

# **RIESAME DELLA DIREZIONE (RDD)**

Autori : dott.ssa S. Venturi - RGQ, Dott. C.A. Roversi - DS

## Indice degli argomenti

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. SCOPO                                                                                          | 2  |
| 2. CONTENUTO                                                                                      | 2  |
| 3. SISTEMA QUALITÀ                                                                                | 2  |
| 3.1. Considerazioni sul SGQ avviato                                                               | 2  |
| 3.2. Valutazioni ed analisi sulle evidenze oggettive del SGQ                                      | 3  |
| 3.2.1. Analisi delle segnalazioni clienti (Reclami)                                               | 3  |
| 3.2.2. Analisi delle Non Conformità                                                               | 3  |
| 3.2.3. Analisi delle Azioni Correttive e Preventive                                               | 4  |
| 3.2.4. Audit esterni (Istituzionali)                                                              | 4  |
| 3.2.4.1. Audit interni                                                                            | 4  |
| 3.2.4.2. Audit BV                                                                                 | 4  |
| 3.2.5. Analisi della Formazione                                                                   | 4  |
| 3.2.6. Analisi dei Fornitori                                                                      | 5  |
| 3.3. Conclusione                                                                                  | 5  |
| 4. GESTIONE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE                                                          | 5  |
| 4.1. Considerazioni sull'accREDITamento istituzionale                                             | 5  |
| 4.2. Valutazioni ed analisi                                                                       | 6  |
| 4.2.1. Obiettivi di qualità ed indicatori                                                         | 6  |
| 4.2.2. Budget ed indicatori                                                                       | 8  |
| 4.2.3. Piano di comunicazione (PdC)                                                               | 8  |
| 4.2.3.1. PdC Interno                                                                              | 8  |
| 4.2.3.2. PdC esterno                                                                              | 8  |
| 4.2.4. Valutazione del clima aziendale e della customer satisfaction (clienti interni ed esterni) | 8  |
| 4.2.4.1. Clima aziendale                                                                          | 8  |
| 4.2.4.2. Customer Satisfaction                                                                    | 8  |
| 4.2.5. Tempi di attesa                                                                            | 9  |
| 4.2.6. Carichi di lavoro                                                                          | 10 |
| 4.2.7. Censimento apparecchiature                                                                 | 10 |
| 4.2.8. Controllo Qualità                                                                          | 10 |
| 4.2.8.1. Valutazione Esterna della Qualità (VEQ)                                                  | 10 |
| 4.2.8.2. CQ interno                                                                               | 10 |
| 5. ALTRI ELEMENTI AZIENDALI                                                                       | 10 |
| 5.1. Adeguamento Legislativo                                                                      | 10 |
| 5.2. Varie                                                                                        | 10 |
| 6. PIANO DI MIGLIORAMENTO                                                                         | 10 |

1. SCOPO                      Questo 20° Riesame della Direzione ha lo scopo di verificare l'applicazione della norma ISO 9001 sullo stato del sistema qualità e, più in generale, di tutti i requisiti autorizzativi e di accreditamento regionale, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale PR 5.6-01.

## 2. CONTENUTO

Gli argomenti trattati nel rapporto coprono tutti i temi riportati nell'indice, alcuni relativi alla valutazione sullo stato del sistema eseguita l'anno scorso ed altri aggiornati alla data del presente riesame; gli elementi modificati si riconoscono tramite scrittura in corsivo.

## 3. SISTEMA QUALITÀ

La scelta di progettare e sviluppare un sistema di qualità secondo la normativa internazionale UNI EN ISO 9001 è nata dalla necessità di rispondere ai requisiti dell'accREDITamento regionale, definiti nella LR 327 e dalla volontà di migliorare in modo continuativo le prestazioni dei processi aziendali con l'obiettivo di incrementarne l'efficienza e l'efficacia e, conseguentemente, la soddisfazione del cliente e di tutte le altre parti interessate.

La norma utilizzata per la progettazione e lo sviluppo del sistema di qualità rappresenta inoltre lo strumento utilizzato per documentare le risposte ai requisiti di accREDITamento e ha permesso di sviluppare un insieme documentale integrato qualità/accREDITamento.

Lo sviluppo del sistema di qualità ha inoltre imposto l'adeguamento ad alcuni dei requisiti strutturali previsti dalla LR 327.

La Direzione, che è consapevole delle turbolenze a cui il mercato della sanità pubblica e privata è costantemente sottoposto, intende inoltre utilizzare il sistema di qualità come elemento competitivo per offrire servizi di qualità sempre più orientati alla soddisfazione *delle diverse parti interessate*. La direzione ha continuato inoltre ad approfondire i nuovi concetti introdotti dalla UNI EN ISO 9001:2015 e, sulla base delle nuove conoscenze acquisite, ha aggiornato l'analisi del contesto organizzativo, la swot analisi - di tipo strategico - (che evidenzia, per il contesto interno, i punti di forza e debolezza e, per il contesto esterno, le opportunità e le minacce) e l'analisi dei rischi, più strettamente operativi con l'indicazione, se necessario, delle azioni di mitigazione del rischio medesimo .

