

<b>Clinica Latina Spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 1 a 13

**OGGETTO: RELAZIONE DEL RSQ DEL 14 03 2019**

**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 . Adeguamento della documentazione ai nuovi requisiti di accreditamento previsti dal DCA U00469/2017 e verifiche.

Per l'anno 2018 la Direzione ha stabilito di rivalutare la Politica della Qualità della Casa di Cura provvedendo a delineare e formalizzare i piani di miglioramento e gli obiettivi :

- 1) Miglioramento degli indici di customer
- 2) Miglioramento del controllo fornitori
- 3) Miglioramento del processo dell'assistenza : Scale di valutazione del PRI
- 4) Miglioramento del processo di inserimento del paziente nelle reti di continuità assistenziale
- 5) Miglioramento nella definizione dei protocolli interni e della loro applicazione
- 6) Mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale

La Direzione Sanitaria ha individuato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinica :

a) Efficacia: capacità di un intervento sanitario di ottenere i risultati clinici desiderati.

La D.S. attraverso il monitoraggio delle cartelle cliniche e dei risultati ottenuti con la disamina del PRI (Scale di Braden – Barthel – Conley – MMSE – Dolore - Brass ) esprime la valutazione sul risultato ottenuto.

b) Efficienza : capacità di ottenere i risultati clinici desiderati attraverso la valutazione clinica del paziente dal quale dipenderà il suo rientro a domicilio, il suo inserimento nei setting territoriali.

Provvedendo alla disamina l'alta Direzione di seguito riporta gli esiti e le valutazioni per ogni piano di miglioramento e per ogni singolo obiettivo :

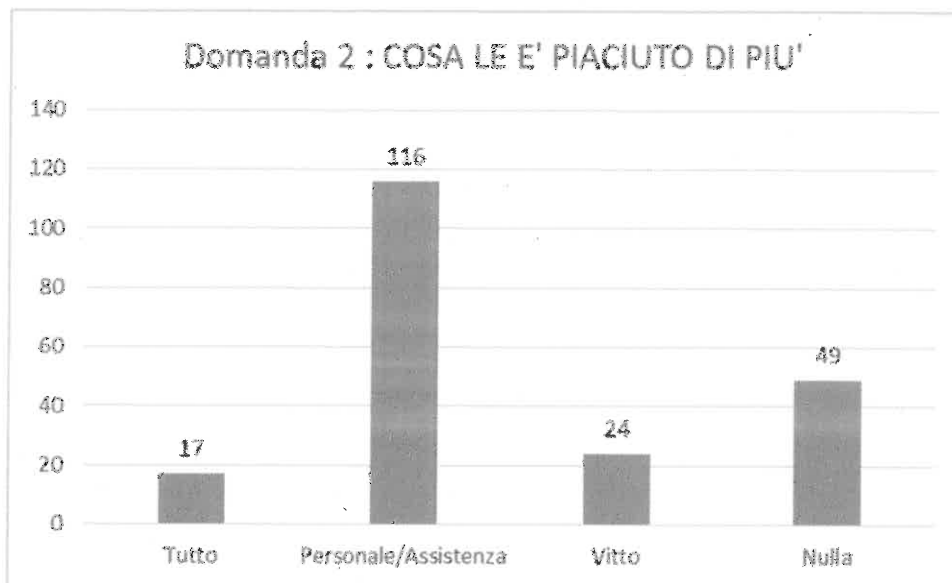
**Obiettivo n. 1 – Miglioramento degli indici di customer .**

Dalla disamine dei n. 186 (centoottantasei) questionari di gradimento somministrati alla dimissione al paziente e/o care giver , è emerso , nello specifico, quanto segue :

Domanda 1) Impressione generale sul servizio: Valore medio 9,28 su un punteggio che va da 1 a 10 .

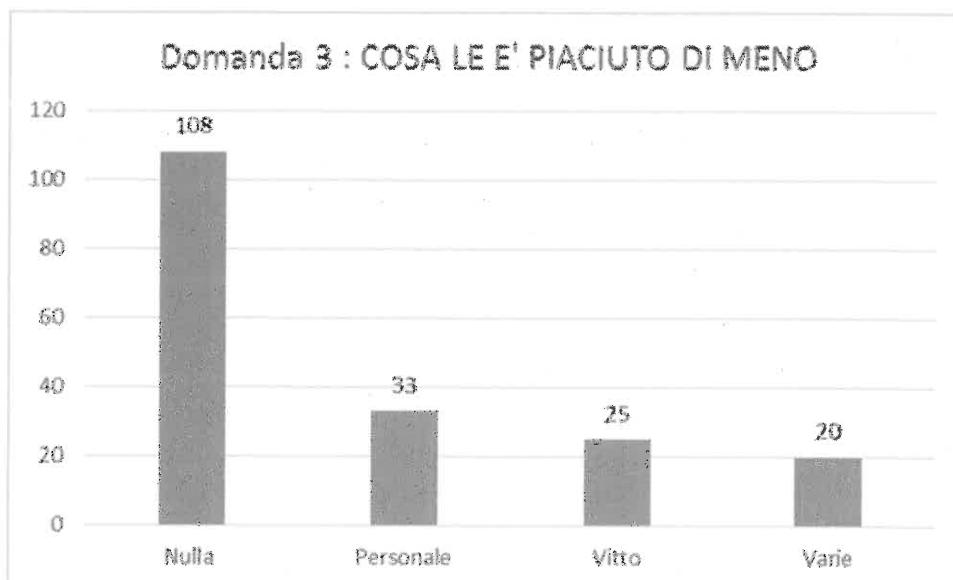
Domanda 2) Che cosa le è piaciuto di più :

Clinica Latina Spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 2 a 13



Dalla disamina è emerso che per n. 116 questionari la risposta è “ Personale / Assistenza “ , n. 17 “ Tutto “ , n. 24 “ Vitto “ e per n. 49 “ Nulla “.

