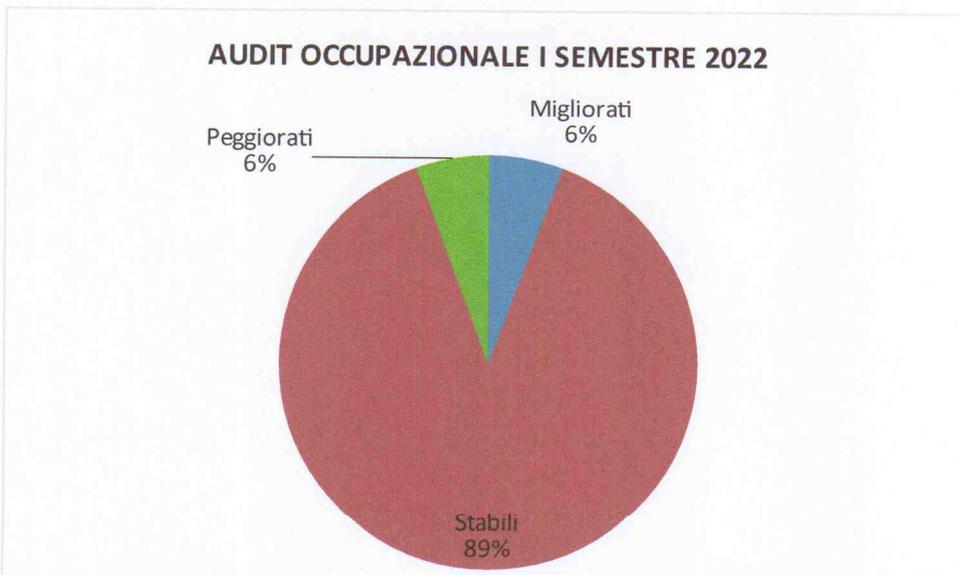
Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 6 di 14

Risultati per n. 33 Ospiti



Migliorati	6%
Stabili	88%
Peggiorati	6%

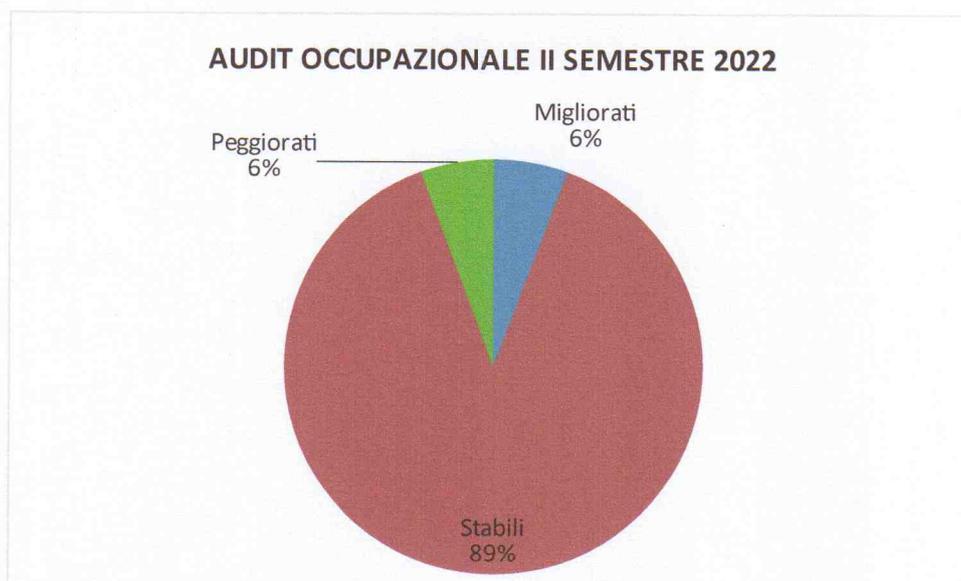
AREA OCCUPAZIONALE :
 Risultati per n. 35 Ospiti :



Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 7 di 14

Migliorati 6%
 Stabili 88%
 Peggiorati 6%

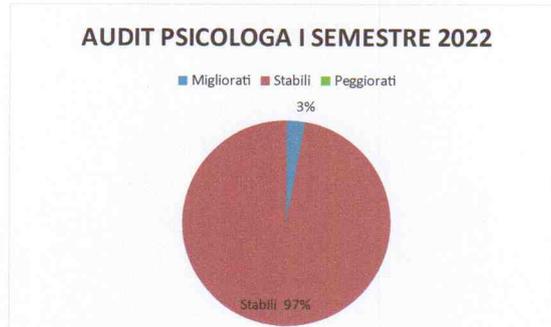
Risultati per n. 33 Ospiti



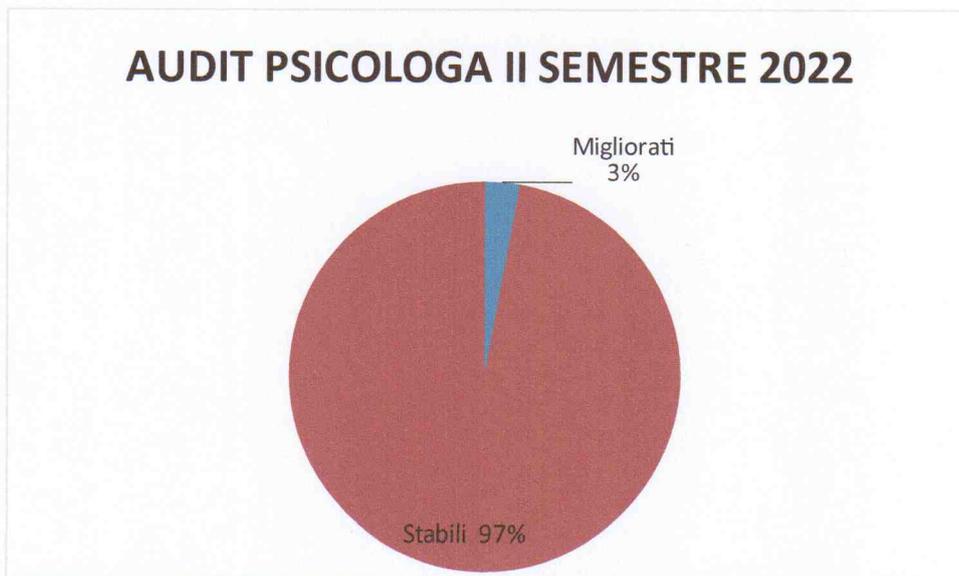
Migliorati 6%
 Stabili 88%
 Peggiorati 6%

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 8 di 14

Per quanto attiene l'area di competenza della psicologa :



Ospiti	35
Migliorati	1
Stabili	34
Peggiorati	0



Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 9 di 14

Ospiti 33

Migliorati 0

Stabili 31

Peggiorati 2

9) Miglioramento del rischio : infortunio operatori

Il miglioramento prevedeva un massimo di n. 3 infortuni . Nell'anno 2022 non sono intervenuti infortuni.

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 ;

Nell'anno oggetto del presente riesame , come da Verbale della Riunione Comitato Emergenza Covid 19 del 10 05 2022 , a partire dal 25 04 2022 si sono verificati casi Covid 19. Il contagio ha interessato gradualmente gli Operatori e 30 Ospiti sui 40 presenti. I casi di positività sono stati trattati nella RSA tranne un Ospite che è stato trasferito in ambiente ospedaliero.

Nell'anno 2022 è proseguita la promozione della salute e la prevenzione delle infezioni con i risultati di cui all' obiettivo 4/2022. Inoltre è proseguito l'addestramento " Lavaggio Mani " e, con l' Audit del 07/11/2022 si è dato atto che il risultato dell'analisi è molto soddisfacente.

Nell'anno 2022 è stata effettuata la valutazione burnout :

ESAURIMENTO EMOTIVO

Moderata criticità 37%

Bassa criticità 61%

Alta criticità 2%

DEPERSONALIZZAZIONE

Moderata criticità 9%

Bassa criticità 91%

Alta criticità 0%

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 10 di 14

GRATIFICAZIONE PERSONALE

Moderata criticità 31%

Alta criticità 25%

Bassa criticità 64%

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.

