

POLITICA DELLA QUALITA'

All. 03-M Rev.0

La direzione si è dotata di un sistema di gestione per la qualità per i servizi resi quale ambulatorio polispecialistico, attività fisioterapiche, diagnostica per immagini (ecografie), punto prelievi, medicina del lavoro e dello sport, visite specialistiche di cardiologia, ortopedia, pneumologia, otorino, dietologia e nutrizione, ginecologia, ortopedia, gnatologia sportiva ed ortottica ecc.. ponendo il cliente 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 del nostro ambulatorio; il tutto al fine del raggiungimento della soddisfazione dell'Utente e degli obiettivi.

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 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.

Per questo la struttura è dotata di personale esperto e attento ai bisogni del cliente e ha puntato molto sull'informazione, precisa e puntuale all'esterno.

La direzione intende inoltre 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 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), requisiti organizzativi aggiuntivi stabiliti dall'autorità regionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie il piano sanitario nazionale, il piano sanitario regionale e tutto quanto previsto dalle norme e leggi che regolano l'accreditamento.

A tal fine la struttura intende promuovere il miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti 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 del centro;
- 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 del centro al fine di garantire una crescente attenzione al grado di soddisfazione degli operatori e degli utenti.
- Il mantenimento di un sistema di gestione adeguato e orientato verso processi di miglioramento continuo;
- Il rispetto della normativa di settore, relativa alla sicurezza dei dati personali (GDPR 2006 E D.lgs 196/2003 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

POLITICA DELLA QUALITA'

All. 03-M Rev.0

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 della comunicazione interna con il cliente;
- Obiettivi relativi al miglioramento nel servizio;
- Obiettivi relativi alla soddisfazione del cliente;
- Obiettivi relativi ai processi di supporto.

Gli obiettivi 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 degli stessi e del sistema predisposto.

Inoltre, la direzione diffonde la politica affiggendo la stessa presso il proprio centro, 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;
2. Coinvolgere il personale nel raggiungimento degli obiettivi;
3. Definire in appositi documenti obiettivi e indici misurabili legati per es, alle non conformità, ai reclami da parte dei clienti;
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.

Per maggiori informazioni sugli obiettivi individuati in relazione alle diverse aree all'interno dell'azienda e ai controlli predisposti per verificare il raggiungimento degli stessi è stata predisposta apposita documentazione. 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/o utilizzato separatamente in base alle esigenze interne.

Per l'istituzione, gestione e applicazione del sistema di gestione per la qualità è stato nominato il **Responsabile del Sistema di gestione per la Qualità (RSQ)**, avente la specifica autorità per assicurare che il SQ, istituito e mantenuto attivo, sia conforme alla norma di riferimento.

Perugia, 20/04/2024

LA DIREZIONE
