



RIESAME DI DIREZIONE

M.01.02-1

Rev. 1
20/01/2016

Pag. 1 di 7

ELEMENTI DI RIFERIMENTO PER IL RIESAME

<p>PARTECIPANTI ALLA RIUNIONE DI RIESAME</p>	<p>Il presente Riesame di Direzione viene effettuato dal rag. Tonino Dario Turchi delegato dell'Amministratore Unico, Giuliana Parisse, in collaborazione con:</p> <ul style="list-style-type: none">• il Dirigente Sanitario, dott. Said Omari• il dott. Andrea Scapati, Medico Responsabile Hospice• il dott. Alberto Almonte, Medico di Reparto• la sig.ra Rosaria Bettinardi. Coordinatore Infermieristico Centro Riabilitazione• il sig. Damiano Giordani, Coordinatore Infermieristico Hospice,• la sig.ra. Merin Thomas Areckaal, Coordinatore Infermieristico della Residenza Sanitaria Assistenziale,• il Responsabile del Sistema Gestione Qualità, sig. Mario Spiridigliozzi. <p>Viene inoltre utilizzato il supporto del consulente sig. Andrea Grieco.</p> <p>Il presente Riesame viene svolto nel pieno rispetto delle disposizioni normative ed interne relative alla gestione ed il contenimento della Pandemia da Sars CoV-2, riducendo al minimo gli spostamenti ed i contatti all'interno del Presidio Sanitario.</p> <p>Il presente Riesame è effettuato secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 per mezzo dell'analisi dei dati e delle informazioni che provengono dalle rilevazioni aziendali e viene effettuato allo scopo di accertarsi della idoneità, adeguatezza ed efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale, per verificare l'andamento e la corretta applicazione da parte di tutto il personale di quanto definito nei documenti del Sistema, per valutare le opportunità per il miglioramento e le esigenze di modifiche del Sistema.</p>
<p>DOCUMENTAZIONE ED ELEMENTI DI RIFERIMENTO</p>	<p>È stata presa in esame tutta la documentazione prodotta nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità• Procedure Operative• Istruzioni Operative• Politica e obiettivi della qualità• Linee Guida e protocolli operativi• Direttive dell'Amministratore Unico e piani aziendali• Situazione delle competenze e addestramento del personale• Documenti di Registrazione della Qualità e in particolare informazioni riguardanti:<ul style="list-style-type: none">a) lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;b) i cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità;c) le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema

	<p>di gestione per la qualità, compresi gli andamenti relativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti; 2. alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti; 3. alle prestazioni di processo e alla conformità di prodotti e servizi; 4. alle non conformità e alle azioni correttive; 5. ai risultati del monitoraggio e della misurazione; 6. ai risultati di audit; 7. alle prestazioni dei fornitori esterni; <p>d) l'adeguatezza delle risorse;</p> <p>e) l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità;</p> <p>f) le opportunità di miglioramento.</p>
<p>NOTE E OSSERVAZIONI DELLA DIREZIONE AZIENDALE</p>	<p>Tutti i responsabili presenti concordano che il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere adeguato agli obiettivi aziendali ed in linea con i processi sviluppati dai differenti reparti e servizi aziendali.</p> <p>Prendendo in esame l'attuazione della Politica della Qualità della Struttura Sanitaria, così come definita nel Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità, si rileva che esiste una buona aderenza di tutto ciò con quanto operato dalla Struttura Sanitaria. Si è rilevato che il personale opera secondo la Politica della Qualità e agisce di conseguenza con risultati che possono essere definiti globalmente soddisfacenti.</p> <p>La Struttura Sanitaria monitora i risultati ottenuti e la soddisfazione della committenza per mezzo di appropriati indici statistici e ottempera alle prescrizioni delle leggi e delle norme vigenti. Viene anche perseguito l'obiettivo di migliorare i risultati gestionali.</p> <p>Il delegato dell'Amministratore Unico rileva inoltre che risultano applicate le leggi e le normative di convenzione e di accreditamento con la Regione Lazio, con la A.S.L. di riferimento territoriale e le disposizioni del Ministero della Salute.</p> <p>Per quanto concerne la Sicurezza, il delegato dell'Amministratore Unico comunica che si continua ad operare per il raggiungimento e l'ottimizzazione delle risorse aziendali volte a garantire la sicurezza degli operatori, secondo quanto previsto dal D.lgs. 81/08.</p> <p>È stato inoltre verificato e valutato positivamente l'impegno da parte della Struttura Sanitaria nei confronti del rispetto ambientale.</p> <p>Anche per l'anno 2022, la struttura ha ottemperato all'obbligo di presentazione di un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) al</p>



