

CASA DI CURA GIBIINO S.R.L.

RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE SULLE ATTIVITÀ SVOLTE

ANNO 2022



INDICE

MATRICE DELLE REVISIONI	2
1. SCOPO	3
2. IMPEGNO DELLA DIREZIONE	3
2.1. Orientamento all'Utenza	4
2.2. Politica per la Qualità	5
3. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ	5
4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA	6
4.1. Risorse	6

1. POLITICA DELLA QUALITÀ

La struttura è stata realizzata nel 1965 e autorizzata per attività sanitaria ad indirizzo poli-specialistico ed autorizzata ad operare nei campi di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Ostetricia e Ginecologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologia.

Accreditata con il Servizio Sanitario nazionale è al contempo convenzionata con le Assicurazioni Integrative

UNITÀ OPERATIVA	POSTI LETTO AUTORIZZATI E CONVENZIONATI COL S.S.N.	POSTI LETTO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE
CHIRURGIA GENERALE	20	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA <i>(ad esclusione dell'attività di ricovero finalizzata all'evento nascita)</i>	5	
OCULISTICA	5	
UROLOGIA	15	
OTORINOLARINGOIATRIA	5	
DAY SURGERY POLISPECIALISTICO <i>(per le discipline accreditate)</i>	10	
DAY SURGERY POLISPECIALISTICO <i>(per le discipline accreditate e per la disciplina di Chirurgia Plastica)</i>	-	2
TOTALE	60	2

2. IMPEGNO DELLA DIREZIONE

L'attività della Casa di Cura è orientata ad assicurare al Servizio Sanitario Nazionale la disponibilità di una Struttura in grado di assolvere efficacemente e tempestivamente ai compiti previsti per le strutture ospedaliere private, alle condizioni normative ed economiche stabilite nell'atto di convenzione.

L'Alta Direzione si è posta come obiettivo quello di raggiungere alti livelli di competitività nella qualità del servizio e nel consumo delle risorse necessarie alla sua realizzazione ed erogazione.

A tal fine la Casa di Cura ha disposto una struttura organizzativa coerente con il flusso dei processi chiave, numero di prestazioni e ricoveri, adeguati a raggiungere gli obiettivi fissati.

In considerazione dell'impatto che hanno sul conseguimento degli obiettivi prefissati e tenuto conto della rilevanza delle risorse umane e materiali impiegati, la Casa di Cura ha individuato i propri processi primari e di supporto, quali:

Processi
Responsabile

1. Prestazioni ambulatoriali	Direttore Sanitario
2. Prestazioni in regime di ricovero	Responsabile Unità Funzionale
3. Approvvigionamenti	Responsabile Acquisti
4. Gestione del sistema Informativo	Responsabile Sistema Informativo
5. Manutenzione immobili, impianti, attrezzature	Responsabile Dei Servizi Tecnici e Gestione Impianti Gas Medicali
6. Selezione ed Addestramento del Personale	Direzione Sanitaria Amministrazione
7. Privacy e Trattamento dei Dati personali	Legale Rappresentante Responsabile per la Protezione dei Dati

L'adeguatezza del presidio, l'efficacia e l'efficienza dei processi, rilevati sistematicamente attraverso il monitoraggio di indicatori interni ed esterni sono assicurati dalla costante verifica dell'intero Sistema Qualità da parte dell'Alta Direzione.

2.1. Orientamento all'Utenza

La Casa di Cura utilizza la "Carta dei Servizi" e il Sito Web Istituzionale per rendere visibili tanto ai Cittadini Utenti quanto alle Pubbliche Amministrazioni, cui è demandato il controllo sulla qualità dei servizi erogati, i propri programmi, i propri impegni, le politiche e le strategie, attraverso le quali intende migliorare costantemente la qualità percepita dagli Utenti e dai propri familiari/accompagnatori.

La politica della Qualità definita dall'Alta Direzione intende:

- recepire ed analizzare le esigenze/attese del Cittadino-Utente;
- definire coerenti obiettivi di qualità dei servizi offerti;
- individuare i fattori di qualità e definire gli standard interni;
- migliorare costantemente le attività interne;
- rivedere i processi aziendali per prevenire le non conformità;
- misurare la qualità percepita dai Cittadini Utenti;
- aggiornare l'informazione sui servizi e sulle modalità di fruizione;
- sviluppare le capacità professionali del Personale aumentandone la motivazione.

Per assicurare il più alto livello di qualità delle prestazioni erogate ai Cittadini Utenti, la Casa di Cura ha formalizzato, nelle procedure e nei protocolli, i flussi delle attività da svolgere ed ha definito le responsabilità di tutto il Personale che opera al proprio interno.