### 3.1.            Considerazioni sul Sistema di Gestione per la Qualità

Il Centro Hercolani ha iniziato il percorso certificativo verso la fine dell'anno 2004. L'adozione di un Sistema di Gestione per la Qualità ha voluto garantire alla Direzione Aziendale un approccio sistematico alle attività aziendali che risultano pertanto documentate, trasparenti, controllate, misurabili e, quindi, migliorabili costantemente nel tempo, orientate alla soddisfazione dei Clienti e delle altre parti interessate (Proprietà, Azienda Sanitaria, Regione, Collaboratori ecc.).

Il Sistema di Qualità applicato dall'azienda, integrato e conforme anche ai requisiti del sistema di Accreditamento Regionale, garantisce inoltre l'aggiornamento e il perfezionamento continuo di tutta la documentazione predisposta per ogni singolo requisito applicabile, in modo tale che, ad ogni eventuale controllo da parte dell'Azienda Sanitaria o della Regione, il Centro presenti documenti costantemente adeguati alle variazioni organizzative, tecnologiche, formative ecc. intervenute nel corso del tempo.

*Nel corso dell'anno 2025 sono stati effettuati i seguenti aggiornamenti:*

- *gli obiettivi generali e specifici di Reparto*
- *l'organigramma e il funzionigramma, organigramma privacy e carta dei servizi*
- *il catalogo delle prestazioni*

*E' stato inoltre predisposto un aggiornamento delle istruzioni operative e delle procedure ed in particolare:*

|        |                    |                                                                          |            |
|--------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4      | 6.2-01<br>rev. 6   | GESTIONE DELLE RISORSE UMANE                                             | 31/10/2025 |
| 5      | 6.2-02<br>rev. 7   | MANUALE DI UTILIZZO GIPO PER IL PERSONALE DIPENDENTE – CASI PARTICOLARI  | 31/12/2025 |
| 6      | 6.2-03<br>rev. 5   | MANUALE DI UTILIZZO GIPO PER I MEDICI – VADEMECUM PER LA REFERTAZIONE    | 31/10/2025 |
| 8      | 6.3-01<br>Rev.9    | ATTIVITA' DI MANUTENZIONE DI STRUTTURE, IMPIANTI ED APPARECCHIATURE      | 31/10/2025 |
| 10     | 7.2-01<br>rev. 12  | PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE                                             | 31/10/2025 |
| 11     | 7.2-02<br>rev. 6   | GESTIONE INTERFACCIA ANAGRAFICHE ACCETTAZIONE-RADIOLOGIA RIS PACS        | 31/10/2025 |
| 12     | 7.4-01<br>Rev. 8   | APPROVVIGIONAMENTI                                                       | 31/10/2025 |
| 14     | 7.5.1-03<br>rev. 9 | MODALITA' DI ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIOLOGICI ED ECOGRAFICI            | 31/10/2025 |
| 16     | 7.5.1-05<br>Rev. 8 | MODALITA' DI TERAPIA FISICA: PROCEDURA PER OPERATORI                     | 30/05/2025 |
| 22     | 7.5.1-11<br>Rev. 2 | PROCEDURA REGISTRAZIONE, SCARICO E REFERTAZIONE HOLTER                   | 31/10/2025 |
| 23     | 7.5.1-12<br>Rev. 2 | PROCEDURA RELATIVA AL PERCORSO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE                | 31/10/2025 |
| 25 BIS | 7.5.1.15 rev 1     | PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEL VIDEODERMATOSCOPIO MOLEMAX                  | 31/12/2025 |
| 1      | I.O. 1<br>rev.9    | PREVENZIONE DA RISCHI BIOLOGICI                                          | 31/10/2025 |
| 13     | I.O. 13<br>Rev. 1  | GUIDA AL PRIMO INTERVENTO DI SOCCORSO – GESTIONE EMERGENZE ed IMPREVISTI | 31/10/2025 |

### 3.2. Valutazioni ed analisi sulle evidenze oggettive del SGQ

Il sistema di qualità è applicato da 20 anni ed è in continua evoluzione per definire metodi sempre più *efficaci* a valutare eventuali criticità, per trattarle; la direzione conferma peraltro la necessità e l'utilità delle registrazioni che hanno lo scopo di dimostrare l'applicazione e la conformità del sistema alla norma e ai requisiti dell'accreditamento e sono la base per il miglioramento continuo basato su dati di fatto.

### 3.2.1. Analisi delle segnalazioni clienti, reclami ed encomi

*Nel corso del periodo gennaio 2025-novembre 2025 di applicazione del sistema qualità (dalla data dell'ultimo riesame) sono stati registrati 5 reclami:*

*Un reclamo relativo ad un comportamento segnalato di personale infermieristico, gestito dalla Direzione Sanitaria.*

*Un reclamo relativo ad un comportamento segnalato di personale fisioterapico, gestito dalla Direzione Sanitaria.*

*un reclamo relativi alla accettazione da parte di pazienti assicurati, opportunamente trattato con i Dipendenti.*

*Due reclami relativi a Medici, con i quali il Direttore Sanitario si è opportunamente confrontato e sono stati tutti trattati.*

*Le problematiche relative ai reclami dell'anno precedente non si sono più presentate, pertanto il loro trattamento è risultato efficace.*