RIESAME DI DIREZIONE

M.01.02-1

Rev. 1
20/01/2016

Pag. 3 di 7

Mobility Manager d'Area (Roma Mobilità), lavorando con il Mobility Manager Aziendale per incentivare quanto più possibile lo spostamento sostenibile da parte dei lavoratori per il tragitto Casa-Lavoro.

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

STATO DELLE AZIONI DERIVANTI DA PRECEDENTI RIESAMI DI DIREZIONE	Non vi sono state azioni a seguire da precedenti Riesami di Direzione.
CAMBIAMENTI NEI FATTORI ESTERNI E INTERNI CHE SONO RILEVANTI PER IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	<p>Il Sistema Qualità è stato recentemente revisionato nelle procedure gestionali e nelle istruzioni operative, nel corso dell'anno precedente la struttura è stata oggetto di verifica da parte della ASL di riferimento territoriale per quanto riguarda il settore RSA.</p> <p>Come nel precedente Riesame della Direzione, anche nel presente Riesame sono intervenuti fattori interni ed esterni riguardo l'emergenza per la pandemia da Covid-19, per i quali la struttura ha attuato una serie di provvedimenti come già indicato</p> <p>Al momento non si individuano modifiche che potrebbero avere effetto sul Sistema di Gestione per la Qualità, se non eventuali suggerimenti da parte dell'Ente di Certificazione.</p>
INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI E SULL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	<p>Il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere applicato correttamente e in maniera efficace. Infatti la Struttura Sanitaria opera competitivamente ed affidabilmente, perseguendo una costante attenzione agli strumenti operativi e alle risorse umane. Inoltre la Struttura Sanitaria adotta modelli organizzativi in linea con le normative nazionali e regionali, improntati ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione tra competenze diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.</p>
SODDISFAZIONE DEL CLIENTE E INFORMAZIONI DI RITORNO DALLE PARTI INTERESSATE RILEVANTI	<p>La rilevazione della soddisfazione degli utenti, effettuata attraverso contatti diretti e oggettivata tramite i questionari di customer satisfaction, mostra un livello di soddisfazione dei pazienti in linea con le aspettative della Struttura Sanitaria e, comunque, un livello di soddisfazione che può essere definito buono, in particolare per gli aspetti inerente alla terapia riabilitativa.</p> <p>Sono pervenuti 5 reclami da parte di utenti e familiari degli utenti, tutti presi in carico dalla Direzione e tutti risolti nei tempi prescritti.</p> <p>Il Committente, Regione Lazio e ASL di riferimento territoriale, hanno effettuato ed effettuano costantemente verifiche sull'operato della Struttura</p>

	<p>MISURA IN CUI GLI OBIETTIVI PER LA QUALITÀ SONO STATI RAGGIUNTI</p>	<p>Sanitaria con esito generalmente favorevole.</p> <p>Per lo scorso anno la Direzione Aziendale aveva stabilito i seguenti Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità secondo la norma ISO 9001:2015 e costante impegno per renderlo sempre più rispondente alle esigenze della struttura. L'obiettivo è stato raggiunto lo scorso anno con l'esito positivo dell'audit dell'Ente di Certificazione. 2. Ulteriore consolidamento dell'attività ambulatoriale in regime esclusivamente privato. L'obiettivo è stato raggiunto ed è stata consolidata l'attività in regime privato. 3. Ottenimento dell'accreditamento istituzionale per il servizio RSA da parte del committente Regione Lazio/ASL RM2. Prosegue il percorso di accreditamento con il SSR, la struttura ha superato la prima fase di verifica sulle Fasi1 dei requisiti del DCA 469/2017 4. Formazione del personale neoassunto su argomenti riguardanti la sicurezza lavoro e l'attività assistenziale. L'obiettivo è ancora in corso di realizzazione, ma può ritenersi raggiunto in quanto quasi la totalità del personale neoassunto è stato formato. 5. Formazione del personale su argomenti riguardanti il Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti. Sono stati effettuati i corsi calendarizzati nello scorso Piano di Formazione e pianificati ulteriori corsi riguardanti il Rischio Clinico per il prossimo anno. 6. Verificare la corretta adeguatezza, diffusione e distribuzione della Carta dei Servizi e di tutta la documentazione del SGQ. L'obiettivo è stato raggiunto e la documentazione che si era pianificato da adeguare risulta aggiornata. 7. Verificare la corretta adeguatezza nell'accesso da parte degli utenti alla documentazione
--	--	---

