 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	1/12




Clinica La Vialarda

Istituto ad Alta Specializzazione

Politica, Riesame, Organizzazione


APPROVAZIONI E STATO DELLE MODIFICHE

02	Terza emissione (<i>integrazioni ISO 9001:2015</i>)	DG	RQ	DG	01.01.2018
01	Seconda emissione (<i>aggiunta commissione incident reporting</i>)	DG	RQ	DG	20.03.2015
00	Prima emissione	DG	RQ	DG	24.06.2011
Edizione	Descrizione e riferimenti	Redatto	Verificato	Approvato	Data

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	2/12

Sommaro

1. Scopo ed applicabilità	3
2. Applicabilità	3
2.1 Documenti generati.....	3
2.2 Comunicare la politica per la qualità	3
3. Generalità	4
3.1 Politica aziendale dello SGQ	4
3.1.1 <i>Contenuti del documento di politica aziendale</i>	4
3.1.2 <i>Risultati del riesame della politica del sistema qualità</i>	4
3.2 Riesame della Direzione.....	4
3.2.1 <i>Riunione di Riesame</i>	5
3.2.2 <i>L'approccio definito dalla norma UNI EN ISO 9001:2015</i>	5
3.2.3 <i>Approccio Risk-based Thinking</i>	6
3.3 Obiettivi ed indicatori della qualità	7
3.4 Diffusione dei documenti.....	7
4. Organizzazione	7
4.1 Rappresentante della Direzione.....	7
4.2 Organizzazione generale	8
4.2.1 <i>Servizi di linea</i>	8
4.2.2 <i>Altri uffici</i>	8
4.2.3 <i>Servizi di Staff</i>	9
4.2.4 <i>Servizi Sanitari</i>	10
4.3 Commissioni	11
4.4 Compiti delle Commissioni	11
4.4.1 <i>Commissione per la lotta delle infezioni ospedaliere</i>	11
4.4.2 <i>Commissione Controllo Cartelle Cliniche</i>	11
4.4.3 <i>Commissione per il buon uso del sangue</i>	11
4.4.4 <i>Commissione farmaceutica</i>	12
4.4.5 <i>Commissione per l'uso economico e appropriato delle apparecchiature elettromedicali</i> .	12
4.4.6 <i>Commissione Incident Reporting</i>	12

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	3/12

1. Scopo ed applicabilità

Scopo della presente Procedura Operativa è definire:

- l'emissione, la diffusione e la gestione del documento di Politica Aziendale
- le modalità di Riesame della Direzione del Sistema di gestione per la qualità
- la struttura organizzativa aziendale

2. Applicabilità

La presente procedura si applica alla gestione del sistema qualità aziendale e riguarda le attività e le responsabilità della Direzione Aziendale per quanto riguarda:

- la definizione, diffusione, comprensione e condivisione della Politica Aziendale per la Qualità
- il riesame della Direzione del sistema e la diffusione dei risultati
- la definizione ed il perseguimento degli obiettivi di miglioramento.
- la definizione della struttura organizzativa aziendale

2.1 Documenti generati

- **IL_010101** valutazione della soddisfazione dell'utente
- **IL_010102** Istruzione sulla Privacy
- **IL_010103** Regolamento Privacy
- **IL_010104** Istruzione per la protezione dei dati personali
- **IL_010106** Mappatura dei Processi
- **IL_010107** Definizione e gestione indicatori
- **IL_010108** Outsourcing
- **MO_010120** Verbale di riesame di direzione
- **MO_010102** questionario di soddisfazione ambulatoriale
- **MO_010101** questionario di soddisfazione degenti
- **MO_010103** Documento di Politica Aziendale


2.2 Comunicare la politica per la qualità

Definire cosa sia la qualità non è facile perché questa è un concetto relativo che, come tale, può essere definito in molteplici modi; la definizione che però pare essere più appropriate per la Clinica La Vialarda, tenuto conto dell'ambito nel quale opera, è la seguente:

La Qualità è un rapporto tra una realizzazione e un'attesa perché esprime il livello di corrispondenza tra le attese del paziente e il servizio offerto: più le attese e il servizio si sovrappongono, più questi saranno giudicati essere "di qualità".

