

## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE n.14

L'anno duemilaventicinque il giorno 19 del mese di dicembre presso la sede della FONDAZIONE GIOVANNI XXIII ONLUS, di seguito definita semplicemente FONDAZIONE, sita in Bitonto (BA), in Via Dossetti 8, si sono riuniti il Direttore Generale Dott. Nicola CASTRO, il Direttore sanitario Dott.ssa Lisangela PASCALE, il responsabile del servizio amministrativo Dott. Vincenzo CASTRO, la responsabile del servizio tecnico/economico Rag. Teresa TATULLI, la responsabile della qualità e del servizio socio sanitario per la RSA anziani Dott.ssa Margherita SPERANZA, la responsabile del servizio socio sanitario per la RSA disabili e per il Centro Alzheimer Dott.ssa Margherita CANNITO, la responsabile del servizio sociale Dott.ssa Teresa GAROFALO, per il consueto riesame del sistema di gestione per la qualità.

Attualmente il Manuale della qualità è disponibile in rev. 04 del 01.09.2017 e lo stato di revisione delle procedure è aggiornato al 01.09.2017, ad eccezione della PG06 in rev. 2 del 10.12.19 e della PG03 rev. 2 del 20/09/2024. Inoltre, sono inclusi nel sistema il documento di Analisi di rischi ed opportunità aziendale in rev. 01 del 28.02.2020e l'analisi del contesto della fondazione in rev. 00 del 01.09.2017.

L'analisi dei rischi introdotta per la prima volta nel corso del 2017, si ritiene ancora valida e si confermano le misure adottate come adeguate alla mitigazione dei rischi residui.

Si conferma altresì la validità dell'analisi del contesto interno ed esterno predisposta per la prima volta nel settembre 2017.

La Fondazione, ai fini del procedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, previsto dai regolamenti regionale n. 4 e 5 del 21/1/2019 per le proprie strutture sociosanitarie ha redatto il manuale di accreditamento che presenta notevoli collegamenti con il sistema qualità già implementato all'interno della Fondazione. Detto sistema potrà subire ulteriori integrazioni/variazioni per l'applicazione della delibera di Giunta Regionale n. 16032 del 20/11/2023 che recepisce il D.M. del 19/12/2022 in materia di valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie. Nel corso del 2025 con determina dirigenziale n. 8 del 19/11/2025 è stato deliberato l'accreditamento istituzionale di 115 posti letto e con provvedimento ARESS prot. 2918 del 28/08/2025 è stato espresso parere favorevole al rilascio dell'accreditamento istituzionale del centro diurno per non autosufficienti per 30 posti; il tutto sarà meglio precisato nel prosieguo del presente riesame.

La politica della qualità è stata riesaminata ed è disponibile in revisione 01 del 01.09.2017, nella sezione 5 del manuale della qualità.

Passando all'esame degli elementi di ingresso del riesame della direzione così come indicato nel punto 9.3 della norma UNI EN ISO 9001:2015, si precisa che è stato effettuato un audit interno in data 30/11/2025 con esito positivo; non sono state rilevate non conformità, ma alcune osservazioni che prontamente sono state prese in carico dall'organizzazione.

L'audit **dell'ente di certificazione DNV GL**, tenutosi in data 29/11/2024, come risulta dal rapporto di Verifica Ispettiva, ha evidenziato due osservazioni che sono state prese in carico nel seguente modo:

La procedura PG04 "Formazione e addestramento del personale", in rev. 01 del 01.09.17, non riporta l'iter di affiancamento e di addestramento delle nuove risorse e le modalità per tenere sotto controllo l'acquisizione dei crediti ECM da parte dei singoli operatori (es. risorsa S. C., psicologa, assunta il 7-06-2023). Inoltre, per le dichiarazioni sostitutive, da considerare l'inserimento sulle stesse del riferimento al DPR 445/2000 (es. Autodichiarazione ECM 2023-2025 DEL 24-04-2024, risorsa G.A.).