Nell'anno 2022 la Clinica San Michele Arcangelo, nel rispetto delle normative vigenti e nel prosieguo delle attività già in essere, ha provveduto :

- a) Ad mantenere aggiornati 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. In data 05/05/2023 si è tenuto l'audit interno ove è stata evidenziata la necessità di verifiche sulla sicurezza informatica e la predisposizione di una policy sui tempi di conservazione dei dati del personale;
- b) 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 ;
- c) Per l'anno 2022 in data 15/02/2023 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 ".

E' stata mantenuta:

- 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:

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 11 di 14

**RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE:
Attività PARS 2022:**

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	SI	/
2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	/
3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	SI	/
4: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani	SI	/
5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	/

Tutte le attività previste dal PARS 2022 sono state realizzate.

Attività PARS 2023 :

OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

(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

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

(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

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 12 di 14

OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2023

(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

OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2023

Miglioramento Piano.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

Clinica San Michele Arcangelo spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001 : 2015	RIESAME DELLA DIREZIONE	Rev. 1 del 10.01.18 Pag. Pagina 13 di 14

OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2023

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%	FONTE: 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

d) La Clinica San Michele Arcangelo SpA per l'anno 2022, sia pure con grande difficoltà, ha ripreso l'attività di formazione continua in medicina. Sono stati tenuti 5 corsi :

- 1) Buone prassi e procedure infermieristiche ai tempi del Covid 19
- 2) Il Governo clinico e gestione del rischio; prevenzione e governo dell'evento avverso
- 3) Le infezioni correlate all'assistenza, la valutazione del rischio
- 4) Gestione del dolore, aspetti da considerare : farmacologico, cognitivo, comportamentale, etico
- 5) Le infezioni e la prevenzione correlata all'assistenza sanitaria ; antibiotico resistenza

Non sono stati pianificati i corsi ECM per l'anno 2023 stante la necessità di dover reperire un altro Fondo Interprofessionale in quanto Fondimpresa non finanzia più i corsi specifici per la nostra attività. Al momento la RSA sta completando un corso precedentemente finanziato da Fondimpresa per l'aggiornamento L. 81/08.

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 la prevenzione e gestione atti di violenza a danno degli operatori sanitari, oltre ad aver esposto cartelli informativi, in data 15/02/2022 è stata effettuata la formazione dal Coordinatore Infermieristico.

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

PROGRAMMAZIONE ANNO 2023		
Gli obiettivi che la Direzione di prefigge sono:		
Descrizione obiettivo	Traguardo	Monitoraggi
1)Mantenere i valori del customer	Entro dicembre 2023	31.12.2023
2)Mantenimento del numero di Ospiti trasferiti a " 16 " e dei deceduti a "14" Media occupazionale "96%"	Entro dicembre 2023	31.12.2023
3) Prevenzione insorgenza LdP non più di 20 in un anno	Entro dicembre 2023	31.12.2023
4)Non superare n. 30 infezioni nosocomiali	Entro dicembre 2023	31.12.2023
5) Prevenzione delle cadute : non superarne 20 nell'anno	Entro dicembre 2023	31.12.2023
6) Redazione del Pai alla ricezione del RUG – Revisione del Pai Semestrale	Entro dicembre 2023	31.12.2023
7) Monitoraggio dell'attività dei medici di medicina generale : prescrizione di non meno di un esame ematochimico all'anno	Entro dicembre 2023	31.12.2023
8) Rispetto dei cicli individuali di FKT: non meno dell' 86% . Non meno del 50% degli Ospiti coinvolti in attività occupazionali.	Entro dicembre 2023	31.12.2023
9) Non superare n. 2 infortuni l'anno.	Entro dicembre 2023	31.12.2023
10)Non superare n. 6 NC per fornitori	Entro dicembre 2023	31.12.2023

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.
 Nel mese di Dicembre 2022 sono terminati i lavori di ristrutturazione della facciata ed è stata interamente ristrutturata anche la scala antincendio.
 In data 11 05 2023 si è tenuto l' audit interno il cui verbale viene allegato al presente riesame.

Roma, li 12.05.2023

Firma AMM

RAPPORTO DI AUDIT INTERNO

Aree Auditate:

Direzione, Responsabili, (Medico responsabile / Coordinatore infermieristico / RSGQ), Acquisti, Vitto, D.lgs. 81/2008, Regolamento UE 679/2016 sulla Privacy.