Il primo dei valori contenuti nel Codice Etico del Gruppo Sanitario Policlinico di Monza, che ispirano l'azione dei dipendenti della Clinica La Vialarda, è quello di "Amare il paziente"; essi si possono così riassumere:

- Amare il paziente
- Amare la propria professione
- Avere consapevolezza del proprio ruolo
- Credere nella missione aziendale

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	4/12

3. Generalità

La Direzione della Clinica La Vialarda è pienamente consapevole del proprio ruolo e della leadership che deve essere perseguita costantemente al fine di fornire un servizio che risponda alle esigenze dei Clienti, nel rispetto della normativa cogente.

In particolare la Direzione è promotrice del processo di miglioramento continuo, convinta del ruolo caratteristico che essa ha nell'effettivo avvio e progresso di questo processo.

3.1 Politica aziendale dello SGQ

La Direzione ha elaborato un documento di politica aziendale relativo al sistema qualità per verificarne l'attuazione e la rispondenza alle effettive necessità; tale documento è periodicamente rivisto:

- in sede di Riesame di Direzione;
- a fronte dell'evoluzione delle normative di Legge;
- necessità di evoluzione dell'Azienda stessa.

L'attuazione della politica aziendale è responsabilità dell'organizzazione aziendale preposta alla gestione del sistema qualità.

3.1.1 Contenuti del documento di politica aziendale

Il **"Documento di politica aziendale"** – MO_010103 - assicura:

- rispetto della legislazione vigente, attraverso l'acquisizione, la valutazione e l'assolvimento dei principi normativi;
- l'impegno incentrato al soddisfacimento dei requisiti espressi dai "Clienti" e delle parti interessate;
- l'impegno al miglioramento continuo dell'efficacia del sistema;
- il coinvolgimento del personale con opera di sensibilizzazione rispetto alla qualità erogata nel servizio;
- la formazione come momento di accrescimento professionale del personale;
- il controllo del SGQ attraverso momenti di valutazione interna (audit interni);
- la promulgazione di un'adeguata informazione tecnico / scientifica all'esterno;
- il riesame della politica aziendale per accertarne la continua idoneità alle esigenze aziendali.

La politica per la qualità è promossa a tutti i livelli: è stata esposta e dibattuta con i dipendenti che, nell'ambito delle loro funzioni, l'hanno recepita e partecipano alla continua evoluzione del Sistema Qualità aziendale.


3.1.2 Risultati del riesame della politica del sistema qualità

La revisione del documento di politica aziendale comporta la riemissione del documento ed alla sua diffusione aziendale. La Direzione definisce l'eventuale diffusione alle parti interessate esterne all'azienda.

3.2 Riesame della Direzione

Il riesame della direzione è condotto dalla Direzione e riguarda:

- l'analisi delle non conformità;
- risultati delle verifiche ispettive interne;
- i requisiti delle normative cogenti;

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	5/12

- l'analisi delle prestazioni dei processi (indicatori della qualità);
- lo stato delle azioni correttive e preventive;
- l'analisi dei reclami dei clienti;
- le azioni a seguire da precedenti riesami effettuati dalla direzione;
- le modifiche che potrebbero avere effetti sul SGQ;
- l'analisi dell'andamento delle prestazioni dei fornitori

Il riesame ha cadenza annuale e sulla base della politica aziendale e dei risultati conseguiti nel periodo, definisce gli obiettivi di miglioramento ritenuti necessari per l'azienda. In seguito al riesame vengono anche individuati gli eventuali bisogni di risorse.