*Pur rilevando la bassa percentuale tra numero di reclami e prestazioni erogate, la direzione evidenzia una riduzione del numero dei reclami rispetto ai 14 dell'anno precedente: ritiene, tra l'altro, che sia aumentata la sensibilità degli operatori nella loro segnalazione ma auspica comunque e richiama maggiore attenzione da parte di tutti, ciascuno per le proprie responsabilità, nella gestione delle proprie attività.*

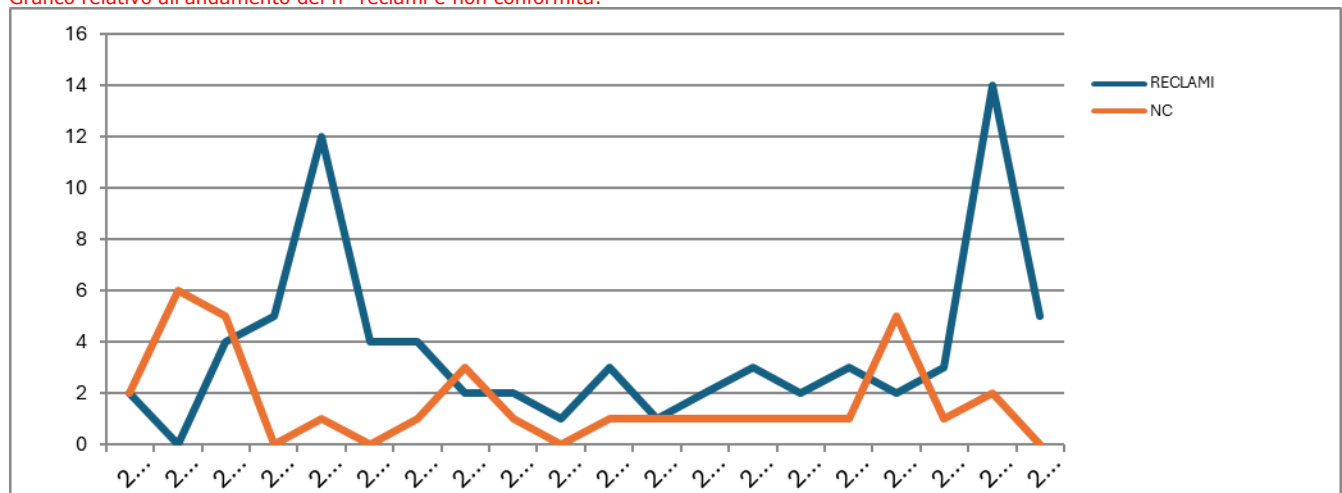
### 3.2.2. Analisi delle Non Conformità

*Nel periodo considerato non si sono verificate le seguenti non conformità.*

La direzione evidenzia con il personale l'importanza della segnalazione delle non conformità che vanno considerate come uno strumento per il miglioramento continuo delle attività.

Non si sono rilevate nell'anno precedente delle non conformità ancora aperte.

Grafico relativo all'andamento del n° reclami e non conformità:



### 3.2.3. Analisi delle Azioni Correttive e Preventive

È stata intrapresa 1 azione correttiva nell'ultimo anno, per una criticità spesso segnalata nei questionari di gradimento relativa alla mancata risposta telefonica dovuta spesso ad assenze improvvise di personale, non preventivabili. È stata inserita una persona in affiancamento in orario pomeridiano per cercare di ridurre i tempi di risposta. Sono anche stati sollecitati vari momenti di formazione del personale per cercare di prevenire al massimo eventuali criticità sia per il servizio di accettazione, sia per lo staff di fisioterapia.

### 3.2.4. Audit esterni (istituzionali)

In data 13 novembre 2007 è stata effettuata la verifica di accreditamento istituzionale che ha portato alla determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della ASL n. 9656 del 21/08/2008 avente come oggetto

"Accreditamento istituzionale Poliambulatorio privato Centro Hercolani di Bologna".

Nel corso dell'anno 2012 abbiamo ricevuto una verifica da parte dell'Az. Usl per i controlli di routine ed ottemperato alle prescrizioni individuate e una verifica da parte della Agenzia Sanitaria Regionale, in data 25 luglio 2012, ai fini del rinnovo dell'Accreditamento istituzionale.

La verifica da parte della Agenzia Sanitaria Regionale ai fini del rinnovo dell'Accreditamento istituzionale, è avvenuta il 27 settembre 2022, di cui si è ricevuta relativa determina ad ottobre 2023.

#### 3.2.4.1. Audit Interni

*Il Piano di Verifiche 2025 è stato rispettato: tutti i processi e le aree del poliambulatorio sono state verificate il 16/12/2025 e il 22/01/2026; 25 non sono state registrate NC ma solo osservazioni di carattere migliorativo indicate nel report relativo, per la gran parte già trattate. In generale si mette in evidenza che il sistema garantisce l'erogazione dei processi in forma controllata e fornisce elementi e dati per promuovere il miglioramento.*