Limitatamente alla cartella utente codice 2989, in data 19.11.2024, è stato refertato un ECG (normale e non richiesto per l'ospite campionato) di un altro paziente. Al riguardo, è stata prontamente fatta una valutazione delle cause (omnimia), con valutazioni delle conseguenze nulle, ma le stesse non sono state formalizzate (rif. PG12Gestione del rischio clinico, in rev. 01 del 12.12.20). Si specifica che per il 2025 è stata previsto un retraining a tutto il personale relativamente al sistema di gestione per la qualità, la gestione del rischio e la cartella web.

Nel corso del sopralluogo presso i locali della cucina, alcuni semilavorati preparati per il menù della sera, non sono risultati conservati come previsto (con etichetta e coperti). Si specifica che la gestione è stata subito sanata.

In merito alla procedura PG04, si è provveduto a revisionarla (rev.02 del 25/03/2025), introducendo due nuovi moduli:

- PG04-DR03 "Fascicolo personale" sul quale viene annotato l'iter di affiancamento e di addestramento delle nuove risorse
- PG04-DR04 "Monitoraggio crediti ECM" sul quale vengono annotati con frequenza quadrimestrale gli aggiornamenti dei crediti ECM maturati

In merito all'episodio accaduto, si è convenuto con il coordinatore sanitario di evidenziare, in caso di omonimia, i referti degli ospiti al fine di poterli archiviare, in formato cartaceo, nella giusta cartella contenente la documentazione dell'ospite. Si precisa che è in corso (data inizio 27 giugno 2025 e fine prevista per il mese di Aprile 2026) l'attività di formazione che vede impegnate tutte le risorse della Fondazione nel progetto formativo "Sviluppare le competenze per accompagnare con impegno le fragilità" nel corso del quale saranno condivisi con tutti i partecipanti i documenti del sistema di gestione per la qualità, la gestione del rischio sanitario e la cartella web

Si è provveduto a verificare nel corso dell'audit interno che i semilavorati preparati per il menù della sera, erano etichettati e coperti correttamente prima di essere depositati negli appositi spazi in attesa del consumo serale.

Al fine di migliorare la comunicazione con l'utente e misurare il grado di soddisfazione della clientela la FONDAZIONE dispone di un questionario di customer satisfaction che viene consegnato agli utenti autosufficienti o ai parenti degli utenti, in caso di non autosufficienza.

Nel 2025 si è provveduto a somministrare i questionari di soddisfazione utilizzando lo strumento informatico google forms. A fronte della somministrazione di 128 questionari in tutto tra gli ospiti residenti nel centro Alzheimer nelle altre residenze della FONDAZIONE, sono stati raccolti 75 questionari. La presentazione dei risultati è disponibile presso l'ufficio della Dott.ssa Garofalo che ha provveduto all'elaborazione dei dati.

L'analisi evidenzia che i risultati sono abbastanza soddisfacenti. Resta sempre un giudizio un po' più basso per quel che riguarda qualche aspetto. Si provvederà entro la fine dell'anno ad incontrarsi per prendere in considerazione eventuali suggerimenti e per valutare l'accettabilità o meno di qualche segnalazione comunicataci.

Nel corso del 2026 si trasmetteranno nuovamente i questionari sempre in forma anonima al fine di conoscere le aspettative sia degli ospiti che dei loro parenti per migliorare il servizio erogato.

Tra gli eventi significativi del 2025 meritano sicuramente una menzione:

