Revisioni		Descrizione delle modifiche	Elaborato da	Verificato da	Approvato da
Rev.	Data				
0	08/01/2026	PRIMA EMISSIONE	Resp.Qualità Anna Galluccio	Direzione Bussoletti Enzo	Direzione Bussoletti Enzo

villa frasassi

"Casa di Riposo e
Residenza protetta c/demenza"

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE/PREMESSA....3
2. REPORT ANNUALE ANNO 2025....3
2.1 Azioni intraprese....3
2.2 Cambiamenti nei fattori interni ed esterni....3
2.3. Informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema di gestione... 3
2.3.1 Customer Satisfaction e informazioni di ritorno dalle parti interessate compresi i reclami....3
2.3.1.1 Clima Aziendale e informazioni di ritorno delle parti interessati....4
2.3.2 Andamento relativo alle prestazioni e alla conformità dei servizi e dei processi....4
2.3.3 Analisi delle non conformità e azioni correttive intraprese....5
2.3.4 Risultati del monitoraggio e della misurazione effettuata....6
2.3.5 Andamento delle prestazioni dei fornitori esterni....6
2.4 Adeguatezza delle risorse....6
2.5 Stato di attuazione delle azioni correttive, preventive e di miglioramento intraprese....6
2.6 Grado di raggiungimento degli obbiettivi direzionali....7
3. OUTPUT DEL RIESAME....7

1. INTRODUZIONE/PREMESSA

Con il presente verbale di riesame si intende valutare la capacità della Residenza per anziani "Villa Frasassi " di Genga di soddisfare i requisiti delle norme di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della **Regione Marche** (L.R. 21/2016 e s.m.i., DGR in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) e agli standard applicabili alle Residenze Protette con demenza.

Il presente verbale di riesame prende in considerazione i risultati delle attività di verifica e i risultati del monitoraggio circa l'andamento delle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2025 Tali risultati (INPUT) rappresentano il punto di partenza per la definizione di nuovi obiettivi o rimodulazione di obiettivi già definiti, le risorse necessarie per il loro raggiungimento e le opportunità di miglioramento (OUTPUT).

2. Report Annuale (ANNO 2025)

2.1 Azioni intraprese

Le azioni intraprese sono in linea con quanto stabilito nel Piano strategico triennale 2025-2027 definito in data 29/12/2024 . Il piano di qualità e la Carta servizi sono stati adeguatamente revisionati e aggiornati. Gli aspetti in materia di tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08) sono stati adeguatamente gestiti si evidenzia la corretta gestione di tutte le scadenze di manutenzione e verifiche stabilite nel piano di manutenzione della Struttura.

2.2 Cambiamenti nei fattori interni ed esterni

Nel corso del 2025 la Residenza ha collaborato con il centro per l'impiego di Fabriano per lo svolgimento di stage all'interno della struttura finalizzati all'assunzione di nuove figure OSS Il ruolo di coordinatore fino al 30/09/2025 è stato affidato alla Dott.ssa Cinti Donatella dal 01/10/2025 il coordinamento è stato suddiviso su più figure professionali laureati in Scienze infermieristiche in possesso di competenze gestionali e specifiche sul lavoro di gruppo e sul coordinamento di gruppi di lavoro; comprovata esperienza tecnica ed educativa specifica.

2.3 Informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema di gestione

2.3.1 Customer Satisfaction e informazioni di ritorno dalle parti interessate compresi i reclami

Il sistema di gestione adottato e applicato da "Villa Frasassi" mira a comprendere come vengono percepiti i servizi erogati. In tal senso il questionario della Customer Satisfaction è uno strumento

fondamentale per il controllo della qualità dei servizi e per la rilevazione della soddisfazione degli utenti. Il questionario della Customer Satisfaction prevede la valutazione di molteplici aspetti del servizio erogato suddivisi in 3 aree: offerta e servizi; personale e relazioni; informazioni e risposte.

I clienti (utenti e/o familiari/caregivers) hanno la possibilità di esprimere il proprio giudizio, in forma anonima, per ogni item con una scala di riferimento tra 1 e 5. (da pessimo a ottimo) A conclusione del questionario è inoltre previsto uno spazio in cui è possibile annotare eventuali suggerimenti per il miglioramento del servizio. Ogni servizio condivide con gli utenti e/o familiari/caregivers i risultati dell'analisi della Customer Satisfaction e discute con essi eventuali soluzioni e strategie per migliorare il servizio rispetto agli aspetti indicati come meno soddisfacenti o per rispondere ad eventuali suggerimenti annotati. Inoltre, ogni servizio riporta i risultati dell'analisi all'interno del rapporto di valutazione che viene poi trasmesso all'Ufficio Qualità il quale relaziona l'insieme dei risultati emersi dalle analisi di Customer Satisfaction svolte in tutti i servizi. I risultati sono condivisi con la Direzione in sede di riesame annuale.