Data di inizio dell'Audit:

11 / 05 / 2023

Tipo di Audit:

Interno

Composizione del Gruppo di Audit:

Lead Auditor: Eugenio Aliberti (esterno).

Procedura di riferimento:

Procedura Audit Interni Clinica San Michele Arcangelo.

Documentazione di riferimento dell'area Auditata:

Manuale per la Qualità, Procedure e Istruzioni, Modelli di Registrosioni, Indicatori, Obiettivi, documentazione esterna e cogente, documentazione di supporto.

Obiettivi dell'Audit:

Valutare la conformità del SGQ dell'Organizzazione ai Requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015

Piano di Audit Interno

02 / 05 / 2023

Persone intervistate nel corso dell'Audit Interno

Dott. Francesco Rossi - Medico responsabile, Dott.ssa Marta Benedetti coordinatore infermieristico, Dott. ssa Emilia Fiore - Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità e DPO, Dott. ssa Federica Magrini - Amministrazione e acquisti.

Gli obiettivi dell'Audit sono stati raggiunti

Si No In parte

L'Audit Interno ha comportato l'emissione di

N° 0 Non Conformità N° 0 Osservazioni per il miglioramento

1. CONDUZIONE DELL'AUDIT INTERNO

L'Audit Interno è stato condotto con la tecnica del campionamento documentale in modalità da remoto al fine di verificare l'adeguatezza e la conformità del SGQ adottato (tutta la documentazione è stata inviata tra il 03 e il 05 maggio 2023). Dal Sistema è stato escluso il Requisito 8.3 "Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi", motivandolo adeguatamente.

Il SGQ è adeguato e molto ben integrato nella realtà dell'Organizzazione. Il supporto documentale, che ha mantenuto il Manuale Qualità Ed. 0 Rev. 0 del 31.03.2018, risulta decisamente ben definito e adeguatamente conosciuto a tutti i livelli dell'Organizzazione.

Tutti i processi sono adeguatamente controllati e supportati da adeguata documentazione di sistema periodicamente aggiornata.

Al termine dell'Audit Interno dello scorso anno, sono state emesse quattro Osservazioni per il Miglioramento per le quali sono state definite specifiche azioni per la risoluzione. L'Audit di 3^ Parte, condotto nel mese di luglio 2022, non ha segnalato nessun tipo di scostamento.

2. PUNTI DI FORZA

Decisamente completo il ventaglio di obiettivi (10 in totale) che abbracciano tutte le attività svolte all'interno della struttura. Da sottolineare che praticamente tutti gli obiettivi definiti per il 2022 sono stati raggiunti.

Degni di nota il risultati decisamente positivi scaturiti dalla valutazione del burnout condotta nel 2022.

Anche nel 2022 l'indice di gradimento rilevato praticamente sul 100% degli ospiti della Struttura, risulta elevato.

Da segnalare che tutte le attività previste dal PARS 2022 sono state realizzate.

Notevole il livello di coinvolgimento di tutto il personale nella gestione e controllo dei processi anche attraverso la puntuale applicazione di quanto definito per il Sistema di Gestione.

Da sottolineare l'attività effettuata per il controllo di funzionalità dei glucometri.

Infine non può mancare come punto di forza l'evidente attenzione di tutti coloro che lavorano nella Struttura alle esigenze e alle cure degli ospiti sia in termini sanitario assistenziali, sia in servizi di supporto.
ma anche

3. PUNTI DI DEBOLEZZA

Durante il presente Audit Interno non sono stati rilevati punti di debolezza degli di nota.