#### 3.2.4.2. Audit da BV

L'Organismo di Certificazione ha condotto la verifica iniziale di certificazione il 18 e 19 ottobre 2006: in quella occasione non sono state segnalate non conformità ma solo una osservazione di carattere migliorativo che è stata trattata. La prima verifica di sorveglianza è stata effettuata per il 29 ottobre 2007, la seconda verifica è stata effettuata il 02 dicembre 2008, mentre il rinnovo della certificazione è stato effettuato con visita del 09 ottobre 2009 e la prima verifica di sorveglianza il 29 ottobre 2010 dalla quale non sono risultate né non conformità, né raccomandazioni. La seconda verifica di sorveglianza si è tenuta il

giorno 02 novembre 2011 dalla quale non sono risultate n.c., né raccomandazioni, mentre la Visita per il rinnovo è stata effettuata il giorno 03 ottobre 2012. La prima verifica di sorveglianza è stata effettuata il giorno 6 novembre 2013. La seconda verifica di sorveglianza è stata effettuata il giorno 15 dicembre 2014: da questa verifica non sono state segnalate NC ma solo raccomandazioni opportunamente trattate, mentre la verifica di rinnovo è stata effettuata il 6 ottobre 2015 da cui non sono emerse non conformità. La prima verifica di sorveglianza è stata effettuata il giorno 06 ottobre 2016 da cui non sono scaturite NC e raccomandazioni. La seconda verifica di sorveglianza è prevista per il giorno 11 ottobre 2017. La verifica di rinnovo ed adeguamento alla ISO 9001:2015 è stata effettuata per il giorno 10 settembre 2018 e la prima verifica di sorveglianza è stata effettuata il 7 novembre 2019. La seconda verifica di sorveglianza è stata effettuata online il giorno 15/03/2021. La verifica di rinnovo è stata effettuata in data 11 novembre 2021. La prima verifica di sorveglianza è stata effettuata il 06 dicembre 2022, la seconda verifica di sorveglianza è stata effettuata per il 15 gennaio 2023. La verifica di rinnovo è stata effettuata in data 7-8/01/2025; in questa occasione l'Ente di certificazione ha segnalato alcune opportunità di miglioramento che sono state tutte prese in carico e trattate. La prima verifica di sorveglianza verrà effettuata il giorno 17/02/2026. La direzione invita tutto il personale a partecipare attivamente a tale verifica e a mettere a disposizione del valutatore le conoscenze e le competenze personali, nella massima trasparenza, onde ottenere dalla verifica stessa il migliore risultato possibile

### 3.2.5. Analisi della Formazione, crediti ECM e clinical competence

*Il Piano di formazione pianificato l'anno scorso, alla data odierna, è stato interamente attuato. Le registrazioni della formazione e dell'addestramento sono opportunamente riportate sulla modulistica prevista ed archiviate nominativamente per ogni dipendente.*

*Il risultato sulla formazione viene valutato in termini di obiettivi e risultato ed in termini di costi aziendali.*

*Il costo anno 2025 per la formazione del personale è pari a EURO 150,00.*

Il Centro Hercolani, continua a favorire la formazione dei propri collaboratori Medici e personale sanitario, con particolare riferimento all'ECM (Educazione Continua in Medicina).

Tutti i Medici Liberi Professionisti e TSRM che svolgono attività accreditata hanno assolto l'obbligo ECM con la partecipazione a corsi specifici della professione esercitata.

I dati relativi all'ECM sono disponibili presso l'Ufficio amministrativo per la opportuna consultazione.

I Medici Liberi Professionisti e gli operatori sanitari dipendenti (1 TSRM e 1 infermiera) eseguono la formazione autonomamente e nel rispetto dei requisiti

richiesti al fine del conseguimento degli ECM.

Dalla Direzione Sanitaria viene inoltre effettuata annualmente la valutazione della clinical competence dei Professionisti coinvolti nell'erogazione delle attività accreditate, sulla base dei criteri definiti e documentati in apposite schede personali.

### 3.2.6. Analisi dei Fornitori

Tutti i fornitori che hanno riflesso sulla qualità del servizio, attualmente attivi, risultano essere stati qualificati. Le informazioni sui nuovi fornitori sono state raccolte sulla base del questionario e delle eventuali certificazioni. L'elenco dei fornitori qualificati è disponibile presso il RGQ. La valutazione dei fornitori è condotta peraltro costantemente, sulla base delle eventuali non conformità.

### 3.3. Conclusione

Da questa prima analisi, supportata da poche considerazioni statistiche, si è potuto confermare che nel periodo considerato tutto il personale del centro ha compreso l'importanza del Sistema Aziendale di Gestione della Qualità e opera nella giusta direzione per applicarlo con continuità.

## 4. GESTIONE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

### 4.1. Considerazioni sull'accreditamento istituzionale

La legge regionale 327 prevede l'adeguamento delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, ad una serie di requisiti che devono garantire un livello minimo di "qualità"; tali requisiti sono di tipo autorizzativo, relativi all'accreditamento e specifici. Nell'ambito di ciascun gruppo di requisiti sono previsti e richiesti adeguamenti di tipo strutturale e di tipo documentale. Il Centro Hercolani ha elaborato una serie di matrici che correlano ciascun requisito con attività o documentazione predisposta per il sistema di qualità.

Come già anticipato, a seguito della verifica intervenuta da parte dell'Agenzia sanitaria regionale del 13 novembre 2007, ne è scaturita la determina n° 9656 del 21/08/2008 che riconosce al Centro l'accreditamento istituzionale. Si è inoltre effettuata la visita ispettiva di rinnovo per l'accreditamento in data 25 luglio 2012 da cui è scaturita la determina n° 13696 del 28/10/2013.

