

POLITICA PER LA QUALITA'

La direzione si è dotata di un sistema di gestione per la qualità per i servizi resi ponendo il cliente/paziente e la sua soddisfazione quale fattore centrale di riferimento.

L'adozione di un sistema qualità è il culmine di un progetto di organizzazione interna delle metodologie operative, delle responsabilità del personale e delle procedure, in un percorso aziendale che non rappresenta un punto di arrivo, bensì una tappa nel processo di continuo miglioramento della nostra struttura e del sistema di gestione adottato; il tutto al fine del soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative dei clienti/pazienti e delle parti interessate. La direzione ha inoltre determinato e affrontato i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione del cliente/paziente, partendo dal contesto in cui si opera. Sulla base di quanto emerso si sono colte dei requisiti e delle aspettative che l'azienda ha recepito trasformandoli in obiettivi e indicatori e predisponendo un sistema di gestione appropriato.

Il presente documento è stato creato sulla base della missione e dei valori fondamentali della nostra struttura.

La nostra missione è quella di farsi carico dei problemi del cliente/paziente e di tutelare lo stesso, cercando di offrire risposte sempre più adeguate ai bisogni sanitari della popolazione e di coinvolgere tutta la struttura nell'ottenimento della soddisfazione del cliente/paziente.

Per questo la struttura è dotata di personale esperto e attento ai bisogni del cliente/paziente e delle parti interessate e ha puntato molto sull'informazione, precisa e puntuale all'esterno. La direzione intende lavorare in maniera armonica con la parte istituzionale che individua gli obiettivi da raggiungere nel rispetto delle regole e con la partecipazione dei medici, degli operatori sanitari e di tutto il personale a vari livelli che forniscono il proprio fondamentale contributo nel sistema.

Infine la direzione, come orientamento strategico, intende attenersi, nello svolgimento del servizio di assistenza, agli indirizzi previsti dalla normativa di riordino del SSN quali i requisiti organizzativi generali e specifici per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie (D.P.R. 14/01/97 e s.m.i.), requisiti organizzativi aggiuntivi stabiliti dall'autorità regionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie (D.lgs 502/517 del 92/93 e s.m.i.) il piano sanitario nazionale, il piano sanitario regionale e tutto quanto previsto dalle norme e leggi che regolano l'accreditamento, investendo in risorse e tecnologie adeguate.

A tal fine la struttura intende promuovere il miglioramento continuo del sistema di gestione al fine di garantire la qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, attraverso:

- il rispetto delle linee guida di riferimento nell'espletamento del servizio;
- la ricerca e il monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti sul servizio effettuato;
- La valorizzazione del livello di competenza tecnico-professionale degli operatori grazie a percorsi di formazione interna e di confronto sistematico con le migliori esperienze sviluppatesi all'esterno della struttura;

- la redazione, emissione e diffusione della Carta dei Servizi quale enunciazione di principi (eguaglianza, imparzialità, continuità, partecipazione ecc.), guida per gli utenti e illustrazione delle loro garanzie;
- Il consolidamento delle prassi di lavoro che prevedono sistematici momenti di confronto e integrazione con l'utenza e con gli operatori della struttura al fine di garantire una crescente attenzione al grado di soddisfazione degli operatori e degli utenti;
- Il mantenimento e l'aggiornamento del sistema di gestione in funzione delle modifiche nel tempo dei bisogni sanitari;
- Il rispetto della normativa di settore, relativa alla sicurezza dei dati personali e alla privacy (Regolamento UE 2016/679- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e s.m.i.);
- Il rispetto della sicurezza e la salvaguardia del personale durante lo svolgimento delle attività presso la struttura. (Dlgs.81/08 e le disposizioni integrative e correttive apportate dal Dlgs 106 del 3/08/09 e s.m.i.);
- Il Controllo continuo sulle apparecchiature da parte di un resp.le dedicato.
- Il rispetto delle pari opportunità di accesso a servizi di uguale qualità ai cittadini
- La garanzia dell'informazione e della comunicazione con i clienti/pazienti

Sulla base della politica della qualità vengono definiti annualmente degli obiettivi al fine di monitorare il servizio erogato ed assicurare il pieno rispetto della missione aziendale.

Tra gli obiettivi definiti annualmente dalla direzione con il supporto del direttore sanitario e del personale rientrano:

- Obiettivi relativi al miglioramento e monitoraggio dei servizi primari;
- Obiettivi relativi alla soddisfazione del cliente/paziente;
- Obiettivi relativi ai processi di supporto;

Gli obiettivi, gli indicatori, messi in atto per il monitoraggio degli stessi, e la politica per la qualità verranno portati a conoscenza del personale da parte della Direzione tramite momenti di incontro affinché vengano compresi e sostenuti al fine dell'attuazione delle azioni individuate per il raggiungimento degli stessi.

Inoltre, la direzione diffonde la politica affiggendo la stessa presso la propria struttura, al fine di portare a conoscenza della stessa sia il cittadino utente che la struttura interna.

Periodicamente, durante il riesame della direzione gli obiettivi, e la politica per la qualità verranno riesaminati ed eventualmente ridefiniti al fine di un loro adeguamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra l'organizzazione intende:

1. Monitorare le esigenze e le aspettative del mercato in particolare quello che coinvolge il cliente/paziente;
2. Coinvolgere il personale nel raggiungimento degli obiettivi;
3. Definire in appositi documenti obiettivi e indici misurabili legati per esempio alle non conformità, ai reclami da parte dei clienti/pazienti;
4. Individuare i momenti di controllo e di riesame degli obiettivi;
5. registrare l'attività di pianificazione, di controllo e di riesame;
6. mettere a disposizione le risorse necessarie;
7. costruire un sistema di informazione con il cliente puntuale e corretto.

Il piano di miglioramento riporta indicatori specifici che consentono di verificare il livello raggiunto ed individuare le aree di miglioramento. Quest'ultimo viene allegato al riesame e lo utilizzato separatamente in base alle esigenze interne.

Umbertide, 20/03/23

LA DIREZIONE


MOD 132