3.2.1 Riunione di Riesame

Annualmente, la Direzione Generale riesamina con RQ, DS, lo stato del Sistema Qualità; allo scopo sono considerati i risultati delle attività, opportunamente sintetizzati da RQ:

- Indicatori di prestazione dei processi aziendali
- soddisfazione dei clienti (URP)
- problematiche emerse dall'esame delle Non Conformità sui prodotti, sul servizio, dagli audit, con il personale.

Nella riunione sono definiti gli obiettivi specifici per ciascun settore aziendale, in modo da permettere, in relazione ai principi di soddisfazione dei pazienti, in relazione alla politica aziendale:

- l'adeguamento delle risorse umane
- l'adeguamento delle risorse tecnologiche (Commissione per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomedicali)
- l'adeguamento delle risorse organizzative
- l'adeguamento del Sistema Qualità

RQ provvede a verbalizzare il riesame, definendo, di concerto con la DG, le necessarie Azioni Correttive e Preventive emerse, a fronte delle problematiche individuate.

Tale verbale costituisce registrazione della qualità e viene conservato a tempo illimitato a cura di RQ.


RQ provvede quindi a definire nel dettaglio le AC e/o AP necessarie, intervenendo, nel periodo successivo:

- a livello organizzativo, del Sistema Qualità, mediante adeguamento del Sistema Documentale (procedure, istruzioni); vedi **PO_0501**
- presso i Responsabili delle Funzioni coinvolte, promuovendo opportuni interventi formativi; vedi **PO_1801**
- sorvegliando nel tempo l'esito delle Azioni individuate, mediante il Sistema degli Audit

La Direzione redige verbale del riesame **MO_010120** riportante, le conclusioni e gli obiettivi di miglioramento individuati e le relative azioni e responsabilità.

3.2.2 L'approccio definito dalla norma UNI EN ISO 9001:2015

L'approccio per processi adottato da Policlinico di Monza S.p.A. Clinica La Vialarda implica la definizione sistemica e la gestione dei processi e delle loro interazioni, in modo da conseguire i risultati attesi in conformità con la politica per la qualità e agli indirizzi strategici dell'organizzazione.

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	6/12

Per la gestione dei processi e del Sistema nel suo insieme viene realizzata da Policlinico di Monza Clinica La Vialarda mediante l'utilizzo del ciclo PDCA, con un orientamento generale al risk based thinking, per cogliere le opportunità e prevenire risultati indesiderati.

L'adozione dell'approccio per processi permette di:

- comprendere i requisiti e di soddisfarli in maniera coerente;
- considerare i processi in termini di calore aggiunto;
- conseguire efficaci prestazioni di processo;
- migliorare continuamente i processi analizzati, mediante valutazione di dati e informazioni.

Nella definizione dei processi interni all'organizzazione che costituiscono il Sistema Gestione per la Qualità, Policlinico di Monza S.p.A. Clinica La Vialarda ha istituito definito le modalità per:

- definire i rischi e le opportunità esterne all'organizzazione, per affrontarli sfruttando i punti di forza e riducendo le debolezze interne;
- determinare gli input necessari e i relativi output derivanti da ciascun processo;
- determinare le sequenze e l'interazione dei diversi processi;
- definire, applicare e monitorare i criteri e i metodi necessari ad assicurare l'efficace funzionamento del sistema;
- determinare le risorse necessari a ciascun processo;
- fornire supporto e strumenti necessari ai responsabili di ciascun processo;
- valutare i processi e adottare strategie e/o azioni necessarie per assicurare il raggiungimento dei risultati attesi;
- migliorare continuamente i processi e dunque il sistema SGQ.

L'approccio della Clinica viene esplicitato nella procedura **PO400.01 CONTESTO, PROGRAMMAZIONE E LEADERSHIP**, mentre il programma strategico derivante dall'analisi del contesto, delle opportunità e dei requisiti dei pazienti viene esplicitato nel documento programmatico **PO600.01 Piano Strategico 2017_2019**.