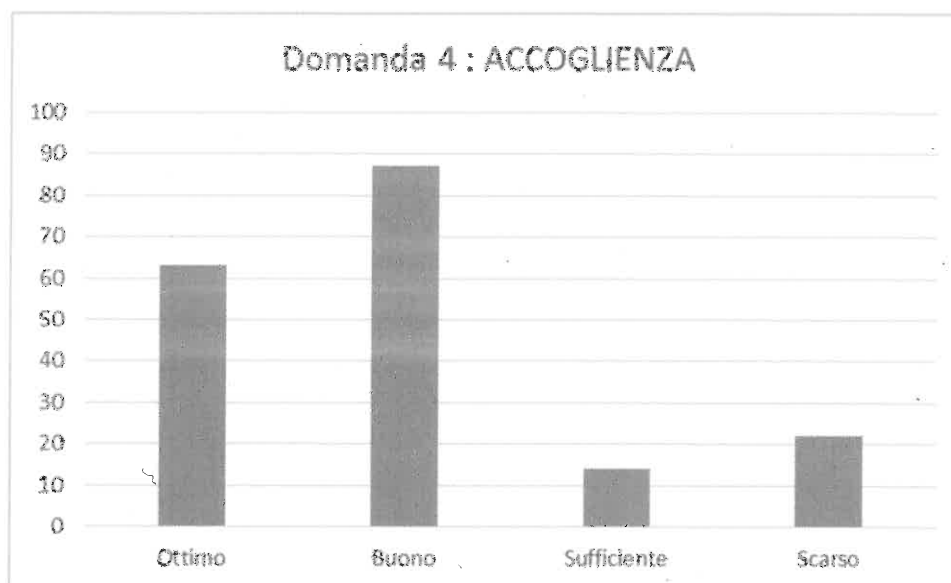
Domanda 3) Che cosa le è piaciuto di meno :



Dalla disamina è emerso che per n. 108 questionari la risposta è “Nulla “ , n. 33 “ Personale “ , n. 25 “ Vitto “ , n. 20 “ Varie (Pulizia/Arredi/Orari di visita/Spazi) “.

<b>Clinica Latina Spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	<b>File : M 5.1.3</b>
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 3 a 13

**Domanda 4) Come valuta la qualità dell'accoglienza :**



Dalla disamina è emerso che per n. 150 questionari l'accoglienza è stata valutata buona/ottima .

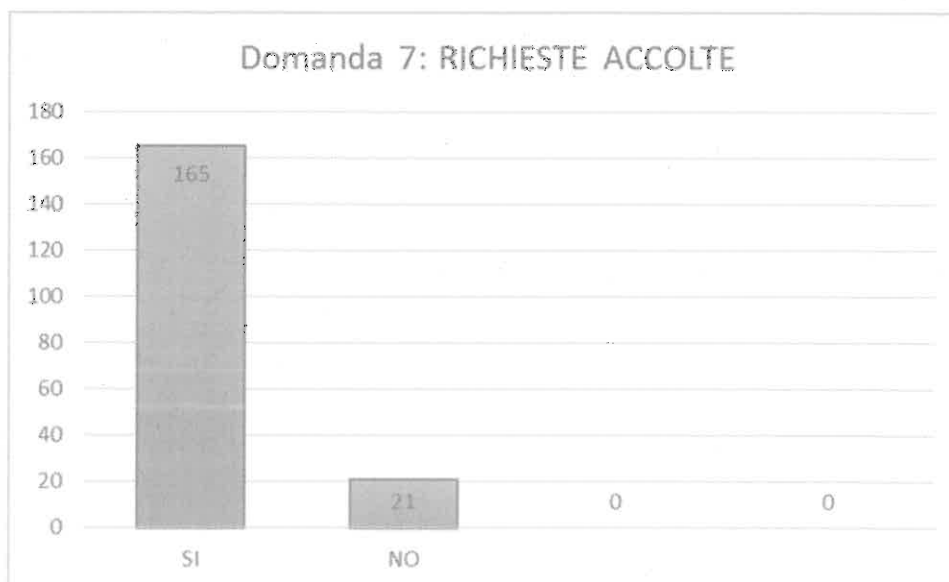
**Domanda 5) Le informazioni al momento dell'accoglienza e durante il ricovero sono state comprese in modo chiaro :**

Su tutti i questionari la risposta è stata "SI".

**Domanda 6) Il personale presente al momento del suo ricovero è stato disponibile :**

Su tutti i questionari la risposta è stata "SI".