4. LISTA DEI DOCUMENTI VISIONATI

AMBITO

<p>Contagio da SARS COV - 2</p>	<p>Verbale di riunione del comitato di gestione emergenza epidemica Covid - 19 del 10.05.2022.</p>
<p>Documentazione sanitaria</p>	<p>Lettera di dimissione della sig. ra M. R. dal presidio sanitario Media Group del 09.02.2023 Autorizzazione ASL all'ingresso in RSA Prot. 1698/22 del 09.02.2023 della sig. ra M.R. Cartella Clinica della sig. ra M. R. Prot. 10/2023 data di ingresso 09.02.2023 e relativa scheda RUG. Sig. ra M. R. - MOD 7.2.3. Rev. 0 del 04.07.2022 Consenso informato all'atto sanitario proposto dal medico. Autorizzazione alla comunicazione dello stato di salute a terzi. Consenso alla esecuzione del programma terapeutico del 09.02.2023 sottoscritto da persona autorizzata. MOD 7.2.2 Rev. 04 del 04.07.2022. Consenso all'uso di mezzi di contenzione del 09.02.2023 rinnovato il 12.04.2023 sottoscritto da persona autorizzata. Informativa al trattamento dai dati personali del 09.02.2023 sottoscritta da persona autorizzata. Sig. ra M. R. - Diaria dal 09.02.2023 al 03.05.2023. Sig. ra M. R. - Scheda SUT (Somministrazione farmaci e indicazioni terapeutiche) dal 09.02.2023 al 03.05.2023. Sig. ra M. R. - MOD 7.5.13 Rev. 02 del 10.01.2018 Tracciabilità visite specialistiche. Visita geriatrica e richiesta pannoloni del 01.03.2023. Richieste di esami ematochimici del 26.02.2023.e del 23.03.2023. Referti in cartella. Sig. ra M. R. - File M 7.5.3 Rev. 0 del 22.07.2022 Consegne infermieristiche dal 01.05.2023 al 05.05.2023. Sig. ra M. R. - File M 8.3.11 Rev. 0 del 07.11.208 Valori scale multidisciplinari relative al mese di febbraio 2023</p>

**RAPPORTO DI AUDIT
INTERNO**

**MOD 01
Ed. 2 - Rev. B Luglio
2020**

Pagina 4 di 8

Sig. ra M. R. - File M 7.5.12 Rev. 1 del 10.01.18 Scheda fisioterapia relativa all'intervento del 02.05.2023.

Sig. ra M. R. - File M 7.5.12 Rev. 1 del 10.01.18 Cartella di riabilitazione occupazionale relativa all'intervento del 04.05.2023.

Sig. ra M. R. - File M 7.5.20 Rev. 4 del 01.01.2018 PAI.

MOD VACL Rev. 0 del 06.05.2020 Verbale di audit clinico relativo al lavaggio delle mani del 15.12.2022

Visionato MOD PARS Ed. 0 Rev. 00 del 15.02.2023 a firma del Risk manager, Medico responsabile e ufficio legale. Tutte le attività previste dal PARS 2022 sono state realizzate, pianificate quelle per il 2023.

Verbale di riunione n° 07 del 20.01.2023 eseguito per la verifica e l'analisi delle cadute dei pazienti verificatesi durante il secondo semestre 2022 (obiettivo 2022 max 20 cadute - occorse 2 nel 1° semestre).

AMBITO

**Documentazione
sanitaria**

Verbale di riunione n° 08 del 27.01.2023 eseguito per la verifica e l'analisi delle LDP relativo al secondo semestre 2022 (obiettivo 2022 insorgenza LdP max 20 in un anno - insorte in struttura nessuna).

Verbale di riunione n° 09 del 07.02.2023 relativo alla introduzione del PARS dal 02.02.2022 con la elencazione degli obiettivi che la struttura ha definito.

Report di valutazione del Burnout a cura della dott. ssa C. Toscano del 30.12.2022 (elevata prevalenza di bassa e media criticità).

MOD 4.2.4 Rev 01 del 10.01.2018 controllo farmaci e presidi di emergenza aggiornato al 01.05.2023.

MOD 4.2.4 Rev 01 del 10.01.2018 check - list valigetta pronto soccorso aggiornato al 02.05.2023.

MOD 8.3.15. Registro farmaci in scadenza frigorifero Rev. 0 del 10.01.2020 aggiornato al 02.05.2023.

File Prot 37 Rev. 03 del 20.05.2018 rilevazione temperature del frigorifero aggiornato al 02.05.2023.

Registro farmaci in scadenza frigorifero, modello 8.3.15 Rev. 0 del 10.01.2020 aggiornato al 02.05.2023.

File M 7.5 Rev. 01 del 30.06.2014 Controllo pasti trasportati aggiornato al 02.05.2023.

