

ELEMENTI DI RIFERIMENTO PER IL RIESAME

PARTECIPANTI
ALLA RIUNIONE DI
RIESAME

Il presente Riesame della Direzione viene effettuato dal Consigliere con delega dell'Amministratore Unico, rag. Tonino Dario Turchi in collaborazione con:

- il Direttore Sanitario, dott. E. Ciccarella
- il Primario della Prima Divisione di Degenza, dott. V. Gerace
- il Primario della Seconda Divisione di Degenza, dott.ssa C. Di Biagio,
- Il Responsabile del Day Hospital, dott.ssa C. Di Biagio,
- Il Responsabile dell'Ex art. 26, della Neuropsichiatria Infantile, della Formazione, dott. P. Bianchi
- Il Responsabile della Medicina Generale, dott. G. Mastroberardino
- Il Medico Responsabile della Residenza Sanitaria Assistenziale, dott. G. Gemelli
- il Responsabile del Sistema Gestione Qualità, sig. M. Spiridigliozzi.

Viene inoltre utilizzato il supporto del consulente ing. A. Grieco.

Il presente Riesame viene svolto in forma telematica senza un incontro fisico dei partecipanti a causa delle restrizioni agli spostamenti disposte attualmente dal governo nazionale a causa della pandemia dovuta al Covid-19.

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.

DOCUMENTAZIONE
ED ELEMENTI DI
RIFERIMENTO

È stata presa in esame tutta la documentazione prodotta nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità:

- Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità
- Procedure Operative
- Istruzioni Operative
- Politica e obiettivi della qualità
- Direttive dell'Amministratore Unico e piani aziendali
- Situazione delle competenze e addestramento del personale
- Documenti di Registrazione della Qualità e in particolare informazioni riguardanti:

- 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 di gestione per la qualità, compresi gli andamenti relativi:
 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;
- d) l'adeguatezza delle risorse;
- e) l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità;
- f) le opportunità di miglioramento.

**NOTE E
OSSERVAZIONI
DELLA DIREZIONE
AZIENDALE**

Tutti i partecipanti al Riesame rilevano che il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere adeguato agli obiettivi aziendali e in linea con i processi sviluppati dai differenti reparti e servizi aziendali.

Tutti i partecipanti valutano che l'efficacia dell'organizzazione e delle responsabilità assegnate abbia soddisfatto quanto richiesto.

Il sistema di comunicazione interna alla struttura risulta essere efficace e le comunicazioni funzionano egregiamente nei due sensi e attraverso esso la Direzione può rilevare le eventuali criticità e attuare specifiche azioni per il miglioramento del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori.

Prendendo in esame l'attuazione della Politica della Qualità della struttura, così come definita nel Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità, tutti i partecipanti rilevano che esiste una buona aderenza di tutto ciò con quanto operato dalla struttura. Si è rilevato che il personale opera secondo la Politica della Qualità e agisce di conseguenza con risultati che possono essere definiti globalmente positivi.

In particolare sono stati riesaminati la visione, la missione e i valori della struttura, così come definiti nel Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità e sono stati trovati congruenti e quindi riconfermati anche per il prossimo anno.

La struttura monitorizza 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.

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 norme del Ministero della Salute.

Per quanto concerne la Sicurezza, il delegato dell'Amministratore Unico sentiti il RSPP sig. M. Spiridigliozzi comunica che si opera per il raggiungimento e l'ottimizzazione delle risorse aziendali volte a garantire la sicurezza degli operatori, secondo quanto previsto dal D.lgs. 81/08.

È stato inoltre verificato e valutato positivamente l'impegno da parte della struttura nei confronti del rispetto ambientale.