3.2.3 Approccio Risk-based Thinking

Al fine di garantire un approccio per processi, e dunque, di conseguenza, un SGQ in linea con le attuali disposizioni normative, Policlinico di Monza S.p.A. Clinica La Vialarda adotta in corrispondenza del Modello PDCA di cui al precedente paragrafo, un approccio di Risk-based Thinking.

Tale modalità operativa affianca all'approccio reattivo, un approccio ed un'analisi proattiva.


Il Metodo Reattivo è caratterizzato da uno studio a posteriori degli incidenti ed è mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi → **Incident Reporting MO_130103**

Il Metodo Proattivo mira all'individuazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi ed è basato sull'analisi dei processi, l'individuazione delle criticità con l'obiettivo di continuo miglioramento → **FMEA MO_400.01.03.01**.

Le fasi da adottarsi nell'ambito del risk-based thinking sono le seguenti:

analisi del contesto con relativa valutazione del rischio che è composta come segue:

- identificazione del rischio;
- Analisi del Rischio;
- Ponderazione del Rischio;
- Trattamento del Rischio.

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	7/12

3.3 Obiettivi ed indicatori della qualità

A seguito delle attività di riesame la Direzione definisce gli obiettivi che possono riguardare:

- **il personale**; sono considerati: le qualifiche, la puntualità di esecuzione dei lavori affidati;
- **l'efficienza aziendale**; come indicatori sono considerati il fatturato, la soddisfazione del cliente, le non conformità rilevate;
- **l'efficacia dei processi aziendali**; gli indicatori considerati sono quelli individuati nei processi di diagnosi e cura delle singole U.F. facenti capo alla DS.

Questi obiettivi devono comunque perseguire:

- la prevenzione delle Non Conformità;
- il rispetto della normativa applicabile;
- un adeguato vantaggio economico;
- quando possibile, traguardi migliorativi rispetto ai requisiti (del cliente, della normativa cogente), definendo requisiti propri dell'organizzazione.

Nel definire gli obiettivi si deve tenere conto, in generale:

- della politica aziendale;
- degli aggiornamenti normativi;
- delle aspettative e della soddisfazione delle Parti interessate, nel rispetto della normativa vigente;
- del principio di prevenzione delle Non Conformità, incidenti, emergenze;
- dei dati sulla efficienza dei processi;

Gli obiettivi stabiliti dalla Direzione costituiscono elemento di miglioramento **PO_1401**) ed il loro conseguimento deve essere pianificato per permettere:

- la definizione di obiettivi numerici;
- l'individuazione delle responsabilità operative e delle funzioni coinvolte;
- la pianificazione degli interventi;
- il controllo degli effettivi risultati man mano conseguiti.

I responsabili dei processi hanno la responsabilità della raccolta dei dati, per le attività di propria pertinenza.

3.4 Diffusione dei documenti

- **Politica della qualità**: è affisso negli appositi spazi aziendali e presentato in riunioni di illustrazione
- **Riesame di Direzione**: viene distribuito ai responsabili del raggiungimento degli obiettivi.

4. Organizzazione


La struttura organizzativa della Clinica La Vialarda è descritta nell'organigramma funzionale e nell'organigramma nominativo **MO_010103**.

Per quanto riguarda le mansioni affidate al personale aziendale, vedere il mansionario, gestito secondo la **PO_1801**.

4.1 Rappresentante della Direzione

Alle dirette dipendenze della Direzione Generale è il Responsabile Qualità (RQ), che, oltre agli altri compiti assegnatigli, ha l'autorità di:

- Istituire il Sistema Qualità aziendale
- Monitorizzare, mediante opportuni indicatori, lo stato del sistema, in relazione alla Politica Aziendale ed agli obiettivi della qualità (vedi Commissioni)

 <p>Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione</p>	<p>Clinica La Vialarda</p> <p>Procedura operativa</p> <p>Politica, Riesame, Organizzazione</p>	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	8/12