Nel mese di novembre 2025 sono state eseguite n. 15 rilevazioni su un totale di n. 27 utenti, con una percentuale di partecipazione pari al 56%
Dall'analisi dei questionari compilati emerge un elevato livello di soddisfazione generale degli utenti della Residenza Protetta c/demenza "Villa Frasassi": globalmente la qualità del servizio risulta avere raggiunto un valore pari al 97% su 100 Si esaminano nello specifico le dimensioni della qualità previste dal questionario informazione, personale, ambiente, organizzazione.

In particolare, per quanto riguarda **Offerta e Servizi** si riscontrano giudizi positivi rispetto
a pulizia delle camere, comfort delle camere, servizio ristorazione e dei pasti,
servizio lavanderia (media di 15 su 15)
e giudizi meno positivi riguardo attività ricreative (media di 5 su 15) su cui valutare eventuali azioni di miglioramento.

Per quanto riguarda **Personale e Relazioni**, gli utenti ai quali è stato somministrato il questionario ritengono questo aspetto positivo , sia per la professionalità del personale socio assistenziale (media di 15 su 15) che per la relazione instauratasi con infermieri e fisioterapisti (media di 15 su 15). Si evidenzia inoltre una soddisfazione positiva riguardo alla completezza e tempestività delle informazioni fornite in merito ad eventuali variazione dello stato di salute dell'ospite (media di 15 su 15;

Per quanto riguarda **Informazioni e Risposte** si rileva una soddisfazione elevata sia per la comprensione delle esigenze che per capacità e la tempestività nelle risoluzioni delle richieste degli ospiti (media di 15 su 15); l'aspetto con minore soddisfazione risulta essere servizio parrucchieria e podologa (media di 1 su 15)

2.3.1.1 clima aziendale e informazioni di ritorno dalle parti interessate

Il processo annuale ha l'obiettivo di verificare i dati raccolti attraverso la somministrazione del questionario il benessere organizzativo dei dipendenti inteso come l'insieme delle condizioni che favoriscono la salute, la motivazione, la soddisfazione lavorativa. La valutazione è uno strumento

strategico per individuare punti di forza, criticità e area di miglioramento dell'organizzazione della Residenza Protetta c/demenza. Esso si basa pertanto sull'analisi dei dati e delle informazioni che scaturiscono dalla procedura di controllo della qualità e dalla somministrazione dei questionari per rilevare la CS.

Nel mese di dicembre 2025 sono state eseguite n. 12 rilevazioni su un totale di n. 16 dipendenti ,con una percentuale di partecipazione pari al 75 % la rilevazione è stata effettuata tramite un questionario anonimo somministrato ai dipendenti tramite una scala di valutazione (da1 a 5)

Nello specifico si esaminano: **Clima e relazioni lavorative; Organizzazione del lavoro e turni; Comunicazioni e coordinamento; Sicurezza e condizioni di lavoro; Supporto e valorizzazione; Benessere e conciliazione vita-lavoro; Soddisfazione generale.**

Risultati ottenuti:
. **Sul clima interno e relazioni lavorative** si riscontrano giudizi positivi I dipendenti percepiscono un buon livello relazionale, si rileva di collaborazione tra colleghi,
. **Sull'organizzazione del lavoro e turni** si riscontra un giudizio poco adeguato, il carico di lavoro è percepito come sostenibile, ma la maggior parte dei dipendenti lamenta una scarsa efficienza delle sostituzioni in caso di assenza di personale,la criticità e nei turni di lavoro.
. **Sulla comunicazione e coordinamento** si riscontrano giudizi positivi, il coordinatore è valutato adeguato i punti forza sono la disponibilità all'ascolto,
. **Sulla sicurezza e condizioni di lavoro**, le condizioni di lavoro risultano complessivamente positive non si riscontrano criticità.
. **Sul supporto e valorizzazione** la maggior parte dei dipendenti dichiara che il proprio lavoro viene riconosciuto ed apprezzato e si sente rispettato come professionista
. **Sul benessere e conciliazione vita-lavoro** si riscontrano giudizi positivi.
. **Sulla soddisfazione generale** tutti i dipendenti hanno dichiarato un giudizio positivo sopratutto nel senso di appartenenza alla Struttura e alle buone relazioni con i colleghi

I giudizi meno positivi riguardano l'organizzazione dei turni e la gestione delle sostituzioni in caso di assenza

2.3.2 Andamento relativo alle prestazioni e alla conformità dei servizi e dei processi

A partire dal 2025 sono stati revisionati gli indicatori in funzione della gestione del rischio clinico.
Dalla misurazione e valutazione degli indicatori per l'anno 2025 emerge un quadro complessivamente in linea con gli standard di accettabilità definiti.

Per ulteriori dettagli sui risultati emersi si rimanda al documento di riferimento.