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	Rispetto al precedente Riesame di Direzione non sono intervenuti cambiamenti, né nei fattori esterni, né nei fattori interni, rilevanti per il Sistema di Gestione per la Qualità. Possibili modifiche, che in futuro potrebbero avere effetto sul Sistema di Gestione per la Qualità, sono costituite dall'introduzione dei due nuovi servizi di Hospice e di Lungodegenza (Codice 60), per i quali la struttura ha ottenuto l'autorizzazione dalla Regione ma non ha ancora ottenuto l'accreditamento istituzionale, che ne renderebbe effettivamente possibile l'esercizio da parte della struttura. Inoltre attualmente la Regione ha sospeso ogni ulteriore azione a questo riguardo a causa della pandemia di Covid-19.	
INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI E SULL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Il Sistema di Gestione per la Qualità risulta essere applicato correttamente e in maniera efficace. Infatti la struttura opera competitivamente e affidabilmente, perseguendo una costante attenzione agli strumenti operativi e alle risorse umane. Inoltre la struttura 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.	
SODDISFAZIONE DEL CLIENTE E INFORMAZIONI DI RITORNO DALLE	La rilevazione della soddisfazione degli utenti, effettuata attraverso contatti diretti e oggettivata tramite i questionari di customer satisfaction, mostra un livello	

	<p>PARTI INTERESSATE RILEVANTI</p>	<p>di soddisfazione degli utenti in linea con le aspettative della struttura e, comunque, un livello di soddisfazione che può essere definito buono in particolare per gli aspetti inerenti la terapia riabilitativa. Non sono pervenuti reclami scritti da parte degli utenti.</p> <p>Il Committente, Regione Lazio e ASL di riferimento territoriale, hanno effettuato ed effettuano costantemente verifiche sull'operato della struttura con esito generalmente favorevole.</p>
	<p>MISURA IN CUI GLI OBIETTIVI PER LA QUALITÀ SONO STATI RAGGIUNTI</p>	<p>Per lo scorso anno la Direzione Aziendale aveva stabilito i seguenti Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento del Sistema di Gestione per la Qualità alla norma ISO 9001:2015 e costante impegno per renderlo sempre più rispondente alle esigenze della struttura. L'obiettivo è stato raggiunto e il Sistema di Gestione per la Qualità continua ad essere un elemento portante dell'attività svolta dalla struttura. 2. Prosecuzione dell'applicazione e consolidamento del lavoro svolto dall'Organismo di Vigilanza collegiale per l'applicazione del D. Lgs. 231/01. L'obiettivo è stato raggiunto, l'Organismo di Vigilanza collegiale è attivo nel monitoraggio e controllo come previsto dal D. Lgs. 231/01. 3. Realizzazione di 2 convegni su temi inerenti la riabilitazione e, più in generale, l'attività della Casa di Cura L'obiettivo è stato raggiunto e sono stati realizzati i seguenti convegni: "Risk Clinical Management: il problema degli errori nella terapia sanitaria", "La gestione della Cartella Clinica". 4. Realizzazione di un Hospice con accreditamento da parte della Regione Lazio. L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto, in quanto l'Hospice è stato realizzato, la Regione Lazio ne ha autorizzato il funzionamento per 18 posti letto ma è ancora fermo l'accreditamento che ne consentirebbe l'effettiva apertura agli utenti.

5. Realizzazione di una Lungodegenza (Codice 60) con accreditamento da parte della Regione Lazio.

L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto, la Lungodegenza è stata realizzata, la Regione Lazio ne ha autorizzato il funzionamento per 20 posti letto ma è ancora fermo l'accreditamento che ne consentirebbe l'effettiva apertura agli utenti.

6. Formazione del personale neoassunto su argomenti riguardanti la sicurezza lavoro e l'attività assistenziale.

L'obiettivo è stato raggiunto e tutto il personale neoassunto ha ricevuto, attraverso appositi corsi, la formazione relativa al D. lgs 81/08 e al Rischio Clinico.

7. 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 a posto.

8. Verificare la corretta adeguatezza nell'accesso da parte degli utenti alla documentazione 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 effettuate.

Il delegato dell'Amministratore Unico, con l'apporto del Direttore Sanitario e degli altri responsabili della struttura 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.