1. L'esperienza più che positiva di coprogettazione con la fondazione Opera Santi Medici – onlus e la cooperativa sociale zipH per la realizzazione di un polo socio-sanitario; tale esperienza già iniziata nel corso del 2023 proseguirà anche nel corso del 2026 e vedrà la Fondazione capofila della rete fra le organizzazioni partecipanti.  
Mediante detto progetto, sono stati erogati diversi servizi tra i quali:
  - screening sanitari gratuiti;
  - consulenze sullo stato nutrizionale e piani dietetici;
  - consulenze specialistiche gratuite;
  - animazione e attività riabilitative a favore di non residenti nella struttura;
  - corsi e seminari rivolti alla popolazione anziana;
  - sensibilizzazione dei minori (scuole elementari e medie) sulle tematiche relative alla fragilità e alla cura degli anziani.
2. L'acquisto di un ulteriore suolo (nel mese di Marzo 2025) confinante alla RSA (per un totale di circa 15000 mq) nell'ottica di realizzare, in un prossimo futuro, una nuova RSA per poter soddisfare il gran numero di istanze di ricovero che tutti i giorni giungono alla direzione e che non possono essere soddisfatte per la saturazione dei posti disponibili.
3. I lavori del 110% sono iniziati a Luglio 2025 dopo aver risolto il contenzioso con il conduttore che occupava, dopo la naturale scadenza del contratto, parte del complesso edilizio Il completamento dei lavori di ristrutturazione entro il primo bimestre del 2026 del plesso di Corte Santa Lucia/Via Ferrante Aporti da destinare a centro diurno per persone con disturbi dello spettro autistico, nell'ottica di ampliare il ventaglio dei servizi socio sanitari offerti al territorio oggetto dei lavori di restauro e recupero funzionale. I lavori del 110% sono stati chiusi in data 13/12/2025. E' stato chiesto, inoltre, parere di compatibilità alla realizzazione all'interno del plesso di un centro diurno educativo e riabilitativo Art. 60 Quater R.R. 4/2007 per le persone adulte affette dallo spettro autistico, e contemporaneamente al fine di utilizzare l'intero plesso in parola, è stata manifestata alla Regione interesse per un progetto sperimentale per centro socio-sanitario per le persone affette da autismo nella fascia d'età compresa fra l'età adolescenziale e l'età adulta.
4. L'inaugurazione, avvenuta nel mese di gennaio 2025 in occasione di un convegno sullo stato dell'arte delle tecniche di diagnosi precoce e strategie assistenziali non farmacologiche per le persone affette da Alzheimer, della Camera multisensoriale Snoezelen per il trattamento non farmacologico delle persone affette da demenza e per il sostegno dei caregiver professionali e non particolarmente esposti al burn out; attraverso questo nuovo ambiente con specifici arredi e attrezzature in grado di stimolare tutti i sensi, si opererà per migliorare il tono dell'umore, per ridurre l'irrequietezza, i comportamenti compulsivi, l'aggressività, il wondering a finalistico degli ammalati.
5. Il conseguimento degli accreditamenti definitivi del centro diurno e della RSA per anziani. Con delibera 416 del 13/12/2023 la Fondazione aveva ottenuto la conferma

autorizzazione all'esercizio per 115 posti letto e per 106 posti letto ai fini dell'accreditamento (art. 24 L.R. 9/17); con determina dirigenziale n. 8 del 19/11/2025 è stato deliberato l'accreditamento istituzionale di 115 posti letto. Con delibera 417 del 13/12/2023 la Fondazione aveva ottenuto la conferma di autorizzazione all'esercizio per 18 posti letto disabili gravi (art. 24 L.R. 9/17); ed è in attesa di ricevere l'accreditamento definitivo. Per il centro diurno, la Fondazione aveva ottenuto la conferma autorizzazione all'esercizio per 30 posti e l'accreditamento per 20 posti determina dirigenziale 112 del 25/03/2024; con provvedimento ARESS prot. 2918 del 28/08/2025 è stato espresso parere favorevole al rilascio dell'accreditamento istituzionale del centro diurno per non autosufficienti per 30 posti letto.