La politica della qualità e gli obiettivi a breve, medio e lungo termine sono presentati e resi fruibili a tutte gli *stakeholders* tramite i documenti interni alla struttura sia tramite le risorse informatiche e web-based.

La verifica della capacità di soddisfare le esigenze espresse ed implicite dei cittadini utenti è affidata alla rilevazione dei livelli di qualità percepita (vedi “DRRCS01-03 *Questionari di Soddisfazione degli Utenti*”).

I report relativi a tale rilevazione costituiscono l’input essenziale per il miglioramento delle prestazioni erogate e per l’eventuale sviluppo del servizio in direzione di una più ampia capacità di soddisfacimento delle esigenze dei Cittadini Utenti. L’analisi ed il commento delle risultanze della rilevazione, effettuati nell’ambito delle ore di formazione ed addestramento, consentono a tutto il Personale di comprendere al meglio le esigenze degli Utenti e di verificare l’adeguatezza del proprio comportamento ai fini del loro pieno soddisfacimento.

2.2. Politica per la Qualità

La Casa di Cura intende garantire:

- il massimo della sicurezza nell’erogazione del servizio;
- la disponibilità di tutti i mezzi reputati necessari alla diagnosi ed alla terapia medica da parte delle équipe medico responsabile.

L’Alta Direzione, con il supporto delle figure apicali della Casa di Cura, ha formalizzato, nei documenti All01.PRPOR0506 e All02.PRPOR0506, allegati alla procedura PRPOR0506, le politiche e le strategie per il conseguimento degli obiettivi di Qualità a breve, medio e lungo termine.

La verifica sull’effettiva capacità del sistema aziendale di conseguire gli obiettivi stabiliti è demandata in prima istanza alla conduzione di audit interni (vedi “PRVII0802 – *Manuale per la conduzione degli audit interni*”), all’analisi dell’andamento degli indicatori interni ed al riesame del Sistema Qualità compiuto periodicamente dal Comitato Qualità.

Sono, poi, le risultanze della rilevazione dei livelli di qualità percepita a stabilire in termini definitivi il grado di conseguimento degli obiettivi di qualità ed a fornire indicazioni per l’aggiornamento degli stessi o per la formulazione di nuovi.

Nello specifico nell’Allegato “All02.PRPOR0504 - Politica aziendale” si esplicitano gli obiettivi che la Direzione intende perseguire a livello gestionale e organizzativo.

3. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ

La Casa di Cura Gibiino S.r.l., annualmente, in sede di Riesame della Direzione pianifica i propri obiettivi.

Di conseguenza, la Qualità non viene intesa esclusivamente come valore oggettivo di rispondenza del servizio alle norme di legge e contrattuali, ma come capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dell'Utente, attraverso la gestione ed il miglioramento continuo del Sistema Aziendale. Nell'allegato "AII01.PROPQ0204 – Obiettivi Qualità", l'Alta Direzione della Casa di Cura stabilisce gli obiettivi di qualità che le Funzioni Aziendali devono conseguire.

Essi sono correlati tanto agli indicatori esterni, rilevati a mezzo di sondaggi (livello di qualità percepita dagli Utenti sui singoli aspetti del servizio), quanto agli indicatori interni, attraverso i quali, come stabilito dalla procedura "PRMPR0502 – Monitoraggio e misurazione dei processi" viene sistematicamente monitorata la qualità erogata in termini di rispondenza del servizio agli standard stabiliti.

4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Scopo del presente paragrafo è quello di illustrare come sono state attribuite e comunicate a tutto il personale interessato le responsabilità e le autorità per assicurare un efficiente Sistema di Gestione per la Qualità.

In particolare l'organigramma viene redatto, aggiornato e distribuito periodicamente all'Intero Personale.

4.1. Risorse

La Casa di Cura Gibiino S.r.l., ha definito compiti e responsabilità del proprio Personale nella procedura di sistema "vedi PRDDP0505 – *Descrizione delle posizioni*".

Di seguito si sintetizzano le responsabilità e l'autorità per i Vertici della Casa di Cura e per gli Organismi collegiali di indirizzo e di controllo.