Nel mese di maggio 2012 abbiamo inoltre presentato domanda per il rilascio dell'accreditamento istituzionale della funzione di governo aziendale della formazione continua di cui alla dgr n. 1332/2011, obbligatoria per chi è in possesso dell'accreditamento istituzionale. Nel mese di ottobre 2021, a seguito di richiesta di variazione sede ed ampliamento branche specialistiche, abbiamo ricevuto la determina 18989 del 13/10/2021. La verifica per il mantenimento dell'accreditamento e per le nuove branche specialistiche è avvenuta il 27 settembre

2022 con determina ricevuta n° 21737 del 19/10/2023.

#### 4.2. Valutazioni ed analisi

I paragrafi seguenti adempiono ad alcune prescrizioni di accreditamento che impongono di definire e valutare con continuità, secondo determinate scadenze, una serie di prescrizioni.

##### *4.2.1. Obiettivi di qualità ed indicatori – valutazione risultati 2025 obiettivi 2026*

*Per il 2025 erano stati definiti obiettivi specifici che sono stati raggiunti. Gli obiettivi per l'anno 2025/2026 sono stati elaborati nell'allegato 5.4.1 del manuale della qualità e nell'all. 5.4.2 per gli obiettivi specifici del Laboratorio Analisi, l'allegato 5.4.3 per gli obiettivi specifici di prevenzione e controllo delle infezioni e i seguenti allegati relativi alla valutazione della clinical competence dei Medici e il raggiungimento dei crediti ECM*

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| 5.4.4 | OBIETTIVI DELLA QUALITA'<br>GINECOLOGIA             |
| 5.4.5 | OBIETTIVI DELLA QUALITA'<br>ECOGRAFIA               |
| 5.4.7 | OBIETTIVI DELLA QUALITA'<br>RADIOLOGIA TRADIZIONALE |
| 5.4.8 | OBIETTIVI DELLA QUALITA'<br>CARDIOLOGIA             |

*Tali allegati sono disponibili informaticamente e nel fascicolo cartaceo degli allegati al sistema.*

*È stato inoltre aggiunto il seguente nuovo allegato a seguito dei suggerimenti intercorsi nel precedente audit:*

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| 5.4.9 | OBIETTIVI DELLA QUALITA' CHIRURGIA<br>AMBULATORIALE |
|-------|-----------------------------------------------------|

##### 4.2.2. budget ed indicatori

La regione prevede piani di produzione per attività in convenzione, per le branche di Diabetologia, Oculistica, Cardiologia, Angiologia, Radiologia ed Ecografia, O.R.L, Ortopedia, Pneumologia, Endocrinologia. La direzione controlla con frequenza mensile l'andamento del fatturato attraverso la predisposizione di apposite schede.

Per l'attività privata vengono effettuati valutazioni periodiche di stima relative agli andamenti futuri, per valutare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, sulla base di raffronti mensili con i fatturati degli anni precedenti.

Gli indicatori delle performances aziendali utilizzati sono quelli presenti fra gli obiettivi a breve (All.5.4.1) relativi a: customer satisfaction, mantenimento

dell'accreditamento, interessi aziendali, qualità dell'attività diagnostica, miglioramento del sistema di qualità, politica ed obiettivi della qualità.

Tra gli indicatori è stato aggiunto nel 2014 quello relativo ai miglioramenti strutturali, poiché tale parametro viene più volte evidenziato dai questionari di gradimento, così da tenerne monitorato l'andamento nel tempo ed apportare eventuali azioni migliorative.

Nel corso dell'anno 2019 ed in previsione del rinnovo dell'accreditamento, sono stati inseriti dei nuovi indicatori relativi al Laboratorio analisi, seguendo la Delibera regionale sui requisiti specifici dell'area e nel 2021 della branca di ginecologia, ecografia, radiologia e cardiologia. Tali indicatori sono stati implementati e misurati nel periodo di riferimento.

Il budget annuale per la formazione viene preventivamente determinato sulla base delle scadenze di corsi obbligatori per il personale, mentre valutato a posteriori nello specifico sulle necessità intercorse durante l'anno per i corsi non obbligatori. Il budget complessivo non deve superare del 10% di quello dell'anno precedente.

#### 4.2.3. Piano di Comunicazione (PdC)

Il Piano di comunicazione del Centro Hercolani è fondato sulle seguenti azioni:

##### 4.2.3.1. PdC Interno

Tutto il personale ha avuto modo di conoscere l'andamento aziendale attraverso il riesame della direzione.

Dal confronto tra le opinioni emerse negli incontri ufficiali o informali si può concludere che la comunicazione interna, tesa a rendere note e trattare per quanto possibile le problematiche dell'azienda e del mercato, si può considerare soddisfacente.

Si è inoltre introdotta l'emissione di circolari da parte della Direzione Sanitaria, distribuite a dipendenti, collaboratori medici e delle professioni sanitarie, utili per segnalare tutte le variazioni relative al Sistema Di Qualità. Tali circolari e tutte le comunicazioni rilevanti vengono inviate tramite mailing list a tutti i medici e collaboratori, nonché stampati ed inseriti in cartellina personalizzata, a disposizione di tutti i medici.