- Assicurare il continuo miglioramento del Sistema stesso, mediante sorveglianza e gestione delle Non Conformità, delle Azioni Correttive e Preventive
- Effettuare gli audit interni
- Sorvegliare la coerenza del Sistema Documentale
- Dare riscontro alla Direzione dello stato del sistema e delle problematiche emerse nel periodo di riferimento
- Intrattenere i rapporti con gli Enti di Certificazione esterni

4.2 Organizzazione generale

Con riferimento all'organigramma funzionale, l'organizzazione risulta così costituita:

Al vertice vi è posto il Consiglio di Amministrazione (di seguito C.d.A.) che è deputato ad adottare tutti gli atti di ordinaria e straordinaria amministrazione.

Il C.d.A. è presieduto da un Presidente a cui sono demandati i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione direttamente dal C.d.A., il Presidente a sua volta si avvale di un Direttore Generale al quale ha affidato ampi poteri per la gestione della struttura.

Secondo l'organigramma in vigore fanno capo al Presidente **i servizi di linea e di staff**.

4.2.1 Servizi di linea

Si dividono in Servizi Amministrativi e Servizi Sanitari

4.2.1.1 Servizi Amministrativi

In base al disposto della L.R. 5 del 14.01.1987 all. A, modificato con DGR 15-7576 del 12.5.2014 e alla DGR 616-3149 del 22/03/2000 le Case di Cure devono disporre di Uffici Amministrativi.

Tali Uffici devono consentire alla Direzione Generale della Casa di Cura il governo della gestione amministrativa nella globalità delle funzioni individuate dall'ordinamento vigente (norme civilistiche, fiscali, del lavoro, di Diritto Amministrativo e di Ordinamento della Regione).


Gli Uffici che compongono l'assetto Amministrativo sono i seguenti:

- **Ufficio del Direttore Amministrativo:** è deputato alla Direzione degli Uffici che compongono l'area Amministrativa in senso proprio. Compete al Direttore Amministrativo nello specifico la predisposizione dei bilanci annuali e di periodo, l'attuazione della contabilità dei costi e il controllo di gestione. Dipendono dal Direttore Amministrativo l'Ufficio acquisti Aziendale e l'Ufficio del Personale. Il primo è deputato all'approvvigionamento di tutti i prodotti sanitari e tecnico-economici, il secondo è deputato alla gestione delle risorse umane, limitatamente agli aspetti economici, normativi e previdenziali. Il Direttore Amministrativo è coadiuvato da referenti preposti a:
 - **Ufficio Accettazione:** risponde ai requisiti di cui all. A della Legge Regionale 5 del 14.01.1987 e s.m.i. per gli adempimenti meramente Amministrativi.
 - **Ufficio contabilità:** preposto a tutti gli adempimenti contabili ed ogni atto connesso alle prestazioni erogate dall'azienda nonché le scritture contabili e agli atti connessi agli acquisti.
 - **Ufficio personale:** preposto alla gestione del personale.

4.2.2 Altri uffici

Direttamente dipendenti dal Direttore Generale sotto il profilo Amministrativo figurano:

- **Ufficio Relazioni con il Pubblico** risponde ai requisiti ex DGR 616-3149 del 22/03/2000 e alla funzione di cui al "Regolamento Generale di Gruppo Area Piemonte".

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	9/12

- **L'Ufficio Formazione:** risponde ai requisiti ex DGR 616-3149 del 22/03/2000 e alla funzione di cui al "Regolamento Generale di Gruppo Area Piemonte".

4.2.3 Servizi di Staff


Fanno altresì capo all'Ufficio di Direzione Generale i Servizi di Staff

L'esigenza di disporre nell'assetto organizzativo di alcuni servizi di Staff si giustifica con l'esistenza di una pluralità di Presidi Ospedalieri che compongono un Gruppo Interregionale.