		<p>sanitaria e socio assistenziale. L'obiettivo è stato raggiunto e i tempi di accesso alla documentazione da parte degli utenti si mantengono entro i limiti stabiliti, come si evince dalle registrazioni presenti al Centralino.</p> <p>Il delegato dell'Amministratore Unico valuta in maniera globalmente positiva quanto è stato fatto per gli obiettivi dello scorso anno.</p> <p>Il delegato dell'Amministratore Unico, con l'apporto dei partecipanti al Riesame e coinvolgendo attraverso essi il personale, ha formulato gli Obiettivi per l'anno corrente, riportati in un documento allegato. Tali Obiettivi sono stati definiti nell'ottica di garantire: uniformità di accesso ai servizi, qualità tecnica degli interventi assistenziali, qualità organizzativa, sicurezza degli operatori e degli utenti, valorizzazione professionale, diritti e soddisfazione degli utenti.</p>
	PRESTAZIONI DI PROCESSO CONFORMITÀ DI PRODOTTI E SERVIZI	Le prestazioni dei singoli processi, come evidenziate dai relativi indicatori, mostrano che i servizi erogati sono conformi alle aspettative dell'utenza e della Regione Lazio (Committente).
	NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE	Nel corso dell'anno 2022 sono state intraprese nr.5 Azioni Correttive per l'implementazione del Servizio nel SGQ aziendale e per il recepimento dei suggerimenti dell'Ente di Certificazione in fase di verifica. Tali Azioni Correttive sono state tutte chiuse con verifica di efficacia positiva. Non sono state rilevate Non Conformità.
	RISULTATI DEL MONITORAGGIO E DELLA MISURAZIONE	Tutti gli indicatori, sia quelli dei processi che quelli di efficacia terapeutica, mostrano una situazione globalmente positiva rispetto a quanto previsto e pianificato dalla Direzione e dai singoli servizi.
	RISULTATI DI AUDIT	Gli Audit Interni, effettuati su tutti i servizi della Struttura Sanitaria, hanno confermato una buona comprensione ed attuazione da parte del personale della politica e degli obiettivi della qualità aziendali. Nel corso di tali Audit Interni non sono state rilevate Non Conformità.
	PRESTAZIONI DEI FORNITORI ESTERNI	Sono state esaminate le prestazioni dei fornitori esterni, risultanti dalle Schede Fornitore e dai risultati delle verifiche effettuate sui prodotti/servizi forniti.



RIESAME DI DIREZIONE

M.01.02-1

Rev. 1
20/01/2016

Pag. 6 di 7

	<p>Tutti gli acquisti e tutti i servizi vengono effettuati presso fornitori qualificati secondo quanto stabilito nel Sistema di Gestione per la Qualità.</p> <p>Tutte le forniture di prodotti, prima di essere accettate, sono verificate.</p>
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE	<p>Il delegato dell'Amministratore Unico valuta che, allo stato attuale, i bisogni di risorse siano soddisfatti.</p> <p>La situazione delle competenze e addestramento del personale, anche in base all'esame delle registrazioni effettuate, evidenzia che tutte le necessità professionali sono soddisfatte.</p> <p>È stato predisposto il piano di formazione per l'anno in corso, inoltre la Direzione del gruppo ha previsto diversi corsi presso la sede di Villa Fulvia per facilitare il conseguimento dei crediti ECM necessari.</p> <p>Qualora tale situazione, a causa della pandemia da Covid-19, non possa essere perseguita, la struttura si attiverà con materiale informativo per la divulgazione di quanto necessario anche in funzione di quanto descritto nel PARS Aziendale.</p>
EFFICACIA DELLE AZIONI INTRAPRESE PER AFFRONTARE I RISCHI E LE OPPORTUNITÀ	<p>Sono stati identificati i rischi e le opportunità per la struttura e sono stati descritti in appositi documenti, come previsto dal Sistema Qualità aziendale.</p> <p>I rischi sono stati valutati secondo la metodologia FMEA, con l'obiettivo di intraprendere azioni correttive per i rischi che presentassero un Indice di Rischio maggiore di 30.</p> <p>In occasione del presente Riesame si è proceduto a una nuova valutazione dei rischi e si è rilevato che nessun rischio presenta un indice maggiore di 30 e pertanto non sono state intraprese azioni per affrontarli.</p>
OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO	<p>Le opportunità di miglioramento per la struttura lo scorso anno sono state identificate e descritte in apposito documento, dove sono indicate anche le eventuali azioni intraprese.</p> <p>In occasione del presente Riesame si è nuovamente proceduto a individuare le opportunità e le eventuali azioni relative, nonché a valutare lo stato di raggiungimento delle precedenti opportunità.</p>