Dal 2014 è attiva sui principali pc di ogni reparto una cartella dedicata al sistema di gestione qualità visualizzabile da tutti gli utenti, per garantire una maggiore informazione ed aggiornamento costante dell'organizzazione della struttura e dei risultati. La cartella contiene tutta la documentazione del Sistema qualità.

Dal 2019 è stata introdotta una modalità di comunicazione col personale tramite gruppo di whatsapp per comunicazioni ed aggiornamenti relativa all'organizzazione.

#### 4.2.3.2. PdC esterno

Il Piano di Comunicazione esterno è basato sui seguenti elementi:

1. *predisposizione ed aggiornamento continuo della Carta dei Servizi e sua distribuzione all'utenza e ai referenti istituzionali; attualmente in rev. 27 Del 31/12/2025 ed inserita tra gli allegati (7.7.2.)*
2. *predisposizione del catalogo delle prestazioni (standard di servizio) e messa a disposizione del documento integrale presso l'accettazione. Attualmente in rev. 22 Del 31/10/2025*
3. Predisposizione di sito internet ufficiale del Centro, nel quale si dà evidenza delle varie attività svolte e dei medici referenti le stesse.

#### 4.2.4. Valutazione del clima aziendale e della customer satisfaction (clienti interni ed esterni)

##### 4.2.4.1. Clima aziendale

Il rilevamento del clima aziendale interno anche per l'anno 2024 non è stato attuato con l'uso del questionario ma attraverso una continua e costante verifica "face to face" tra direzione e collaboratori aziendali che, date le ridotte dimensioni aziendali, garantisce una valutazione sufficientemente oggettiva dello stato di tali relazioni. Tali valutazioni risultano essere positive e soddisfacenti. Viene inoltre utilizzato il canale whatsapp per segnalazioni e proposte del personale.

##### 4.2.4.2. Customer satisfaction

*La rilevazione della soddisfazione del cliente avviene attraverso la predisposizione, la distribuzione e la valutazione di un apposito questionario, reso disponibile online durante tutto l'anno.*

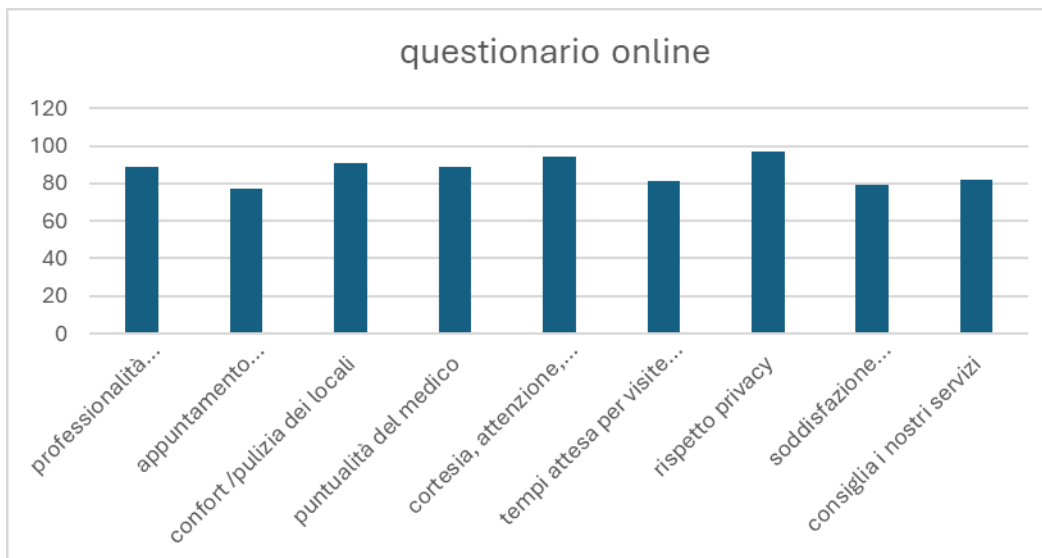
*I questionari compilati online sono stati 683. I pazienti si sono dichiarati soddisfatti del servizio pur evidenziando in particolare alcune criticità :*

*- tempi di attesa per visite ed esami (81% dei pazienti soddisfatti-obiettivo soddisfatto)*

*Appuntamento telefonico/sportello (77 % dei pazienti soddisfatti-obiettivo non soddisfatto)*

*La struttura pone sempre la massima attenzione sullo strumento dei questionari di gradimento, come spunto di miglioramento .*

*I report del questionario online riporta i seguenti dati:*



*A tal fine la Direzione si impegna a sensibilizzare il personale ad invitare i pazienti alla compilazione degli stessi, per valutarne il reale andamento, essendovi comunque la sensazione che tale strumento molto spesso venga utilizzato solo per i reclami. Si sottolinea che, in merito alla % dei tempi di attesa per la prenotazione di visite ed esami, la stessa riguarda quasi esclusivamente prestazione in convenzione con il Servizio Sanitario, di cui vengono costantemente monitorati i tempi di attesa tramite reports che la stessa Az. Usl ci inoltra periodicamente, ma gli stessi dipendono da variabili a noi non imputabili e non sempre modificabili direttamente. Tali parametri risultano comunque migliorati rispetto all'anno precedente, anche a seguito di azioni correttive, ma ancora da tenere ben monitorati.*