6. In riferimento al Padiglione Ventafridda annesso all'ex convento Cappuccini è stato affidato incarico per la redazione di un progetto esecutivo per restauro e recupero funzionale per la realizzazione di un centro per l'istruzione, la formazione professionale e l'accompagnamento all'inserimento lavorativo di giovani in stato di bisogno o a rischio di devianza sociale

Si è provveduto a controllare, lo stato di avanzamento e quindi l'attuazione degli **obiettivi** fissati nel piano annuale della qualità relativi all'anno 2025. A tal proposito, si presenta il seguente riepilogo con i commenti indicati nelle note:

| OBIETTIVI ANNUI<br>ANNO 2025   | NOTE   |
|--|--|
| Manutenzione: per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature e della struttura si prevede una spesa di complessivi € 110.000,00  | Per le attività di manutenzione ordinaria e straordinaria a tutt'oggi (31/10/2025 elaborazione ai fini del bilancio di previsione 2026) è stata sostenuta la spesa complessiva di € € 131.828; le stesse hanno riguardato gli immobili, gli impianti, i mobili e gli automezzi.  |
| Bilancio: realizzare un avanzo generato dalla gestione caratteristica pari a quello del 2024   | Si stima di chiudere il bilancio di esercizio con un avanzo di gestione non inferiore a € 100,000 rispetto all'esercizio precedente che conferma una situazione complessiva economica e finanziaria in equilibrio garantita dalla saturazione della capacità ricettiva delle RSA e dal significativo aumento di presenze nel centro diurno per il quale si è creata anche una lista d'attesa   |
| Spese di investimento:<br>Nel corso del 2025, si prevede di sostenere spese di investimento per<br>a) lavori di ristrutturazione del complesso edilizio di Corte Santa Lucia/Via Ferrante Aporti con il superbonus 110%;<br>b) ammodernamento dell'impianto montalettighe dell'ala nord;<br>c) acquisto suolo per progetto di ampliamento RSA. | In ordine agli investimenti è stato conseguito l'obiettivo dell'acquisto di un nuovo suolo necessario alla realizzazione dell'ampliamento della RSA.<br>Sono stati completati i lavori da finanziare con il superbonus 110% per il plesso di Corte Santa Lucia/Via Ferrante Aporti.<br>L'impianto montalettighe dell'ala nord non è ancora stato realizzato in quanto si sta valutando opzioni più idonee per sopperire al fermo impianto che si potrebbe protrarre per più di un mese |

| OBIETTIVI ANNUI<br>ANNO 2025  | NOTE  |
|---|---|
| Costi di gestione: ci si attende un incremento dei costi del 10% visto l'andamento dell'inflazione e l'incremento dei costi del personale | I costi di gestione fino alla fine dell'anno si prevedono siano pari ad € 5.575.000. Considerando che il 2024 i costi complessivi sono stati di 5.438.416 si prevede un incremento rispetto all'esercizio precedente di circa € 130.000 per rinnovo contratto collettivo ed incremento degli oneri ISTAT dei servizi esternalizzati   |
| Formazione risorse umane  | Nel 2025 sono stati erogati tutti i corsi di formazione e aggiornamento come pianificati.   |
| N° piaghe per ospite a partire dalla situazione d'ingresso dell'ospite: mantenimento della situazione esistente                           | Anche nel corso del 2025 sono state risolte molte delle lesioni che derivavano dagli anni precedenti e si rileva un piccolo peggioramento. Nel periodo compreso fra il 19/11/2024 ed il 19/12/2025, si sono contate in tutto 54 lesioni. 28 ospiti sono deceduti (per altre patologie) con lesioni in corso (dei deceduti comunque 8 guariti); dei restanti 26 11 sono guariti. Attualmente, in corso se ne contano 15 di cui 13 di lieve entità e 2 al terzo stadio. |
| N° cadute degli ospiti nel corso dell'anno 2025: non superiore a 40   | Nel corso del 2025 sono state rilevate fino alla data odierna 48 cadute di cui tre con conseguente frattura; in qualche caso c'è stata più di una caduta da parte dello stesso ospite. Tutti i dati e le informazioni sono disponibili nella cartella web di ogni singolo ospite.   |
| N° esami diagnostici per ospite per l'anno 2025 almeno due analisi diagnostici per ogni ospite  | Nel corso del 2025, ad ogni ospite è stata garantita l'esecuzione di 2 esami diagnostici con cadenza semestrale. Inoltre, all'occorrenza, in funzione della patologia dell'ospite, sono state richiesti ulteriori esami diagnostici.  |
| N° cambio pannolini, cambio biancheria per ogni utente: almeno quattro cambi di pannolini al giorno                                       | Nel corso del 2025, ad ogni ospite è stato garantito il cambio del pannolone con la seguente frequenza: mattina, pomeriggio, dopo pranzo e dopo riposo pomeridiano, sera. Inoltre, ad ogni ospite all'occorrenza si è provveduto alla sostituzione del pannolone al fine di garantire l'igiene dello stesso   |
| N° reclami pasti consumati: al massimo 3  | Nel corso del 2025, non è stato registrato alcun reclamo da parte degli ospiti. Si sta cercando tuttavia di migliorare il servizio cercando di comunicare alla società che gestisce la mensa le preferenze degli ospiti al fine di ridurre gli sprechi alimentari.  |
| Gestione di tempi di avvicendamento degli ospiti = in media in 15 gg. dall'uscita dell'ospite precedente                                  | In merito alla gestione dei tempi di avvicendamento si rileva che sono stati rispettati i tempi previsti di 15 gg   |
| Non conformità nell'evasione dell'ordine = max 2% n.c. sul totale delle consegne  | Nel corso del 2025 non sono state rilevate non conformità nell'evasione degli ordini  |
| N° di ordini inoltrati a fornitori, compilati in maniera errata od incompleti. Obiettivo 2024: 0 (zero)                                   | Nel corso del 2025, non sono stati compilati ordini a fornitori in maniera errata.  |