Esiste quindi l'esigenza di garantire assetti e modelli uniformi in grado di assicurare all'universo delle strutture sanitarie facenti parte del Gruppo, un'unitarietà di indirizzo e di impostazione aziendale capace di garantire un governo delle singole strutture secondo logiche comuni, su modelli sperimentati e nella logica di acquisizione di economie di scala non altrimenti acquisibili.

Compongono i servizi Staff:

- **Direzione Scientifica:** preposta a definire i programmi di sviluppo scientifico e delle attività divulgative
- **Coordinatore Sanitario:** è preposto al coordinamento delle direzioni sanitarie con l'intento di dare uniformità alle metodologie organizzative favorendo protocolli comuni fra tutte le Aziende ed un uniforme sistema di verifica e monitoraggio delle attività sanitarie. Il Coordinatore Sanitario non interferisce con i compiti del Direttore Sanitario di Azienda le cui funzioni, come detto, sono a Lui direttamente demandati dalla all. A della Legge Regionale 5 del 14.01.1987 e s.m.i.
- **Servizio Legale:** deputata alla gestione delle attività legali ed assicurative.
- **Servizi Affari Generali:** sono ad esso demandati i compiti non espressamente riconducibili agli altri Servizi di Staff ma che necessitano di un momento di coordinamento generale tra tutti i presidi del Gruppo con particolare riferimento ai rapporti con il personale medico per gli aspetti non sanitari, ecc.
- **Servizio bilancio:** ad esso è demandato il coordinamento di tutte le politiche di bilancio e le elaborazioni dei presupposti per le definizioni dei bilanci consolidati e di Gruppo. Il servizio affianca i singoli Uffici Aziendali nell'interlocazione con Società di revisione e con Società deputate al controllo di gestione e alle valutazioni di indici di costi e di produttività interaziendale. Il servizio inoltre rappresenta un momento di uniformità interaziendale per quanto concerne le politiche e il rispetto delle normative civilistiche sottese alla corretta stesura dei singoli bilanci Societari.
- **Servizio Qualità Aziendale:** il servizio è preposto alla attuazione e alla verifica di tutti i momenti connessi ai processi di Qualità Aziendale in una logica di coordinamento interaziendale che dia al Gruppo una visione unitaria di strategia, obiettivi, protocolli e vincoli operativi.
- **Servizio Approvvigionamenti:** al servizio è demandato il compito di dare uniformità alla politica degli acquisti realizzando l'obiettivo di rendere uniforme e trasparenti i prezzi dei prodotti acquistati, le condizioni di pagamento e in generale tutte le condizioni di fornitura. Al servizio è demandato altresì il compito di osservatorio dei prezzi nella logica di ricercare il livello qualità/prezzo più favorevole. Il servizio costituisce altresì un momento di valutazione e di proposizione nei confronti del personale utilizzatore di nuove tecnologie offerte dal mercato favorendo la spinta di una ricerca tecnologica che garantisca miglioramenti qualitativi e prezzi più contenuti.
- **Ufficio del Personale:** nel rispetto delle singole autonomie aziendali si avverte l'esigenza di dare anche alla politica del personale un momento di coordinamento generale con riferimento ad assetti organizzativi, o schemi funzionali, alla definizione di politiche di aggiornamento comuni.
- **Risorse Tecnologiche:** tale servizio è deputato a curare tutti gli aspetti connessi alla gestione delle apparecchiature elettromedicali e tecnologiche, di tutto ciò che costituisce il patrimonio tecnologico della struttura sotto il profilo:

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	10/12

- dell'adeguamento alle norme di legge;
- del rinnovo/sostituzione delle apparecchiature obsolete;
- dell'acquisizione di nuove apparecchiature sotto il profilo del mantenimento in esercizio del patrimonio tecnologico in dotazione.
- **Sistema Informativo:** tale servizio è deputato a curare tutti gli aspetti connessi alla gestione della dotazione Hardware e Software della struttura e di tutto ciò che costituisce in questo senso il patrimonio sotto il profilo:
 - dell'adeguamento alle norme di legge;
 - del rinnovo/sostituzione delle apparecchiature obsolete;
 - dell'acquisizione di nuove apparecchiature sotto il profilo del mantenimento in esercizio del patrimonio sia Hardware che Software in dotazione.
- **Servizio Sicurezza:** il servizio assicura uniformità metodologiche-procedurali per l'attuazione delle normative di tutela dei lavoratori e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare con l'applicazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.
- **Ufficio DRG e prestazioni ambulatoriali:** sono ad esso assegnate specifiche competenze di controllo e codifica delle singole prestazioni. Verifica la coerenza dei codici procedure e/o diagnosi con quanto indicato dal medico Curante sulla SDO. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DS sia con la DG.
- **Ufficio Requisiti Accreditamento:** sono ad esso assegnate specifiche competenze in tema di accreditamento regionale DGR 616-3149 del 22/03/2000.
- **Servizio Comunicazione:** si occupa della gestione di tutte le comunicazioni istituzionali verso l'esterno, gli organismi di stampa ed istituzionali.
- **Rapporti con le Università:** è preposto alla definizione di collaborazioni universitarie a carattere scientifico e di ricerca.


4.2.4 Servizi Sanitari

Il Direttore Sanitario è preposto alla Direzione dell'Ufficio di Direzione Sanitaria. I compiti del Direttore Sanitario sono espressamente indicati all'art.2 all. A della Legge Regionale 5 del 14.01.1987 e s.m.i. Il Direttore sanitario opera in modo autonomo in relazione ai compiti a Lui demandati dall'ordinamento giuridico vigente.

Il Direttore Sanitario si esprime anche sulle specifiche richieste a Lui inoltrate dal Presidente su tematiche di ordine sanitario-organizzativo in generale.

La Direzione Sanitaria si compone dei seguenti Uffici:

- **Servizio Infermieristico:** è l'Ufficio preposto all'organizzazione, gestione e controllo del personale infermieristico, tecnico e ausiliario della struttura destinato alle diverse Unità Funzionali.
- **Ufficio formazione del personale:** svolge i compiti di formazione e inserimento delle diverse figure professionali che operano nelle Unità Funzionali e nei Servizi sanitari. Gestisce l'aggiornamento del personale in relazione alle esigenze della struttura.
- **Servizio elaborazione D.R.G.:** sono ad esso assegnate specifiche competenze di controllo e codifica delle singole Schede di Dimissione Ospedaliera con compiti prettamente amministrativi tra i quali la stesura delle diverse tipologie di contratto applicabili alle figure che operano all'interno della struttura, con rapporto libero professionale, tipico del medico chirurgo. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Ufficio Cartelle Cliniche:** l'Ufficio è composto da addetti alla copia fotostatica di tutte le cartelle dei pazienti che sono stati dimessi. Tale personale si occupa dell'accettazione delle richieste del

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	11/12

“rilascio fotocopia di cartella” monitorando la correttezza delle tempistiche di consegna. Anche questo ufficio si interfaccia con la DG e la DS.

- **Servizio Accettazione e Prenotazione ricoveri:** è l’Ufficio che gestisce le procedure riguardanti i prericoveri e si preoccupa di informare l’utenza di tutto quanto necessario per procedere al ricovero nelle Unità Funzionali di degenza della struttura, in particolare il recupero di tutta l’eventuale documentazione sanitaria pregressa, i documenti attestanti l’identità personale, il codice fiscale, il libretto sanitario personale. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Servizio Attività Ambulatoriali:** è l’Ufficio preposto alla programmazione, organizzazione e gestione di tutte le visite specialistiche ambulatoriali riguardanti sia i pazienti interni sia quelli esterni afferenti alle diverse specialità presenti nella struttura. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Servizio Radiologia:** è l’Ufficio preposto alla prenotazione, accettazione, refertazione e consegna referti. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Servizio Laboratorio Analisi:** è l’Ufficio preposto alla prenotazione, accettazione, refertazione e consegna referti. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Cup Diretto e Telefonico:** è l’ufficio preposto alla prenotazione delle Attività Sanitarie Ambulatoriali. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.