File M 7.5.10 Rev. 00 del 30.11.2022 Check - list pulizie (uffici, magazzini e sale di attesa) aggiornato al 02.05.2023.

File M 8.3.10.Rev. 01 del 30.11.2020 Controllo funzionalità glucometro.

	CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO, VIA DEI SESTILI 18 - ROMA	
	RAPPORTO DI AUDIT INTERNO	MOD 01 Ed. 2 - Rev. B Luglio 2020

Rapporto di esame microbiologico n° 0281/23 su alimenti a cura della ditta DNA S.r.l. del 25.01.2023 su sedani con melanzane cotto pronto al consumo con esito di conformità.

Rapporto di esame microbiologico n° 0282/23 su alimenti a cura della ditta DNA S.r.l. del 25.01.2023 su scarola ripassata con olive cotto pronto al consumo con esito di conformità.

Rapporto di prova n° 23CC0000067 su campione di acqua per uso umano prelevata dal boiler n° 2 alimentato dall'acquedotto comunale di Roma a cura della ditta Chimiciab S.r.l. del 16.01.2023 con esito di conformità.

Rapporto di prova n° 23CC0000072 su campione di acqua per uso umano prelevata da lavandino bagno al 3° piano alimentato dall'acquedotto comunale di Roma a cura della ditta Chimiciab S.r.l. del 16.01.2023 con esito di conformità.

Rapporto di prova n° 23CC0000075 su campione di acqua per uso umano prelevata da bagno al piano 0 alimentato dall'acquedotto comunale di Roma a cura della ditta Chimiciab S.r.l. del 16.01.2023 con esito di conformità.

Rapporto di prova n° 2684/22 con tampone per ricerca escherichia coli e legionella a cura della ditta DNA S.r.l. del 17.06.2022 con esito di conformità.

Certificato di taratura del termometro campione codice 914/TMNN marca T BAR SATI del 26.05.2022.

AMBITO

Sistema di Gestione per la Qualità

Politica della Qualità del 31.12.2022

Manuale per la Qualità Ed. 0 Rev. 0 del 31.03.2018.

Report Audit Interno del 05.05.2023 con oggetto la revisione della analisi dei rischi del 2022 dal quale sono emerse tre Osservazioni regolarmente prese in carico dall'Organizzazione.

File M 4.2.2 Rev. 01 del 10.01.2018 Elenco generale documenti aggiornato al 14.03.2023.

File M 4.2.0 Rev. 01 del 10.01.2018 Elenco protocolli aggiornato al 15.12.2022.

Mod. Organigramma Rev. 08 aggiornato al 01.01.2021

File M 5.1.2. Rev. 01 del 09.01.2018 Piano di miglioramento 2023 redatto e approvato il 04.03.2023 nel quale vengono definiti dieci obiettivi.

MOD 8.2.0. rilevazione del gradimento relativo al 2022. Raccolti 39 questionari su una media di 40 ospiti della RSA. I

	CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO, VIA DEI SESTILI 18 - ROMA	
	RAPPORTO DI AUDIT INTERNO	MOD 01 Ed. 2 - Rev. B Luglio 2020 Pagina 6 di 8
<p>valori definiti vanno da un minimo di 1 ad un massimo di 10, la media è risultata pari a 8,75%.</p> <p>Verificato il documento "Parti interessate" aggiornato al 31.12.2022.</p> <p>Verificato il documento "Analisi del contesto" aggiornato al 31.12.2022.</p> <p>Verificato il documento "Analisi e trattamento rischio/opportunità" aggiornato al 31.12.2022.</p> <p>Verificato il documento "Mappatura dei disservizi" aggiornato al 31.12.2022.</p> <p>File M 7.4.1 Rev. 01 del 10.01.2018 Elenco fornitori qualificati 2023. Nel 2022 non risultano disservizi addebitabili ai fornitori.</p> <p>File M 5.1.3 Rev. 01 del 10.01.2018 Riesame della Direzione (aperto in attesa del ricevimento del presente Rapporto di Audit Interno 2023).</p> <p>Rapporto di Audit di 3^ Parte, a cura SGS, condotto in data 04.02.2022. Non sono emerse indicazioni.</p>		