| OBIETTIVI ANNUI<br>ANNO 2025   | NOTE   |
|--|--|
| Nº eventi attività organizzati nell'anno al fine di migliorare il soggiorno degli ospiti presso la FONDAZIONE: almeno due eventi al mese | <p>Nel corso del 2025, sono stati organizzati gli eventi/attività al fine di migliorare il soggiorno degli ospiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gioco a carte (Burraco 3 volte a settimana)</li> <li>• Ascolto musica: di gruppo (6 volte a settimana)</li> </ul> <p>Nella cartella web, si trovano in aggiunta registrazioni dell'attività eseguita relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Musicoterapia</li> <li>- Canto</li> <li>- Allenamento alla memoria</li> <li>- Pittura o lavori con la pittura o la pasta</li> <li>- Attività al PC</li> <li>- Giochi per la stimolazione psico-motoria</li> <li>- Doll therapy (individuale)</li> <li>- Scrittura (individuale): ricette</li> <li>- Uscite sul territorio (al mare o presso Basilica SS Medici)</li> <li>- Attività religiosa (SS Messa)</li> <li>- Giochi di società (stimolazione cognitiva)</li> <li>- Stanza SNOEZELEN (attività individuali)</li> </ul>  |
| Nº attività occupazionali almeno 12 attività occupazionali   | <p>Nel corso del 2025 fino alla data odierna, a favore degli ospiti sono state realizzate le seguenti attività/eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- feste mensili per festeggiare i compleanni degli ospiti della RSA. Tali feste sono state realizzate nei singoli reparti dove dimorano gli ospiti.</li> <li>- Per il progetto "IO HO CURA" INCONTRO INTERGENERAZIONALE (utenti e classi seconda media scuola Sylos-Bitonto) che prevede momenti di incontro con svolgimento attività ludico-ricreative, finalizzate all'educazione dei ragazzi, sensibilizzazione all'approccio all'anziano, e recupero in termini socializzativi, autostima, fisicità), sono stati realizzati alcuni incontri eseguiti in presenza in giardino.</li> <li>- Incontri musicali con il gruppo dell'associazione "La macina" almeno una volta al mese</li> <li>- Incontri con clown dell'associazione una volta al mese</li> <li>- Celebrazione e Convegno in memoria di Giovanni XXIII (Ottobre 2025)</li> <li>- laboratori sensoriali in collaborazione con la Cooperativa Sinergia</li> </ul> |