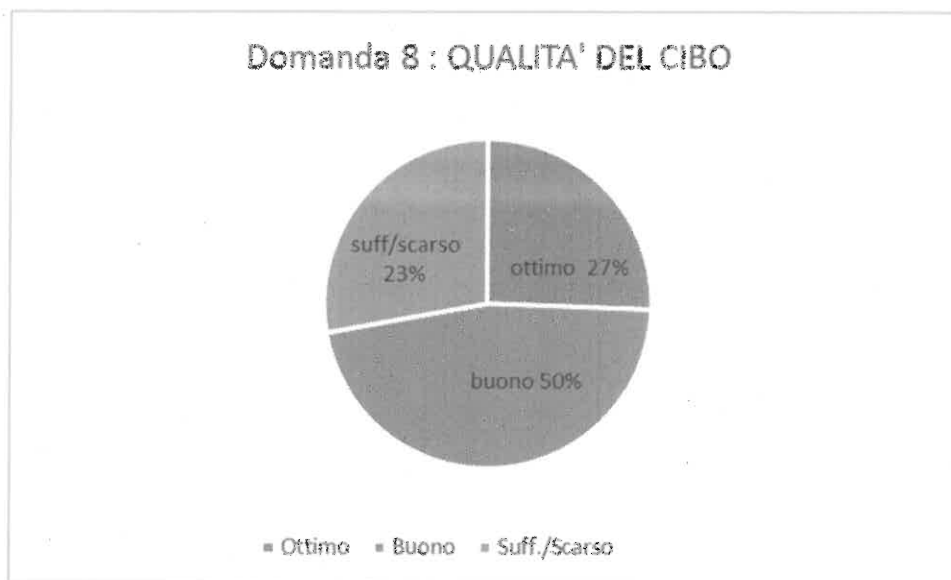
**Domanda 7) Le sue richieste sono state accolte ?**



<b>Clinica Latina Spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 4 a 13

Su 186 questionari esaminati n. 165 pazienti e/o care giver hanno risposto “ si “ e n. 21 “ no “. Dal risultato ottenuto la Direzione conclude che le modalità di ascolto e la soddisfazione delle richieste dell’ utente sono positive. Il monitoraggio proseguirà nel 2019.

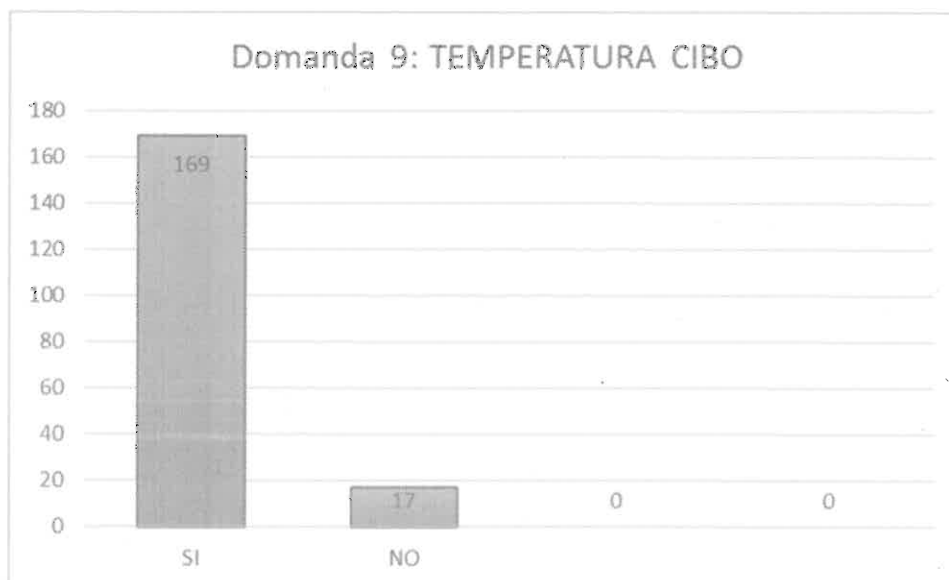
Domanda 8) Come valuta la qualità del cibo somministrato :



Dalla disamina dei questionari è stato rilevato :

- a) Il 50% buono
- b) Il 27% ottimo
- c) Il 23% sufficiente/scarso

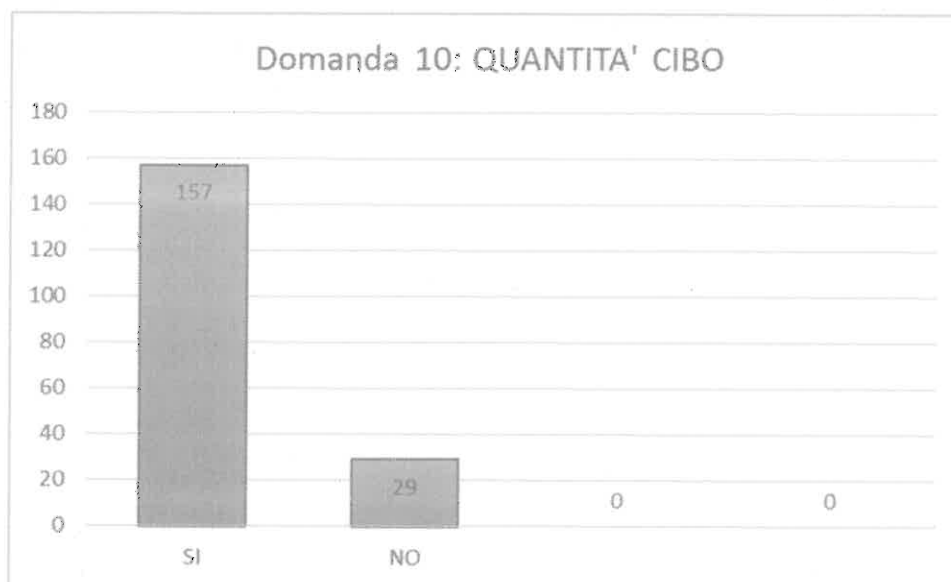
Domanda 9) Il cibo le viene somministrato alla temperatura ideale ?