AMBITO

Formazione e personale	<p>File M 6.2.5 Rev. 01 del 10.01.2018 elenco personale e programma formativo contenete i corsi effettuati nel 2022 e i relativi Crediti di ECM dello stesso anno. Non sono stati pianificati i corsi ECM per l'anno 2023 stante la necessità di dover reperire un altro Fondo Interprofessionale in quanto Fondimpresa non finanzia più i corsi specifici per le attività dell'Organizzazione.</p> <p>File M 6.2.3 Rev. 01 del 15.01.2018 Verbale di formazione/riunione interna del 15.02.2022 relativo all'addestramento straordinario per violenza sugli operatori</p>
-------------------------------	--

AMBITO

Formazione e personale	<p>Attestati del corso di formazione BLS/D/PBLSD di dieci operatori erogato da ACAYA Consulting in data 25.02.2022.</p> <p>File 8.3.13 Rev 00 del 28.12.2018 Scheda pianificazione e rilevazione tutoring, redatta in data 04.05.2022 per l'infermiere neoassunto Fabio F.</p> <p>File M 6.2.4 Rev. 00 del 17.12.2017 nel quale la Coordinatrice esprime parere favorevole alla continuazione del rapporto di lavoro con l'infermiere Fabio F. in data 12.05.2022 .</p>
-------------------------------	---

AMBITO

Controllo di efficienza energetica della caldaia effettuato il 31.08.2022 a cura del tecnico Massimo R.

Verifica degli impianti di terra a tensione < 1000 v svolta da ISPEL S.r.l. in data 03.11.2021.

Verbale di verifica straordinaria n° 0001286156 del 03.06.2022 a cura di I.M.Q. S.p.A. relativamente all'ascensore matricola 1369

Verbale di verifica periodica n° 0001249465 del 03.06.2022 a cura di I.M.Q. S.p.A. relativamente all'ascensore matricola 52892

Elenco delle apparecchiature sottoposte a verifica di sicurezza elettrica del 31.05.2022 a cura di Te.Si.A. S.r.l.

Certificato di sicurezza elettrica dell'aspiratore modello ASKIR C 30 BASIC 2 matr. 9755 del 31.05 2022 con esito positivo.

Certificato di sicurezza elettrica dell'elettrocardiografo modello ECG 100 S matr. 019182E del 31.05 2022 con esito positivo.

Certificato di calibrazione n° 358 - 21 - 0218 dell'analizzatore di sicurezza elettrica Fluke modello ESA 615 matr. 4779047 del 31.03.2021

Verifiche mensili del gruppo elettrogeno effettuate dalla ditta Stradone Arcangelo Impianti Elettrici in data 10.04.2023 e 04.05.2023.

Procedura pulizia apparecchi emissione - immissione aria Rev 01 del 28.12.2018 con manutenzione bimestrale ultimo intervento del 28.12.2022.

File M4.2.5 Rev. 01 del 02.01.2013 manutenzione cassoni con cadenza settimanale (pulizia ordinaria) al 26.11 2022 e semestrale al 04.01.2023.

Interventi di derattizzazione e disinfestazione formiche del 04.05.2023 a cura di ARES S.r.l.

Libretto di impianto di climatizzazione con intervento di sanificazione dei condizionatori a cura della ditta Romagnoli Massimo S.r.l. del 10.11.2022

**Documentazione
tecnica**

Documento di Valutazione dei Rischi del 06.04.2020.

Attestazione di rinnovo periodico di conformità antincendio (CPI) pratica VV.F. n° 10467 effettuato in data 27.01.2023.

Verbale della prova simulata di evacuazione emesso in data 14.04.2021 (2022 non effettuato causa pandemia).

Elenco attrezzature antincendio compilato dalla ditta Mercuri gestione antincendio S.r.l. aggiornato al 01.08.2021.
Impianto rilevazione e segnalazione incendi sostituire 2 batterie tampone (pag. 4 di 10).

Formulario di identificazione rifiuto FIR 56043 del 01.03.2023 Codice Europeo180103 della Ecolas S.r.l. Destinazione Ricrea S.r.l. loc. Santa Palomba Roma. Relativa registrazione di scarico registrata sul formulario in data 01.03.2023 pag. 24.

Cogenze

5. OSSERVAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

//

6. LISTA DI DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

RSGQ

Il Lead Auditor