Come si evince dalle note, gli obiettivi indicati nel piano annuale della qualità per l'anno 2024, si può dire che sono stati raggiunti ad eccezione delle spese per manutenzioni (+ € 21.828 rispetto all'obiettivo). Va però sottolineato che relativamente ai costi di gestione si

registra una proiezione di incremento degli stessi di circa il 3% in misura inferiore rispetto a una previsione di aumento del 10%. Per le cadute, considerando la tipologia di ospiti, ed essendo elevato il rischio cadute, si precisa che l'obiettivo non è stato raggiunto (si è passati da 40 nell'anno 2024 a 48 nell'anno 2025). Così come non è stato raggiunto l'obiettivo relativo al mantenimento della situazione relativa alle piaghe (si è passati da 48 nell'anno 2024 a 54 nel corso del 2025).

Si cercherà di pianificare al meglio gli obiettivi per l'anno 2026 tenendo conto dei risultati emersi dall'analisi dei dati.

L'attenzione resta elevata su tutti i processi principali della fondazione. Si ritiene che le **risorse umane ed infrastrutturali** presenti siano sufficienti al raggiungimento degli obiettivi della Fondazione.

La Fondazione ha continuato l'opera di informatizzazione di gestione del servizio, definendo nuove prospettive di miglioramento della cartella web ed è passata alla versione 4.0 della stessa. L'obiettivo di implementare la gestione delle terapie farmacologiche digitalizzata che si sarebbe dovuto conseguire nel corso dell'esercizio 2024, finalmente è stato raggiunto nel 2025. Tutte le terapie sono registrate sulla cartella web ed anche la somministrazione è registrata informaticamente. In questo modo si cerca di sfruttare al meglio le potenzialità offerte dal software adottato ormai da diversi anni.

Sarà emesso entro il 31.01.2026, il programma di formazione e addestramento, che riprenderà quanto già approvato nel corso dell'anno precedente, a cui potranno aggiungersi altri corsi di formazione, mentre è stato emesso il programma degli audit interni 2026.

Sempre con riferimento alle risorse umane, ogni anno a tutto il personale della Fondazione viene somministrato un questionario al fine di rilevare il clima organizzativo interno e la soddisfazione del personale.

La somministrazione del questionario per gli anni 2020, 2022 e 2023, 2025 è stata effettuata nell'ambito del processo di implementazione del sistema di gestione della qualità dei servizi erogati e del loro miglioramento continuo, ed anche per ottemperare ai requisiti previsti dalla normativa regionale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sociosanitarie. Il questionario è stato strutturato in tre parti (dimensione personale, dimensione relazionale, dimensione organizzativa) con una sezione finale destinata a suggerimenti e alle caratteristiche (età, sesso, titolo di studio, categoria di appartenenza, anni di lavoro) e come risulta dai grafici restituiti dall'elaborazione dei dati è emerso un buon clima organizzativo e sono emersi aspetti interessanti che saranno oggetto di condivisione con le risorse umane della Fondazione. Nel corso del 2026 sarà somministrato nuovamente il questionario dopo aver condiviso con tutte le risorse i risultati finora conseguiti.

Per quel che riguarda le non conformità, si precisa che è stata rilevata una situazione non conforme relativamente alla presenza di Legionella rilevata da parte della ASL e prontamente risolta da parte della Fondazione. Sono state invitate le risorse umane ad utilizzare la documentazione e segnalare al RGQ eventuali situazioni non conformi, eventi sentinella e near miss al fine di migliorare in maniera continua il sistema di gestione implementato dalla Fondazione.

Per quel che riguarda lo stato di attuazione delle AC, si precisa che nel corso del 2025, non sono state attuate AC al di fuori di quella intrapresa per la risoluzione della non conformità rilevata.

