

## RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>	<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>	<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>
12/02/2019	RQ	Micheloni Francesco Sabatini Alfredo Pedicone Anna Bruna	04/03/2019	RDQ	Santarelli Franco	18/03/2019	DGE	Fagnano Roberto


 ASL TERAMO www.aslteramo.it	<h1>PROCEDURA AZIENDALE</h1>	Documento: PA05 Revisione n.: 3 Data: 18/3/2019
Direzione Strategica		pag. 2 di 6

## ***ELENCO DELLE REVISIONI***

Paragrafo	Descrizione Modifica	Rev. N.	Data Rev.
5.6	Aggiornamento Paragrafo "Registrazioni"	2	23/2/2012
5.7	Aggiunto nuovo paragrafo "Indicatori della qualità"	2	23/2/2012
Tutti	Adeguamento della procedura alla norma UNI EN ISO 9001:2015	3	18/3/2019

## INDICE

<b>1. SCOPO</b> .....	<b>4</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI</b> .....	<b>4</b>
<b>4. RESPONSABILITÀ</b> .....	<b>4</b>
<b>5. MODALITÀ ESECUTIVE</b> .....	<b>4</b>
5.1 GENERALITÀ.....	4
5.2 PARTECIPANTI E MODALITÀ DI CONVOCAZIONE .....	4
5.3 PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO.....	4
5.4 ARGOMENTI DEL RIESAME (elementi in ingresso).....	5
5.5 ESITI DEL RIESAME (elementi in uscita).....	5
5.6 INDICATORI DELLA QUALITÀ .....	5
<b>6. RIFERIMENTI</b> .....	<b>6</b>
<b>7. ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI</b> .....	<b>6</b>
<b>8. ALLEGATI</b> .....	<b>6</b>

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<h1>PROCEDURA AZIENDALE</h1>	<p>Documento: PA05 Revisione n.: 3 Data: 18/3/2019 pag. 4 di 6</p>
<p>Direzione Strategica</p>		

## 1. SCOPO

Questa procedura definisce le responsabilità della Direzione per lo sviluppo ed il mantenimento del Sistema Gestione Qualità dell'Unità Organizzativa, al fine di assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento agli indirizzi strategici dell'organizzazione.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica presso tutte le Direzioni e Unità Organizzative che rientrano nel Sistema di Gestione per la Qualità della ASL di Teramo.

## 3. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

RdD	Riesame di Direzione
DUO	Direzione Unità Organizzativa
RQ	Referente Qualità dell'Unità Organizzativa
SGQ	Sistema Gestione Qualità
U.O./UU.OO.	Unità Organizzativa/Unità Organizzative

## 4. RESPONSABILITÀ

DUO	È responsabilità di ogni Direzione garantire l'applicazione della presente procedura sottoponendo periodicamente a riesame il SGQ al fine di verificarne l'adeguatezza e l'efficacia.
RQ	Collabora con DUO organizzando e gestendo le attività di riesame.

## 5. MODALITÀ ESECUTIVE

### 5.1 GENERALITÀ

La Direzione deve, a intervalli pianificati, sottoporre a riesame il proprio SGQ per accertare che esso si mantenga idoneo, adeguato ed in grado di raggiungere i propri obiettivi.


La riunione di riesame di direzione consiste in una valutazione formale dell'intero Sistema di Gestione che deve riguardare gli aspetti riportati nel paragrafo 5.4.

### 5.2 PARTECIPANTI E MODALITÀ DI CONVOCAZIONE

Il riesame è organizzato da RQ, è condotto da DUO, e ad esso partecipa tutto il personale che si ritiene utile coinvolgere. Con congruo anticipo sulla data prevista per la riunione e con le modalità concordate, RQ invia la convocazione al personale coinvolto.

### 5.3 PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO

RQ, richiedendo la collaborazione di tutto il personale, predispone la documentazione necessaria allo svolgimento della riunione di riesame.

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<h1>PROCEDURA AZIENDALE</h1>	<p>Documento: PA05 Revisione n.: 3 Data: 18/3/2019</p>
<p>Direzione Strategica</p>		<p>pag. 5 di 6</p>

## 5.4 ARGOMENTI DEL RIESAME (elementi in ingresso)

Gli argomenti del riesame di direzione che devono essere trattati sono, almeno, i seguenti:

- a) lo stato delle azioni derivanti da precedenti RdD
- b) i cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il SGQ
- c) le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del SGQ, compresi gli andamenti relativi:
  - alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
  - alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
  - alle prestazioni di processo e alle conformità di prodotti e servizi;
  - alle non conformità e alle azioni correttive;
  - ai risultati del monitoraggio e della misurazione;
  - ai risultati di audit;
  - 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.