<b>Clinica Latina Spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	<b>File : M 5.1.3</b>
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 5 a 13

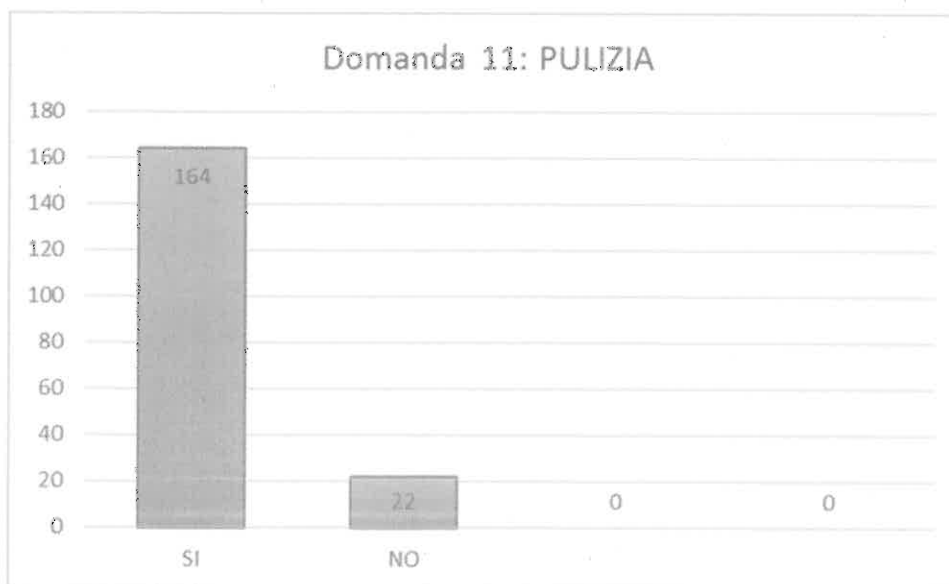
Dalla disamina dei questionari è emerso che : per n. 169 pazienti e/o care giver la risposta è “SI” e per n. 17 è “NO”.

Domanda n.10) Ritiene la quantità del cibo somministrato sufficiente ?



Dalla disamina dei questionari è emerso che : per n. 157 pazienti e/o care giver la risposta è “SI” e per n. 29 è “NO”.

Domanda n.11) La Clinica le sembra sufficientemente pulita ?



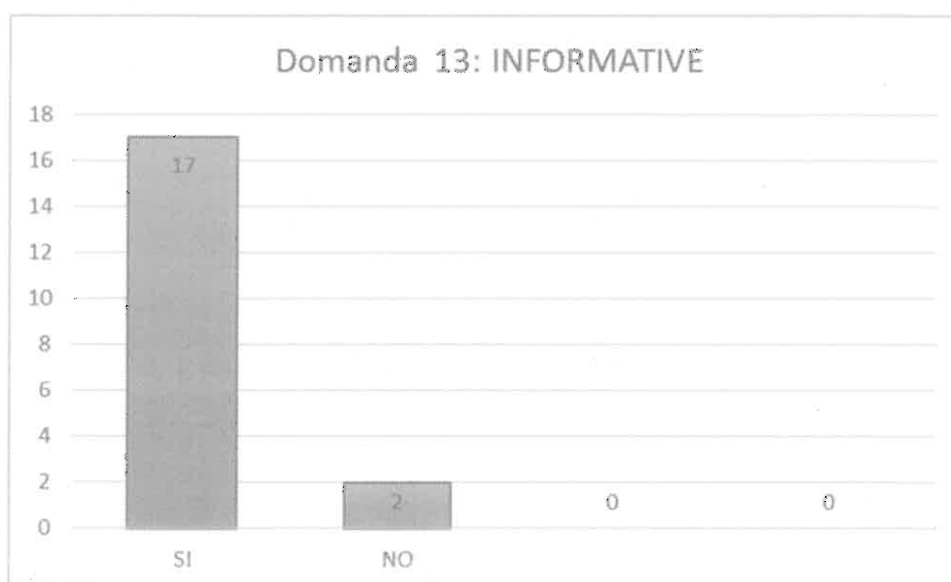
Dalla disamina dei questionari è emerso che : per n. 164 pazienti e/o care giver la risposta è “SI” e per n. 22 è “NO”.

<b>Clinica Latina Spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	File : <b>M 5.1.3</b>
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. <b>6 a 13</b>

Domanda n.12) Le spese accessorie (se ne ha usufruito) hanno soddisfatto le sue aspettative ?

Nel globale , non tutti i pazienti hanno usufruito di spese accessorie ma , dalla disamina emerge che il 90% di coloro che ne hanno usufruito sono stati soddisfatti.

Domanda n. 13) Le informazioni ricevute sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni, spiegate al momento del ricovero e consegnate nel nostro “ Vademecum per Pazienti e Familiari “ , sono state recepite in modo chiaro ?



La domanda 13) è stata inserita nel questionario nel mese di dicembre 2018 e, su n. 19 dimessi nel mese di dicembre 2018, n. 17 pazienti e/o care giver hanno risposto “SI” e n. 2 “NO”.

Nemmeno nell’anno oggetto del presente riesame sono pervenuti reclami o segnalazioni di disservizi . Pertanto la Direzione ritiene efficace tutte le modalità operative attuate a partire dall’accoglienza fino all’atto della dimissione. Si ritiene efficace, altresì, la modalità di ascolto del paziente / caregiver ed è stato ampliato il customer con l’inserimento di due domande relative alla comunicazione con l’utente.