La Fondazione attraverso il Centro di Ascolto e orientamento, il sito web, i canali social (Facebook, Instagram, ecc...) e un piano editoriale mensile fornisce costantemente informazioni sui servizi e sulle attività quotidianamente svolte all'interno delle proprie strutture e approfondimenti sui temi di rilevanza assistenziale, confermando la propria mission di ente impegnato ad affrontare le problematiche legate alla non autosufficienza contribuendo a far sviluppare la cultura della buona assistenza.

## **CAMBIAMENTO CLIMATICO**

Il cambiamento climatico è una delle sfide più urgenti e complesse che l'umanità affronta oggi. Si tratta di cambiamenti a lungo termine che includono aumenti delle temperature medie della superficie terrestre e degli oceani, cambiamenti nei modelli di precipitazione, innalzamento del livello del mare e eventi climatici estremi più frequenti e intensi.

Le cause principali del cambiamento climatico sono l'emissione di gas serra derivanti dalla combustione di combustibili fossili come carbone, petrolio e gas naturale, nonché dalla deforestazione e altre attività che alterano l'equilibrio naturale del carbonio nell'atmosfera. Gli effetti del cambiamento climatico sono diffusi e diversificati, con conseguenze per l'ambiente, la società e l'economia. Questi includono il rischio di estinzione per alcune specie, la perdita di habitat naturali, la minaccia per la sicurezza alimentare, l'aumento della frequenza e dell'intensità delle catastrofi naturali come tempeste, inondazioni e incendi boschivi, e l'impatto negativo sulle economie locali e globali.

Per affrontare il cambiamento climatico, sono necessari sforzi su più fronti, compresi investimenti nelle energie rinnovabili, politiche di adattamento e mitigazione, sforzi per conservare le foreste e altre risorse naturali, e cambiamenti nei comportamenti individuali e collettivi per ridurre le emissioni di gas serra. La cooperazione internazionale è fondamentale per affrontare questa sfida globale, e ci sono accordi come l'Accordo di Parigi che cercano di coordinare gli sforzi dei paesi di tutto il mondo per limitare l'aumento della temperatura media globale.

La Fondazione Giovanni XXIII ha preso in considerazione gli aspetti legati al cambiamento climatico e contribuisce alla gestione di questa sfida mediante l'utilizzo di energia rinnovabile con impianti fotovoltaici e pannelli solari termici grazie ai quali è stato ridotto a metà il fabbisogno di energia elettrica.

Si auspica che i dati analizzati nel presente riesame, l'analisi dei rischi e del contesto, i risultati degli audit condotti, lo sviluppo degli obiettivi della qualità fissati nel PAQ, possano contribuire al miglioramento del sistema di gestione per la qualità della FONDAZIONE. Si ritiene inoltre che le risorse utilizzate siano idonee al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione. Al fine del miglioramento del SGQ, si invita il RGQ, a monitorare i processi operativi della FONDAZIONE e a fornire al Direttore Generale i dati di tale monitoraggio nel corso del prossimo riesame.

Si è proceduto quindi alla lettura dei nuovi obiettivi della qualità fissati nel piano annuale della qualità per l'anno 2025 che viene allegato al presente verbale. Ai responsabili di Servizio è stata attribuita la responsabilità di diffondere ai propri collaboratori e di proporre e attuare le azioni di miglioramento continuo dei processi loro affidati. Essi rispondono alla direzione dell'applicazione conforme del sistema di gestione per la qualità e per ogni problema che dovesse sorgere, faranno riferimento al rappresentante della direzione/responsabile del sistema di gestione qualità.

Dopo approfondita analisi, non avendo più nulla da comunicare, la seduta si è sciolta con l'impegno di tutti i partecipanti a comunicare eventuali problemi che dovessero riscontrarsi fino al prossimo riesame, salvo che particolari problemi dovessero richiedere una riunione prima di tale data.

Bitonto, 19.12.2025

FONDAZIONE GIOVANNI XXIII - ONLUS  
Il Direttore generale  
(Dott. Nicola Castro)

---

All. n. 1 c.s. (Piano annuale qualità 2025, piano verifiche anno 2025).