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO	<p>Il delegato dell'Amministratore Unico ritiene che la Politica della Qualità e gli Obiettivi fissati per l'anno in corso consentiranno di migliorare i servizi forniti, in relazione ai requisiti del Committente e degli utenti, perché adeguati alle attuali necessità della Struttura Sanitaria.</p> <p>Il Sistema di Gestione per la Qualità e i suoi processi sono rispondenti alle aspettative del delegato dell'Amministratore Unico, del Committente</p>
------------------------------	--



RIESAME DI DIREZIONE

M.01.02-1

Rev. 1
20/01/2016

Pag. 7 di 7

	<p>e dei pazienti/utenti. Pertanto il delegato dell'Amministratore Unico non prevede particolari necessità di azioni per il miglioramento dell'efficacia del Sistema.</p>
<p>OGNI ESIGENZA DI MODIFICA AL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</p>	<p>Il delegato dell'Amministratore Unico ritiene adeguato il livello dei servizi forniti agli utenti e che il miglioramento dell'efficacia di essi sia garantito da una buona applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità e dall'impegno di tutto il personale nella corretta applicazione di quanto prescritto.</p>
<p>FABBISOGNO DI RISORSE</p>	<p>Il delegato dell'Amministratore Unico valuta che, allo stato attuale, i bisogni di risorse siano soddisfatti. I partecipanti al Riesame valutano soddisfacente la dotazione di apparecchiature elettromedicali attualmente in uso alla struttura. Tutte le apparecchiature in uso sono controllate e gestite come previsto dal Sistema di Gestione Qualità.</p>
<p>EVENTUALIAZIONI PROPOSTE</p>	<p>Le azioni da intraprendere, o intraprese, sono elencate negli Obiettivi della Qualità per l'anno corrente e nel modulo delle Opportunità, ai quali si rimanda. Alla data, il delegato dell'Amministratore Unico non intravede ulteriori azioni al di fuori di queste e di quelle che potrebbero emergere dal Sistema di Gestione per la Qualità aziendale nell'ottica del miglioramento continuo del Sistema stesso. La verifica dell'Ente di Certificazione, prevista fra breve tempo, potrà essere un ulteriore fattore di riflessione sull'adeguatezza del Sistema di Gestione per la Qualità elaborare eventuali azioni da intraprendere per il suo miglioramento.</p>

<p>CONCLUSIONI</p>	<p>Il presente Riesame di Direzione fornisce globalmente un risultato positivo quanto al rispetto degli impegni assunti dalla Struttura Sanitaria sia nei riguardi del Committente, Regione Lazio, sia nei riguardi dei pazienti che si rivolgono alla Struttura Sanitaria. Gli impegni assunti dalla Struttura Sanitaria, in particolare con la Carta dei Servizi e quelli verso la Politica della Qualità, risultano adeguatamente rispettati.</p> <p>Il delegato dell'Amministratore Unico vede come obiettivi per il futuro della Struttura Sanitaria una migliore attuazione da parte di tutto il personale di quanto definito nel proprio Sistema di Gestione per la Qualità.</p>
---------------------------	---

Delegato A.U.: rag. Tonino Dario Turchi

Resp. Sistema Qualità: sig. Mario Spiridigliozzi

DATA: 17.Febbraio.2023