### **Obiettivo n. 2 – Controllo fornitori**

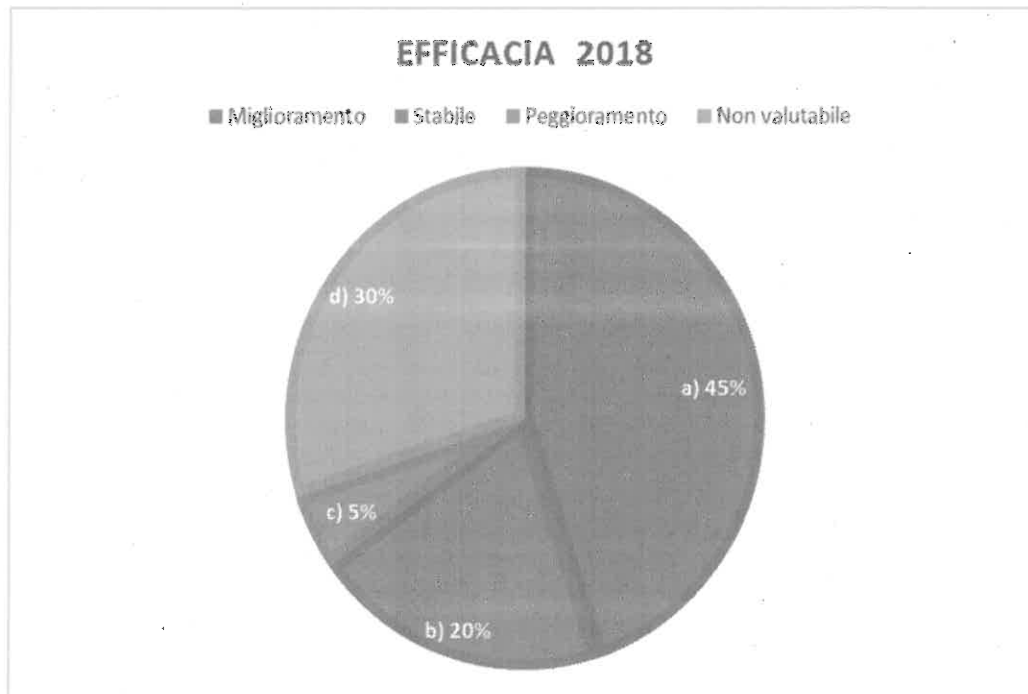
Tutti i fornitori sono stati oggetto delle verifiche previste nell’attività di monitoraggio. Non sono state rilevate non conformità e/o azioni correttive. Il piano di miglioramento e l’obiettivo risulta positivo.

### **Obiettivo n. 3 – Miglioramento del processo dell’ assistenza ( EFFICACIA ) : Scale di valutazione del PRI**

Attraverso l’utilizzo della check “ griglia di valutazione della cartella clinica “ abbiamo esaminato all’interno della Cartella Clinica l’ andamento in due step della scale di valutazione adottate (Confronto fra i valori numerici delle scale in accettazione ed in dimissione) . Nello specifico abbiamo esaminato : a) MMSE , b) Braden , c) Barthel, d) Conley, e) Pain Assessment

<b>Clinica Latina Spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 7 a 13

Tool e f) Brass , che sono riassunte nella pagina iniziale del Progetto Riabilitativo Individuale e garantiscono la condivisione delle informazioni del processo di cura fra tutti gli operatori.



**Efficacia** : Capacità di un intervento sanitario al fine di ottenere i risultati clinici desiderati .

Nell'anno 2018 sul totale delle cartelle cliniche esaminate a campione è emerso che :

- a) Il 45% dei pazienti ha riportato un miglioramento clinico evidente
- b) Il 20% dei pazienti è rimasto con un quadro clinico stabile
- c) Il 5% dei pazienti ha riportato un peggioramento
- d) Per il 30% dei pazienti non è stato possibile effettuare alcuna valutazione (trasferimento in urgenza, ricovero breve ecc. ecc. )

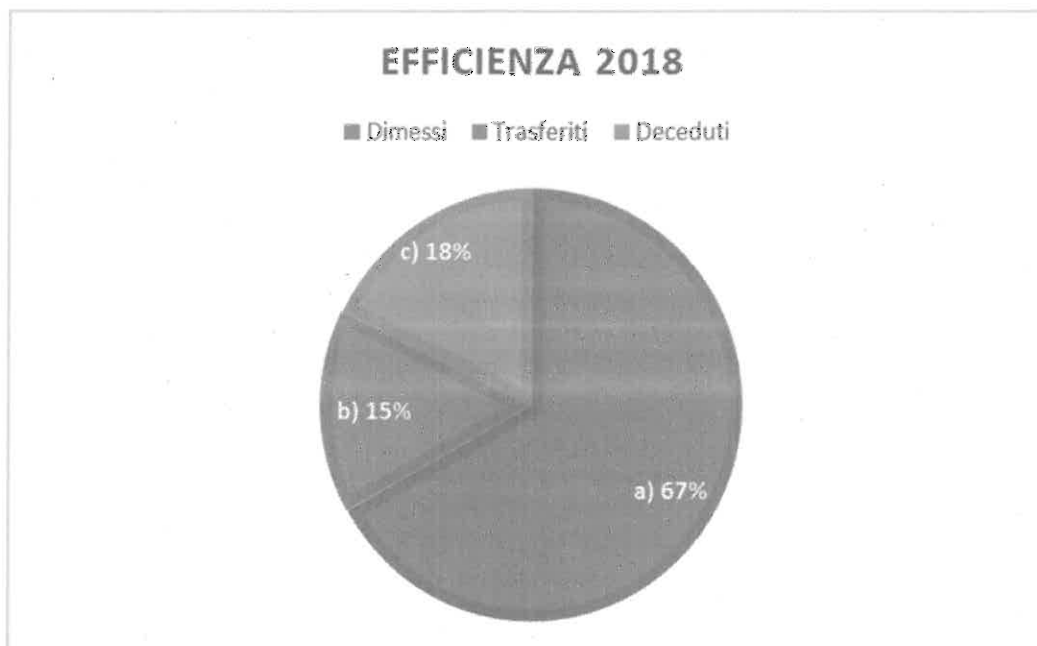
Pertanto, alla luce degli audit , il piano di miglioramento e l' obiettivo è stato raggiunto ( il 65% dei pazienti è migliorato e/o rimasto stabile)

Inoltre, attraverso l'utilizzo della check " griglia di valutazione della cartella clinica " e la corretta sottoscrizione della singola valutazione dello specifico operatore ( Braden/Barthel : Infermieri , MMSE : Psicologa , Dolore : Medico , Conley : Fisioterapista, Brass : Assistente Sociale) la Direzione ha verificato il corretto trasferimento delle informazioni all' interno del processo di cura.