2.3.3 Analisi delle non conformità e azioni correttive intraprese

Gli strumenti implementati per la rilevazione delle Non Conformità sono i seguenti:

Registro Problemi/Non Conformità (utilizzato all'interno della struttura per tenere traccia di tutte le criticità del servizio);

Registro Non Conformità HACCP (utilizzato all'interno della struttura dove si viene a contatto con i generi alimentari);
Registro Reclami/Contestazioni (utilizzato per tenere traccia di tutti i provvedimenti presi nei confronti di lavoratori che hanno avuto un comportamento inadeguato e hanno mancato di rispetto alle regole di servizio);
Report audit interno dove vengono riportate tutte le non conformità raccolte dai servizi con i tempi di risoluzione e relative chiusure;
Report audit esterno dove l'Ente di Certificazione riporta eventuali raccomandazioni e/o non conformità rilevate.

Nel 2025 sono state rilevate n. 21 non conformità provenienti dai registri utilizzati in struttura. Nello specifico tutte le non conformità provenivano dal Registro Problemi di cui 20 relative a manutenzioni e reclami e 1 relativa alla sicurezza clinica dell'ospite. Tali non conformità sono state tutte adeguatamente gestite e risolte.

2.3.4 Risultati del monitoraggio e della misurazione effettuata

Per quanto riguarda i risultati del monitoraggio e della misurazione effettuata si rimanda ai paragrafi *2.3.1* e *2.3.2*.

2.3.5 Andamento delle prestazioni dei fornitori esterni

Nel periodo analizzato, i fornitori della Struttura hanno garantito complessivamente un livello adeguato di servizio. Particolare attenzione è stata posta sulla sicurezza alimentare e sulla qualità della sanificazione, elementi fondamentali per la tutela degli ospiti."

2.4 Adeguatezza delle risorse

Nel definire le azioni di miglioramento e gli obiettivi resta centrale la necessità di identificare l'adeguatezza delle risorse che permettano l'effettivo raggiungimento di quanto stabilito. Per l'anno 2025 risultano adeguate le risorse in termini di risorse umane (personale di servizio adeguatamente formato), attrezzature/ausili e fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale.

2.5 Stato di attuazione delle azioni correttive, preventive e di miglioramento intraprese

Le azioni/opportunità di miglioramento provenienti da diversi ambiti normativi e di servizio (es: risultati customer satisfaction, risultati audit interni, strategie/mission aziendali, incontri con gli operatori e/o famiglie, ecc.) vengono riportate e regolarmente gestite

all'interno del piano di miglioramento della struttura (a cui si rimanda per i dettagli delle azioni intraprese).

Nel corso del 2025 con un'azione strategica già avviata dall'ultimo trimestre del 2024, la Struttura Villa Frasassi ha deciso di inserire a sistema un percorso / processo strutturato di Risk Management con l'obiettivo non solo di aumentare la sicurezza degli utenti, ma a tutela anche degli operatori e del miglioramento della qualità percepita dei servizi.

2.6 Grado di raggiungimento degli obiettivi direzionali

Obiettivo 1: Potenziamento attività di socializzazione e mantenimento delle tradizioni attraverso attività creative e momenti di condivisione organizzazione di feste, attività musicali e momenti di intergenerazionali con scuole del territorio durante le feste.
RAGGIUNTO

Obiettivo 2 : Realizzazione di tettoria esterna per attività e ampliamento spazi dedicata ai momenti ludici e incontro con le famiglie.
RAGGIUNTO

Obiettivo 3 : Proseguimento della formazione del personale su prevenzione rischio clinico ,corso aggiornamento antincendio , primo soccorso e BLSD al fine di garantire sicurezza prontezza operativa e qualità assistenziale agli ospiti.
RAGGIUNTO

Per il dettaglio dello stato di raggiungimento/avanzamento degli obiettivi si rimanda

3. OUTPUT DEL RIESAME

Sulla base dei risultati ottenuti dalle attività di misurazione, monitoraggio e verifica, il l servizio erogato presso la Residenza Villa Frasassi , si può ritenere complessivamente adeguato.alle relative schede obiettivo ed evidenze.

Si conferma il possesso dei requisiti e delle competenze da parte di tutto il personale al di sopra dello standard minimo di accettabilità senza la necessità, quindi, di adottare azioni formative di miglioramento per il personale stesso (**vedi griglia valutazione competenze elaborata dal Coordinatore della Struttura).**

Per l'anno 2026 sono stati definiti i seguenti obiettivi:

Obiettivo 1 – Implementare i rapporti con la rete delle associazioni di volontariato del territorio allo scopo di aumentare l'animazione sociale,proseguire con le attività creative e momenti di condivisione organizzazione di feste, attività musicali e momenti di intergenerazionali con scuole del territorio durante le feste.

Obiettivo 2 –Implementazione Cartella Socio Sanitaria digitalizzata per favorire la condivisione immediata delle informazioni tra operatori sanitari e assistenziali, ridurre duplicazioni e limitare l'uso della carta

Obiettivo 3 – Avanzamento dell'implementazione delle attività e gestione del rischio clinico