Gli elementi in ingresso sono riportati nel "Verbale di Riesame di Direzione" (Mod. PA05 01).

La documentazione necessaria per fornire le evidenze sullo stato dell'arte degli argomenti trattati può essere allegata al Verbale di Riesame (es: report riguardanti l'analisi del contesto e la valutazione/gestione del rischio, rapporti di verifiche ispettive, rapporti di non conformità, indicatori di processo, dati relativi alla soddisfazione degli utenti, piani di formazione del personale, ecc.).

## 5.5 ESITI DEL RIESAME (elementi in uscita)

Nella riunione di riesame vengono analizzati singolarmente gli elementi in ingresso (vedi paragrafo 5.4), i cui risultati costituiscono la base per eventuali azioni di miglioramento, al fine di aumentare l'efficacia dei processi e raggiungere gli obiettivi prefissati.

Le decisioni prese in tal senso dalla Direzione dell'U.O. costituiscono gli elementi in uscita al riesame, e devono comprendere:

- a) opportunità di miglioramento;
- b) ogni esigenza di modifica al sistema di gestione per la qualità;
- c) risorse necessarie.

Gli elementi in uscita sono riportati nel "Verbale di Riesame di Direzione" (Mod. PA05 01).

Se la complessità delle azioni da intraprendere è elevata, può essere necessario aprire un'Azione di Miglioramento, da condurre come previsto nella procedura aziendale "Azioni di Miglioramento" (PA04).

## 5.6 INDICATORI DELLA QUALITÀ

In più parti del SGQ risulta necessario individuare degli indicatori e definire i relativi valori Standard, per avere la possibilità di misurare l'andamento delle attività messe in essere nelle singole parti del SGQ e quindi dell'intero Sistema Organizzativo. Avremo così indicatori nella Carta dei Servizi Sanitari, nello Standard di Prodotto/Servizio, nella Gestione del Budget aziendale, nelle Azioni di Miglioramento, nei Processi, nelle Procedure, ecc.

Risulta evidente quindi la necessità di costruire una tavola sinottica che raccolga tutti gli indicatori individuati e le informazioni correlate a ciascuno di essi.

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<h1>PROCEDURA AZIENDALE</h1>	<p>Documento: PA05 Revisione n.: 3 Data: 18/3/2019 pag. 6 di 6</p>
<p>Direzione Strategica</p>		

Il modulo "Indicatori della qualità" (Mod. PA05 03) rappresenta uno strumento ad elevato contenuto informativo che consente alla Direzione, soprattutto in sede di riesame, una valutazione sintetica dell'andamento delle attività governate.

La valutazione del prodotto/processo si realizza attraverso la definizione di tre parametri:

- Caratteristiche del prodotto/processo (fattori di qualità)
- Indicatori
- Standard (valore prestabilito che l'indicatore deve assumere affinché la caratteristica indicata sia rispettata).

L'indicatore adottato dovrà essere necessariamente:

- Coerente (pertinente alla caratteristica che si vuole misurare)
- Misurabile (espresso in modo tale da permettere di oggettivare la caratteristica del processo/prodotto).

Al fine di raccogliere tutte le informazioni necessarie, modulo "Indicatori della qualità" è composto dalle seguenti voci:

- Indicazione del prodotto/processo cui l'indicatore si riferisce;
- La caratteristica di qualità misurata dall'indicatore;
- La definizione delle modalità di calcolo del valore dell'indicatore;
- Lo standard di riferimento dell'indicatore;
- Il/i responsabile/i del monitoraggio;
- La frequenza del monitoraggio;
- Le date di rilevazione ed i valori dell'indicatore monitorato.

## 6. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001:2015 punto 9.3 "Riesame di Direzione"
- UNI EN ISO 9001:2015 punto 9.1 "Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione"
- UNI EN ISO 9001:2015 paragrafo 10 "Miglioramento"

## 7. ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI

I verbali di riesame sono conservati in originale da RQ.

Tutta la documentazione analizzata in sede di riesame è conservata in allegato ai verbali di riesame.

Le UU.OO. sono tenute a conservare copia dei verbali per almeno tre anni.

## 8. ALLEGATI

"Verbale di Riesame di Direzione" (Mod. PA05 01)

"Indicatori della qualità" (Mod. PA05 02)