**Obiettivo n. 4 – Miglioramento del processo di inserimento del paziente delle reti di continuità assistenziale (EFFICIENZA) .**

Attraverso l' utilizzo della codifica dei dimessi nel SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) , l' alta Direzione ha provveduto a valutare la tipologia della dimissione dei pazienti : Dimessi (Ritornati a domicilio o ricollocati nella rete assistenziale territoriale) – Trasferiti ( In ambiente ospedaliero ) – Deceduti

<b>Clinica Latina Spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 8 a 13



Efficienza : Capacità di ottenere i risultati clinici desiderati attraverso la valutazione clinica del paziente dal quale dipenderà il suo rientro a domicilio, il suo inserimento nelle reti assistenziali territoriali.

Nell'anno 2018 , sul totale delle dimissioni codificate, è emerso che :

- a) Il 67% dei pazienti è tornato a domicilio o inserito nella rete territoriale assistenziale ( Piano di miglioramento ed Obiettivo raggiunto)
- b) Il 15% dei pazienti è stato trasferito in ambiente ospedaliero
- c) Il 18% dei pazienti è deceduto

Le azioni implementate per l'anno 2018 :

- Il servizio di pronta accoglienza che descrive i diversi percorsi assistenziali al paziente e/o care giver
- Il buon esito della comunicazione tra paziente e/o care giver – equipe multidisciplinare / Direzione Sanitaria – Servizi territoriali ASL Roma 2
- La corretta valutazione del PRI del paziente e della scale adottate
- La corretta valutazione “ Scala di Brass “ ( rilevazione del rischio di dimissione )

hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi “ Efficienza “ ed “ Efficacia “ anno 2018 . Pertanto, per l'anno 2019 si mantengono le azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2018 ( Obiettivo n. 4 del 14 03 2019 )

**Obiettivo n. 5 – Miglioramento nella definizione dei protocolli interni e della loro applicazione**

L' alta Direzione ha redatto e modificato tutti i protocolli interni ed i loro applicativi nell'osservanza delle raccomandazioni del Ministero della Salute e della Determina Regione Lazio n. G005584 del 27 04 2018. Nel corso nell'anno 2018 sono stati tenuti n. 2 Audit ( 15 03 2018 e 26 04 2018 ) e nel 2019 ulteriori 2 Audit ( 14 01 2019 e 16 01 2019 ) utili ai fini dell'addestramento del personale addetto all'assistenza . L' evidenza del raggiungimento del



<b>Clinica Latina Spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 9 a 13

piano di miglioramento è il risultato ottenuto con l'obiettivo n. 3.

**Obiettivo n. 6 – Mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale .**

Nell'anno 2018 l'alta Direzione ha redatto e/o modificato tutti i documenti , protocolli ecc. adeguando il proprio sistema a quanto richiesto dal DCA 469/17 entro la data prevista raggiungendo l'obiettivo. La ASL Roma 2 dal 18 02 2019 ha proceduto al controllo ed alla verifica di tutto il processo e siamo in attesa di ricevere il verbale con il report definitivo.

L'alta Direzione , sulla base delle evidenze dei piani di miglioramento : n. 1 – Indici di Customer ; n. 2 – Controllo fornitori e l'assenza di reclami pervenuti, conclude l'anno 2018 con l'assenza di disservizi , non conformità e, di conseguenza, di azioni correttive. Non sono pervenuti reclami e/o altre formalità relativi al mancato rispetto dei tempi di consegna della copia della documentazione sanitaria.

L'alta Direzione ha modificato , nell'anno 2018 e 2019 , il questionario di gradimento inserendo tre nuovi campi relativi alle informazioni contenute nel nostro " Vademecum per pazienti e familiari " , " Comunicazione di un eventuale evento avverso " e la " Efficacia della comunicazione durante il periodo di ricovero " .

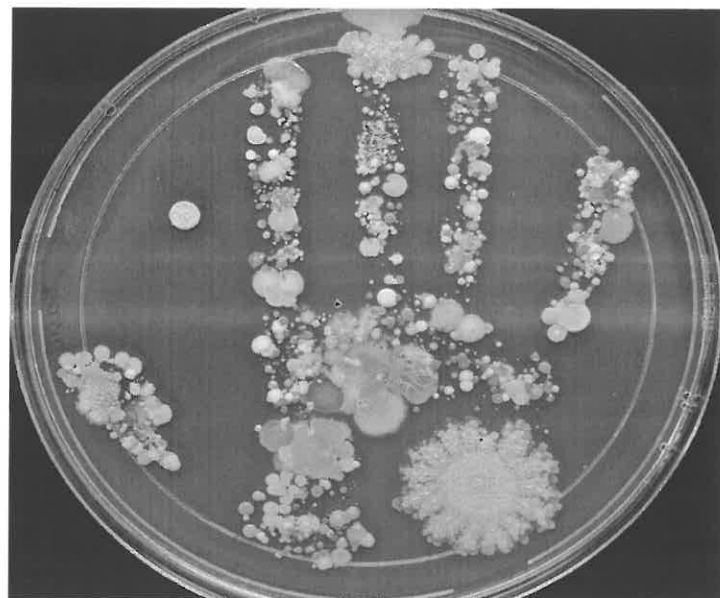
Abbiamo, così, provveduto ad individuare le aree di rischio da monitorare nel corso dell'anno 2019 :