*In merito alla prenotazione telefonica/sportello la stessa evidenzia criticità principalmente di tipo telefonico, opportunamente trattate negli scorsi anni, che permangono per improvvise assenze di personale legate a malattie non prevedibili. A tal fine si è provveduto ad un incremento temporaneo di personale in orario pomeridiano al fine di cercare di ridurre il più possibile tale segnalazione.*

L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente:

Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti con i succitati questionari ed analisi degli stessi in merito alla soddisfazione del paziente in termini relazionali con il personale amministrativo e con i medici (vedi feedback al punto 4.2.4.2 customer satisfaction) e sono definite modalità organizzative orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità come indicato nella carta dei servizi al punto 2 PRINCIPI FONDAMENTALI e durante gli incontri con il personale dipendente, calendarizzati nel piano di formazione e utili ad un aggiornamento e formazione in merito a tale aspetto e con i liberi professionisti medici, negli incontri periodici;

Inoltre vengono attivati da tempo i seguenti accorgimenti:

- cartelli di precedenza per donne in gravidanza
- carrozzina di misure idonee all'accesso nel vano ascensore
- consenso informato gravidanza per la radiologia in più lingue
- possibilità di scelta di genere, laddove possibile, per trattamenti manuali o visite

#### 4.2.5.Tempi di attesa

Per quanto riguarda i tempi di attesa, il Centro Hercolani ha diverse realtà specifiche:

- 1 per gli accessi al laboratorio di analisi, non esistono tempi di attesa in quanto il paziente che si presenta, in condizioni idonee al prelievo, accede al servizio tramite prenotazione, in tempi non superiori alle 24/48 h.
- 2 per quanto riguarda gli accessi ai servizi di diagnostica per immagini, il centro redige un documento che indica il tempo di attesa per gruppi di esami radiologici.
- 3 per il poliambulatorio e la fisioterapia i tempi di attesa sono indicati di seguito
- 4 per le prenotazioni CUP i tempi di attesa sono gestiti direttamente dal CUP medesimo

Mediamente nel corso del periodo considerato, i tempi di attesa sono i seguenti:

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 1 Esami radiologici : | 1 ÷ 7 gg  |
| 2 Ecografie :         | 1 ÷ 10 gg |
| 3 Poliambulatorio:    | 1 ÷ 10 gg |
| 4 Fisioterapia:       | 1 ÷ 10 gg |

I dati, aggiornati annualmente, sono disponibili presso l'Amministrazione.

#### 4.2.6.Carichi di lavoro

Per il periodo considerato è stato elaborato il report dei carichi di lavoro sia per l'attività accreditata che per l'attività in regime privatistico. I report vengono stampati in base a necessità, in quanto consultabili in ogni momento in formato elettronico.

#### 4.2.7.Censimento apparecchiature

L'elenco delle apparecchiature con i piani di manutenzione, diviso per aree e servizi, è aggiornato ed è disponibile in azienda.

Nel corso della prima parte dell'anno 2022 si è provveduto ad accorpare per branca specialistica le varie schede di manutenzione in un unico documento, riportante tutte le informazioni precedenti che sono: tipo e frequenza

manutenzione, nome dell'apparecchio, numero seriale, fornitore che esegue la manutenzione.

Per il reparto laboratorio, le schede vengono invece mantenute separate, come in passato, per singola apparecchiatura.

#### 4.2.8. Controlli Qualità

##### 4.2.8.1. Valutazione Esterna della Qualità (VEQ)

I Controlli Qualità esterni di chimica clinica, tiroide, marcatori tumorali, coagulazione ed ematologia si confermano assegnati alla ditta Randox e risultano soddisfacenti. I dati sono consultabili in laboratorio.

##### 4.2.8.2. CQ interno

In generale il CQI è stato gestito con i programmi software disponibili sulle apparecchiature più recenti mentre per altre metodiche la gestione è ancora manuale.

I risultati, relativi a SD e al CV dei vari analiti rientrano nei limiti accettabili e sono disponibili in laboratorio

#### 5. ALTRI ELEMENTI AZIENDALI

##### 5.1. Adeguamento Legislativo

Nel corso del periodo l'azienda si è adeguata costantemente a quanto previsto dalla legge sulla privacy ( Regolamento UE 679/2016) e sulla sicurezza (Testo Unico DL 81/2008).

##### 5.2. Varie

Non vi è nulla di particolarmente significativo da segnalare ulteriormente.

## 6. VALUTAZIONE DI EFFICACIA DELLE AZIONI MESSE IN ATTO PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ

Rispetto all'analisi dei pericoli determinati sulla base della frequenza e del danno e dell'indice di rischio, l'organizzazione in relazione ai risultati di questa analisi, ha determinato le azioni per il contenimento. Le azioni fanno riferimento all'applicazione di procedure già esistenti, allo sviluppo di nuova documentazione e all'attività di formazione. Sulla base dei pericoli identificati per ciascuna delle fasi, l'Azienda verifica che alla data del Riesame, gli indici evidenziati, con le opportune azioni di mitigazione, abbiano raggiunto l'obiettivo di riduzione del rischio.