4.3 Commissioni

Le commissioni sono istituite per mandato della DG allo scopo di :

- Monitorare ed analizzare attività significative (indicatori) della qualità del servizio
- Elaborare soluzioni per evitare l’insorgere di Non Conformità
- Risolvere eventuali NC rilevate
- Recepire indicazioni di miglioramento dalle commissioni trasversali

Sono quindi stati incaricati dei responsabili che presiedono queste commissioni e gestiscono la pianificazione, la elaborazione, i progetti, gli esiti.

- Commissione per la prevenzione e la lotta alle infezioni ospedaliere
- Commissione Controllo Cartelle Cliniche
- Commissione per il buon uso del sangue
- Commissione farmaceutica
- Commissione per l’uso economico e appropriato delle apparecchiature elettromedicali
- Commissione Incident Reporting

I lavori delle Commissioni sono sintetizzati in adeguati Verbali.

4.4 Compiti delle Commissioni


4.4.1 Commissione per la lotta delle infezioni ospedaliere

Definizione della strategia di lotta contro Infezioni Ospedaliere (I.O.), verifica dell’applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e valutazione dell’efficacia, formazione culturale e tecnica specifica del personale.

4.4.2 Commissione Controllo Cartelle Cliniche

Valuta a campione le cartelle cliniche prodotte dalla struttura al fine di controllarne la correttezza, completezza e corrispondenza, in base alla patologia, del codice DRG.

4.4.3 Commissione per il buon uso del sangue

 Clinica La Vialarda Istituto ad Alta Specializzazione	Clinica La Vialarda Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	PO100.01	Ed. 02
		Data	01/01/2018
		Pag.	12/12

Ha il compito, monitorando il consumo di sangue ed emoderivati all'interno dell'organizzazione, di ottimizzarne la gestione.

4.4.4 Commissione farmaceutica

Razionalizzare i consumi dei farmaci attraverso la suddivisione per classi di appartenenza, nonché favorire un'immediata e facile consultazione del prontuario farmaceutico interno aggiornato, mantenendo un elevato grado qualitativo garantito anche dal periodico aggiornamento del personale medico incentivato a partecipare ai diversi congressi.

4.4.5 Commissione per l'uso economico e appropriato delle apparecchiature elettromedicali

La Commissione ha il compito di verificare periodicamente la qualità delle performances tecniche delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici presenti in struttura, analizzare, per frequenza e tipologia, i rapporti delle Ditte inerenti gli interventi tecnici sulle apparecchiature anzidette, valutare, congiuntamente ai competenti uffici amministrativi, il costo relativo ai "fermi macchina" per interventi di manutenzione straordinaria e ordinaria in termini di mancato fatturato, predisporre, ogni anno, per la Presidenza, una relazione propositiva sulla necessità di adeguamento, ammodernamento e/o sostituzione di tecnologie motivando la richiesta sia in ragione dei progressi tecnologici sia in ragione delle mutate esigenze clinico-terapeutiche, verificare la coerenza dei piani di acquisto di apparecchiature con le segnalazioni del R.S.P.P.

La Commissione dovrà tener conto della disciplina emanata dalla Direzione in ordine all'acquisto di apparecchiature biomediche

L'amministrazione acquisirà il parere espresso dalla istituenda commissione tenendone giusto conto in sede di assegnazione delle risorse economiche.

La Commissione si riunisce in sessione ordinaria una volta all'anno

4.4.6 Commissione Incident Reporting

La commissione Incident Reporting ha il compito di analizzare periodicamente le segnalazioni di errori e eventi sentinella per una corretta Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente; promuove la cultura della sicurezza e soprattutto dell'imparare dagli errori, condizioni imprescindibili per un sistema sanitario più sicuro.