A. POSIZIONI DI VERTICE

Presidente CdA (P)

Il Presidente del CdA definisce le politiche e le strategie dell'Azienda. Ha la responsabilità diretta dei rapporti con gli Enti Pubblici e in particolare con la ASP e l'Assessorato Regionale della Salute, con il quale stipula la convenzione che stabilisce le condizioni strutturali, tecnico-organizzative ed economiche per l'erogazione dei servizi agli aventi diritto alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Direttore Sanitario (DS)

Ha le responsabilità relative alla pianificazione e programmazione della realizzazione ed erogazione dei servizi. A tal fine tiene conto della legislazione vigente in materia sanitaria, dei contenuti della convenzione stipulata con l'Assessorato Regionale della Salute, della Politica della Qualità definita dall'Amministratore Unico. All'interno della Direzione Sanitaria e sotto la diretta responsabilità del Personale Medico vengono svolte, in particolare, le seguenti attività indirizzate ad assicurare la qualità dei servizi:

- approvazione dei protocolli medici, infermieristici e di laboratorio predisposti dai Responsabili di Raggruppamento e di Servizi Specialistici, con il supporto dei Responsabili di Unità Funzionale;
- individuazione ed analisi delle non conformità dei prodotti e del servizio secondo quanto disposto dalla procedura "vedi PRGNC0803 - *Gestione delle non conformità – azione correttive*";

- disposizione e verifica delle azioni correttive e preventive per l'applicazione delle procedure di sistema e delle istruzioni operative secondo quanto stabilito dalla procedura "vedi PRGNC0803 - Gestione delle non conformità – azioni correttive";
- controllo dei parametri di efficacia ed efficienza riportati nella procedura "vedi PRMPR0802 - Monitoraggio e misurazione dei processi";
- analisi delle risultanze dei rilievi di *customer-satisfaction* e dei motivi di insoddisfazione dei pazienti secondo quanto previsto dalla procedura di sistema "vedi PRRCS0502 – Rilevazione della soddisfazione dei cittadini utenti".

B. ORGANISMI COLLEGIALI DI INDIRIZZO E CONTROLLO

Comitato Qualità (CQ) costituito da:

- Presidente CdA
- Direttore Sanitario
- Responsabile Qualità
- Responsabile Servizi Prevenzione e Protezione

Si riunisce annualmente, o più frequentemente in caso di necessità segnalata dal RQS per verificare l'andamento del Sistema Qualità ed individuare e approvare le azioni preventive necessarie per il miglioramento; le riunioni del Comitato sono formalizzate e si chiudono con la stesura del verbale archiviato da RQ (vedi documento DRVCQ01).

Comitato dei Medici (CM)

È costituito da:

- Direttore Sanitario;
- Referente Rischio Clinico;
- Responsabile Qualità;
- Responsabile di Raggruppamento;
- Responsabili di Unità Funzionale;
- Responsabili di Servizio Specialistico.

Ha il compito di determinare, verificare ed aggiornare gli indirizzi diagnostici e terapeutici, riesaminando i protocolli medici, chirurgici ed infermieristici ed il prontuario dei farmaci.

Gruppo Operativo per la lotta alle infezioni ospedaliere, costituito da:

- Direttore Sanitario;
- Referente Rischio Clinico;
- Responsabile Qualità;
- Responsabile Raggruppamento;
- Responsabile dei Servizi Specialistici;
- Capo Sala;
- Referente Blocco Operatorio.

Ha il compito di attivare protocolli assistenziali ed operativi per la sorveglianza delle infezioni e di verificarne la corretta attuazione.

Comitato Rischio Clinico

In base al D.A. 6361 del 5/10/2005 si è costituito il comitato per il rischio clinico che si riunisce annualmente presieduto dal Direttore Sanitario o suo delegato, sono presenti inoltre:

- Presidente CdA;
- Responsabile Qualità;
- Referente Rischio Clinico;
- Facilitatore del Rischio Clinico;
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- Responsabile di Raggruppamento;
- Responsabile Unità Funzionale Chirurgia Generale, Oculistica, Ginecologia ed Ostetricia, Chirurgia Plastica, Otorinolaringoiatria e Urologia;
- Responsabile del Servizio di Anestesia;
- Rappresentante Gruppo NOC;
- Responsabile del Servizio di Cardiologia;
- Responsabile del Servizio Laboratorio Analisi;
- Responsabile del Servizio di Radiologia;
- Capo Sala;
- Referente Blocco Operatorio.

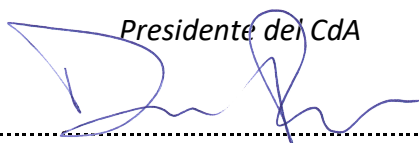
Il comitato del rischio clinico ha il compito di:

- Attuare programmi di formazione del personale;
- predisporre distinte linee guida secondo le normative vigenti.


Gruppo di Audit Interni (GVI)

Con il coordinamento del RQ, effettua gli audit interni relativi ai processi di realizzazione ed erogazione dei servizi, ai processi amministrativi, all'Organizzazione ed alla conduzione, formazione e responsabilizzazione del Personale. Le modalità per la costituzione del GVI ed il suo funzionamento sono stabilite nella procedura "PRVII0802 - *Manuale per la conduzione degli audit interni*".

Presidente del CdA



Direttore sanitario



Responsabile Qualità