PRESTAZIONI DI
PROCESSO E

Le prestazioni dei singoli processi, come evidenziate dai relativi indicatori, mostrano che i servizi erogati

	<p>CONFORMITÀ DI PRODOTTI E SERVIZI</p>	<p>sono conformi alle aspettative dell'utenza e della Regione Lazio (Committente).</p>
	<p>NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE</p>	<p>Durante lo scorso anno sono state aperte n. 7 Non Conformità. Tutte le Non Conformità sono state chiuse. Non sono state intraprese Azioni Correttive nel corso dello scorso anno.</p>
	<p>RISULTATI DEL MONITORAGGIO E DELLA MISURAZIONE</p>	<p>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.</p>
	<p>RISULTATI DI AUDIT</p>	<p>Gli Audit Interni, effettuati nel corso del mese di aprile in forma documentale e telematica e per quanto consentito dall'attuale situazione, 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.</p>
	<p>PRESTAZIONI DEI FORNITORI ESTERNI</p>	<p>Sono state esaminate le prestazioni dei fornitori esterni, risultanti dalle Schede Fornitore e dai risultati delle verifiche effettuate sui prodotti/servizi forniti. Tutti gli acquisti e tutti i servizi vengono effettuati presso fornitori qualificati secondo quanto stabilito nel Sistema di Gestione per la Qualità. Tutte le forniture di prodotti, prima di essere accettate, sono verificate.</p>
<p>ADEGUATEZZA DELLE RISORSE</p>	<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, evidenzia che tutte le necessità professionali sono soddisfatte.</p> <p>Il Comitato Scientifico ha predisposto un Piano Annuale di formazione e addestramento per l'anno attualmente in corso con appuntamenti formativi per le varie figure professionali.</p> <p>Il personale è stato sollecitato più volte nel corso dell'anno a partecipare a corsi ECM e questo ha fornito risultati migliorati rispetto al passato. Per facilitare il conseguimento dei crediti ECM, la Direzione ha realizzato in sede numerosi corsi con erogazione di crediti ECM.</p>	

<p>EFFICACIA DELLE AZIONI INTRAPRESE PER AFFRONTARE I RISCHI E LE OPPORTUNITÀ</p>	<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. 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. All'inizio del corrente anno 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 è stato necessario intraprendere azioni per affrontarli.</p>
<p>OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO</p>	<p>Le opportunità di miglioramento per la struttura sono state identificate e descritte in apposito documento, dove sono indicate anche le eventuali azioni intraprese. All'inizio del presente anno si è nuovamente proceduto ad aggiornare il documento inserendo le nuove opportunità individuate e le eventuali azioni relative.</p>

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

<p>OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO</p>	<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. Il Sistema di Gestione per la Qualità e i suoi processi sono rispondenti alle aspettative del delegato dell'Amministratore Unico, del Committente e degli 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 pensa che al momento non siano necessarie modifiche al Sistema di Gestione per la Qualità 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. Qualora da parte della Regione Lazio dovesse terminare la sospensione attualmente in vigore e dovesse accreditare i due nuovi servizi di Hospice e di Lungodegenza (Codice 60), la struttura dovrà provvedere al personale relativo al loro funzionamento. A tale scopo la struttura ha già predisposto specifici piani.</p>
<p>EVENTUALI AZIONI</p>	<p>Le azioni da intraprendere, o intraprese, sono elencate negli Obiettivi</p>

PROPOSTE

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.

CONCLUSIONI

Il presente Riesame di Direzione fornisce globalmente un risultato positivo quanto al rispetto degli impegni assunti dalla struttura sia nei riguardi del Committente, Regione Lazio, sia nei riguardi degli utenti che si rivolgono alla struttura.

Gli impegni assunti dalla struttura, in particolare con la Carta dei Servizi e quelli verso la Politica della Qualità, risultano adeguatamente rispettati.

Il delegato dell'Amministratore Unico vede come obiettivi per il futuro della struttura una migliore attuazione da parte di tutto il personale di quanto definito nel proprio Sistema di Gestione per la Qualità.

Il delegato dell'Amministratore Unico

Tonino Dario Turchi

Il Responsabile del Sistema Qualità

Mario Spiridigliozzi

DATA: 29 aprile 2020