- Comunicazione e promozione della salute Casa di Cura / Utente
  - Comunicazione eventi avversi
- Efficacia della comunicazione durante il periodo di ricovero

Per la comunicazione all'interno della Casa di Cura, la Direzione ha redatto e modificato alcuni protocolli specifici e nell'anno 2019 è previsto il monitoraggio delle attività di trasferimento delle informazioni nel processo di cura. Per agevolare la comunicazione dell'equipe multidisciplinare e per rispondere alle norme vigenti , la Cartella Clinica utilizzata prevede la compilazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) da tutti i componenti e la condivisione tra gli operatori ed il paziente/care giver , degli obiettivi. Nell'anno 2018 la Direzione ha monitorato l'attuazione del PRI e gli esiti sono descritti nel grafico " EFFICACIA 2018 " .

La promozione della salute e la prevenzione delle infezioni hanno portato la Direzione a fornire tutti gli ingressi alle degenze di dispenser contenenti disinfettante per le mani ed ad apporre la foto " ti sei lavato le mani? "

<b>Clinica Latina Spa</b>	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 10 a 13



## TI SEI LAVATO LE MANI???

Questo è quello che normalmente cresce sulle tue mani quando non te le sei lavate...  
La direzione sanitaria ti mette a disposizione questi dispenser, per favore usali!!!

Nell'anno 2018 la Casa di Cura ha proseguito la sua attività di ricovero accettando pazienti dagli ospedali della Capitale privilegiando il territorio di nostra competenza (ASL Roma 2) verificando, quotidianamente, il rispetto della lista d'attesa , il suo corretto aggiornamento e tenuta dati.

La Direzione nell'anno 2018 ha redatto , con revisione triennale, il proprio " Piano Strategico " ed, in sede di controllo dei dati di bilancio , ha verificato che le percentuali delle risorse economiche destinate alle 4 macroaree :

- Risorse umane
- Costi per materie prime e sussidiarie
- Manutenzioni obbligatorie
- Costi per mantenimento requisiti normativi.

In data 13 03 2019 si sono riunite: l' alta Direzione, il Coordinatore Infermieristico, un Medico, un Fisioterapista ed un OSS . Si è proceduto alla disamina del " Prot. 48 Piano Strategico " , sono state ascoltate le rappresentanze e si è convenuto di fissare per il 2019 :

Mantenimento degli investimenti economici costanti per :risorse umane, materie prime e sussidiarie, manutenzione obbligatorie. Si è invece provveduto ad approvare l'aumento per gli investimenti per le manutenzioni dello stabile e per la promozione della salute. I partecipanti all'audit hanno approvato il piano di formazione (ECM) per l'anno 2019 e non hanno rivolto

Clinica Latina Spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 11 a 13

ulteriori osservazioni.

La Direzione e l'RSQ hanno provveduto a modificare il documento M 5.1.5 " Compiti, responsabilità ed autorità " inserendo i criteri di valutazione delle performance clinico – organizzative dei responsabili e dei dirigenti, degli operatori sanitari al fine di provvedere alla valutazione , nell' insieme, delle performance del dipartimento già, comunque, valutate in questo riesame attraverso la disamina degli obbiettivi n. 3 " Efficacia 2018 " e 4 " Efficienza 2018".

Il risultato delle check ha mostrato un valore assoluto > dell' 80 % del punteggio massimo previsto.

In particolare la valutazione delle performance degli organi di governo così si riassumono :

Vice Direttore Sanitario : 30/32

Coordinatore Infermieristico : 40/44

Per l' Amministratore Unico si fa riferimento alla relazione dell'ODV che fa parte integrante del presente riesame ed alla relazione del Collegio Sindacale che verrà acquisita con la discussione del Bilancio anno 2018.

Pertanto, alla luce della necessità di provvedere alla valutazione delle performance , la Società per l'anno 2019 ha implementato un piano di miglioramento che prevede l'utilizzo sistematico delle check.

Nell'anno 2018 , la Casa di Cura Clinica Latina S.p.A. , nel rispetto delle normative vigenti e nel prosieguo delle attività già in essere ha provveduto :

- a) Adeguamento dei propri sistemi al GDPR , Regolamento Europeo sulla privacy 679/2016 , e nomina del DPO con comunicazione al Garante per la protezione dei dati personali nella persona del Dott. Edoardo Pompilio. Nell'anno in esame alla Direzione ed al DPO non sono pervenute segnalazioni di violazione in materia di privacy. A chiusura del II semestre 2018 la Direzione ha redatto la Valutazione dei Rischi la cui mappatura non ha evidenziato rischi alti tali da richiedere un'azione correttiva urgente;
- b) Con la Relazione dell' " ORGANISMO DI VIGILANZA SULL'ANDAMENTO DELL'ESERCIZIO ANNO 2018 " , 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) L' RSQ, l' Amministratore Unico e la Direzione Sanitaria nell'anno 2018 hanno proseguito , aggiornato, innovato tutti i documenti di processo di cui alla ISO 9001 : 2015;
- d) 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 . Per l'anno 2019 sono previsti corsi antincendio per il personale ;
- e) Nell'anno 2018 la Risk Manager della Casa di Cura Dott.ssa Luana Pompilio ed il Consulente esterno per le attività di Risk Management hanno provveduto a redigere il PARM " Piano annuale di Risk Management " 2018 – 2019 e la prima edizione , secondo le indicazioni Regione Lazio, del PAICA " Piano Aziendale delle Infezioni