Per "Risorse umane", permane la Difficoltà di reperimento dei medici dopo il periodo Covid. Per tali nuovi rischi attualmente si ritiene che le azioni di mitigazione non riescano a far diventare il rischio da medio/basso a trascurabile, in quanto tutt'ora è ancora molto presente.

Una ulteriore criticità rilevata è relativa alla possibilità che i pazienti rimangano chiusi nel poliambulatorio oltre l'orario di chiusura. Per tale problematica abbiamo interpellato e discusso con il Rspp il 9 gennaio 2025 e redatto specifica procedura.

|                                                                    |   |   |   |             |              |                                                                        |                  |            |     |   |              |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------|--------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|-----|---|--------------|
| <i>Difficoltà di<br/>reperimento<br/>dei medici</i>                | 3 | 2 | 6 | medio/basso | monitoraggio | <i>Contatti con i<br/>Direttori delle<br/>scuole di<br/>Specialità</i> | <i>direzione</i> | 31/12/2025 | 50% | 3 | trascurabile |
| <i>Presenza<br/>pazienti dopo<br/>chiusura<br/>poliambulatorio</i> | 2 | 4 | 8 | medio/basso | mitigazione  | <i>Procedura all<br/>DVR+<br/>fonia+formazione<br/>dipendenti</i>      | <i>direzione</i> | 31/12/2025 | 50% | 4 | trascurabile |

Nell'area Privacy- sistemi informatici è stata inserito il monitoraggio relativo a

|                               |   |   |   |             |              |                                                                 |                  |            |     |   |              |
|-------------------------------|---|---|---|-------------|--------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|------------|-----|---|--------------|
|                               |   |   | 8 | medio/basso | monitoraggio | Parere<br>consulente<br>esterno+<br>formazione del<br>personale | <i>direzione</i> | 31/12/2025 | 50% | 4 | trascurabile |
| Adempimenti<br>cyber security | 4 | 2 |   |             |              |                                                                 |                  |            |     |   |              |

Si prevede un'ulteriore valutazione a metà anno 2026. Rispetto ai rischi di tipo strategico, l'organizzazione ha aggiornato la swot analysis secondo quanto specificato nel documento di riferimento. Per ciascuno dei parametri analizzati relativi al contesto interno ed esterno e più specificatamente per esempio:

**punti di forza:** mantenimento degli stessi con verifica costante della qualità del servizio erogato, investimenti, formazione del personale, attenzione nel reclutamento dei collaboratori ed del punto "soddisfazione dell'utente" .

**punti di debolezza:** Lentezza delle pratiche amministrative di accettazione viene mitigato cercando di semplificarle laddove possibile e di fornire una adeguata formazione del personale, nonché investimenti informatici per la velocizzazione delle stesse; stress da lavoro correlato al rischio Covid 19 rimane

e chiamate telefoniche in evase viene mitigato con la formazione continua del personale e con incontri periodici per segnalarne le criticità ed ottenere suggerimenti.

**Opportunità:** Ulteriore sviluppo rete territoriale e attività extra regionale e Accordi o alleanze con altre strutture del territorio è uno degli obiettivi principali che viene periodicamente valutato ai fini dell'implementazione di tali accordi e con Fondi di Assistenza Sanitaria Privata (esempio accordo check up); Trasferimento avvenuto v/nuova struttura; ampliamento delle attività di chirurgia ambulatoriale e palestra in fisioterapia. È stato aggiunto l'utilizzo dei monitor per messaggi informativi ai pazienti in attesa.

**Rischi (Minacce):** Perdita di competenze (Medici/Altri laureati/personale tecnico e infermieristico) viene mitigato con la predisposizione di incentivi personalizzati e la ricerca di personale di "copertura"; Insolvenza clienti viene mitigato da un monitoraggio regolare e sistematico dei pagamenti; Concorrenza si può mitigare con un ammodernamento globale previsto nella nuova struttura e con la previsione di incontri dedicati alla cittadinanza e comunità scientifica; Risarcimenti danni per infortuni e responsabilità professionali dei medici che viene mitigata con idonea polizza assicurativa e verifica delle coperture del singolo professionista e con polizza propria. E' stato inoltre aggiunto il Rischio catastrofi naturali (siccità, alluvioni, ondate di calore) in buona parte mitigato da idonea copertura assicurativa per eventi catastrofici da 01/01/2026 .

Sulla base di quanto suindicato, L'Azienda provvederà nel prossimo Riesame a verificare l'efficacia di quanto attuato.

## 7 . PIANO DI MIGLIORAMENTO

Vedere obiettivi 2025/2026.

Nostra esigenza, ai fini del miglioramento, è il costante aggiornamento dell'analisi del contesto interno ed esterno aziendale e una attenta riflessione sull'analisi dei rischi effettuata.

In allegato:

- ANALISI DEI RISCHI (rischi operativi)
- ANALISI DEL CONTESTO e SWOT ANALYSIS (rischi strategici)
- PIANO DI FORMAZIONE
- PIANO DI AUDIT INTERNO 2024

Data 22/01/2026

Firma DS *Carlo Alberto Roversi*

Firma RGQ *Simona Venturi*