Clinica Latina Spa	Sistema Qualità	File : M 5.1.3
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 12 a 13

Correlate all' Assistenza " 2019. Dall' analisi dei documenti non sono emerse particolari criticità. Per l'anno 2019 la Risk Manager prevede una particolare attenzione alla limitazione delle infezioni nosocomiali ed il coinvolgimento attivo dell' utente nell'attività del rischio clinico. Inoltre, si prevedono due eventi per diffondere la cultura della sicurezza sulle cure :

- 1) Facilitatore del rischio clinico
  - 2) Monitoraggio e prevenzione delle ICA
- f) La Direzione ha preso atto della relazione Burnout della psicologa del maggio 2018 che ha riassunto gli esiti della riunione tenutasi con gli operatori , con la quale la stessa non ha potuto delineare un profilo generale di Burnout in quanto , pur avendo distribuito i questionari Maslach Burnout Inventory , non tutti hanno provveduto alla compilazione e restituzione . Per l'anno 2019 la Direzione prevede la sensibilizzazione degli operatori sull'importanza del clima organizzativo e della soddisfazione attraverso eventi di incontro organizzando anche un corso ECM "Coaching e prevenzione del burn – out Coaching e prevenzione del burn – out " ;
- g) La Casa di Cura ha proseguito per l'anno 2018 l'attività di formazione continua in medicina , svolgendo nella propria sede , i seguenti corsi :
- \* Il rischio caduta nella movimentazione manuale dei pazienti
  - \* La gestione degli eventi avversi nelle lungodegenze mediche.

Sulla base delle necessità rilevate dal responsabile e referenti della rete per la formazione è' stato approvato il piano generale di addestramento anno 2019 :

- \* Coinvolgere ascoltando : la relazione con utenti e familiari nei servizi sanitari
- \* Coaching e prevenzione del burn – out
- \* Corso avanzato sulla gestione delle urgenze/emergenze
- \* Responsabilità penale degli operatori nelle strutture sanitarie

Il corso ECM : " Coinvolgere ascoltando " è stato scelto al fine di migliorare la personalizzazione e l' umanizzazione dell'assistenza coinvolgendo maggiormente utenti e familiari nel percorso assistenziale. Nel Riesame della Direzione 2019 riporteremo le evidenze.

- h) La Direzione ha monitorato l'efficacia dei programmi di formazione ECM utilizzando l'indicatore specifico : PARM.

Dalla disamina del PARM 2018 si evince che :

Il numero di eventi avversi rispetto all'anno precedente ha registrato un lieve decremento passando dai 13 casi (anno 2017) ai 12 casi (anno 2018).

Anche per l'anno 2018 non ci sono state segnalazioni di near miss e di eventi sentinella.

- i) La Direzione ha esaminato e valutato positivamente , per l'anno oggetto del presente riesame, i criteri previsti nel prot. 59 "Health Technology Assessment" :
- Efficacia (Obiettivo 3)
  - Sicurezza (Rischio Clinico, D.Lgs. 81/08 ecc.)
  - Appropriatelyzza (Obiettivo 3)

<b>Clinica Latina Spa</b>	<b>Sistema Qualità</b>	<b>File : M 5.1.3</b>
ISO 9001	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	Rev. 1 del 05.02.18 Pag. 13 a 13

- Equità (Rispetto principi etici Carta dei Servizi , assenza di reclami, Obiettivo 1)
  - Empowerment dell' utente (Obiettivo 3)
  - Efficienza (Obiettivo 4)
- j) L' elenco delle manutenzioni, interne ed esterne , delle attrezzature/apparecchiature elettromedicali sono state verificate dalla Direzione Sanitaria e dall' RSQ , sono stati rispettate le tempistiche di esecuzione e non risultano non conformità . Nell'anno oggetto del presente riesame non sono stati effettuati acquisti di nuove attrezzature e/o apparecchiature elettromedicali. Si conferma per l'anno 2019 il piano previsto dal M6.3.1. e la formazione prevista dal M 6.2.2 per utilizzo/manutenzione/dismissione delle attrezzature/apparecchiature elettromedicali;
- k) La RSQ ha verificato dal dossier formativo instaurato nell'anno 2018 la posizione di ogni operatore sanitario rilevando : curriculum vitae , titoli di studio, iscrizione all'albo di competenza , formazione e, per i nuovi assunti, l'attuazione del tutoring. Gli operatori, con gli audit clinici , sono stati formati di volta in volta sull'attuazione dei nuovi protocolli e della relative procedure.

Per l' anno 2019 l' Alta Direzione ha pianificato i seguenti piano di miglioramento confermando alcuni degli obiettivi 2018 :

- 1) Miglioramento degli indici di customer e della comunicazione e promozione della salute
- 2) Miglioramento del controllo fornitori
- 3) Miglioramento del processo dell'assistenza : Scale di valutazione del PRI
- 4) Miglioramento del processo di inserimento del paziente nelle reti di continuità assistenziale
- 5) Mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale
- 6) Miglioramento personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- 7) Miglioramento della performance clinico organizzativa dei responsabili e dei dirigenti

Roma, li 14 03 2019

**CASA DI CURA  
CLINICA LATINA S.p.A.**  
Vice Direttore Sanitario  
Dott.ssa Gina Spallone

**CLINICA LATINA S.p.A.**  
L'Amministratore Unico  
Luana Pompilio

**CASA DI CURA  
CLINICA LATINA S.p.A.**  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Tranquillo Antonozzi