


Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

**Via Lubin, 16
31053 – Pieve di Soligo**

MANUALE DELLA QUALITÀ

Secondo la norma ISO 9001:2008

Edizione	PREPARATO DA	VERIFICATO DA	APPROVATO DA
settembre 2011	Ufficio Sviluppo Qualità	Dott. Sandro Cinquetti (FIRMATO) Direttore Sanitario	 Dott. Angelo Del Favero Direttore Generale (FIRMATO)
		Dott.ssa Marisa Durante (FIRMATO) Direttore Servizi Sociali	
		Dott. Eugenio Possamai (FIRMATO) Direttore Amministrativo	

NOTA PER IL LETTORE

Tutte le copie cartacee sono ritenute di lavoro per le quali non si garantisce l'aggiornamento. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale.

Il presente documento è di proprietà dell'ULSS 7 di Pieve di Soligo e può essere riprodotto o consegnato a terzi previa autorizzazione del Direttore Generale. I trasgressori saranno sanzionati secondo quanto previsto dalle Leggi vigenti in materia.

STORIA DELLE REVISIONE

Di seguito si riportano i dettagli relativi alla storia delle modifiche del presente documento al fine di consentire al lettore di individuare immediatamente le parti modificate del documento.

31 maggio 2005	Prima emissione
03 aprile 2006	Descrizione modifica: <ul style="list-style-type: none">- 0.3 Presentazione dell'Azienda- 0.4 Campo di applicazione del Sistema di Gestione per la qualità- 0.6 Mappatura dei processi- 0.7 Processi affidati in outsourcing- 2.2 Risorse Umane- 3.4 Progettazione e Sviluppo- Allegato1: Elenco delle procedure di aziendali
21 novembre 2006	Descrizione modifica: <ul style="list-style-type: none">- Aggiunta in pagina 2 la voce distribuzione- 0.3 Presentazione dell'Azienda: Posti letto attivi- 0.4 Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità: Presidio Ospedaliero De Gironcoli- 0.6.Mappatura dei processi: Presidio Ospedaliero De Gironcoli- 0.7.Processi affidati in outsourcing- 0.12.Principali documenti legislativi- 1.2.2. Gestione degli obiettivi aziendali- 1.3.Organizzazione Aziendale- 4.3.Soddisfazione dei clienti- Allegato1: Elenco delle procedure di aziendali
12 ottobre 2007	Descrizione modifica: <ul style="list-style-type: none">- 0.4. Integrato campo di applicazione del sistema gestione qualità'- 0.6 Eliminata mappatura dei processi specifica di unita' operativa- 0.7 Processi affidati in outsourcing integrato- 012. Principali documenti legislativi integrato- 1.3.1 Rappresentante della direzione
Ottobre 2009	Descrizione modifica: <ul style="list-style-type: none">- 07 Processi affidati in outsourcing: integrato- 012 Principali documenti legislativi: integrato- 1.1 Attenzione focalizzata al cliente: Codice Etico Aziendale- 1.2.1 Pianificazione strategica: Piani di settore- 1.3 Organizzazione aziendale: Dipartimenti ospedalieri strutturali- 1.4 Comunicazioni interne con il personale: Area intranet- 1.5 Riesame del SGQ: Documenti- 3.3 Processi relativi al cliente: Bilancio Sociale- 4.3 Monitoraggio soddisfazione dei clienti- All. 1 Procedure aziendali: eliminate PG08 e PG_09

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Settembre 2011

Descrizione modifica:

- 0.3 Aggiornamento dei dati relativi alla popolazione, integrazione dell'organigramma della struttura organizzativa ed aggiornamento dei posti letto attivi
- 0.4 Integrazione e riordino delle Unità Operative dipartimentali
- 0.5 Rielaborazione frase
- 0.6 Correzione errori di battitura nel grafico
- 0.7 Integrazione di un nuovo processo affidato in outsourcing
- 0.8 Modifica della definizione di "indicatore"
- 0.12 Aggiornamento dei riferimenti normativi
- 1.2 Integrazione frase
- 1.3 Eliminazione frase, integrazione e modifica degli organigrammi, aggiornamento dei dipartimenti ospedalieri strutturali
 - 1.3.1 Correzione errore di battitura
- 1.4 Integrazione frase con "Albo Online"
- 3.2 Eliminazione del processo "gestione della domanda" dal macro-processo "assistenza socio-sanitaria"
- 4.3 Integrazione della procedura informatizzata regionale per la registrazione dei reclami
- 4.5 Integrazione della procedura "Gestione delle NC" con Rischio clinico e sicurezza operatori

CAPITOLO 0

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

0.1 INTRODUZIONE

Questo Manuale della Qualità soddisfa i requisiti e le prescrizioni della norma ISO 9001:2008. Il Manuale della Qualità viene revisionato e se necessario aggiornato in accordo a quanto descritto nell'apposita procedura generale predisposta.

Il Sistema di gestione per la Qualità dell'ULSS 7 di Pieve di Soligo è descritto nel presente manuale della qualità ed integrato da manuali organizzativi, documenti di processo, istruzioni e altri documenti aziendali (es. Atto aziendale) come indicato nei paragrafi successivi.

Il manuale della qualità è costituito da cinque capitoli, il primo avente numero 0 è di carattere generale e fornisce le informazioni della ULSS 7 di Pieve di Soligo e sull'organizzazione del manuale stesso.

I quattro restanti capitoli del manuale della qualità rappresentano i quattro principi su cui si basa il modello del sistema di gestione per la qualità:

- Responsabilità della Direzione
- Gestione delle risorse
- Erogazione delle prestazioni
- Misurazioni, analisi e miglioramento

Tale struttura deriva dal modello di riferimento utilizzato per lo sviluppo e l'implementazione del sistema.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

0.2 INDICE DEL MANUALE

CAPITOLO	TITOLO DEL CAPITOLO	REQUISITO ISO 9001:2008
0	Conduzione del sistema di gestione della qualità	/
0.1	Introduzione	4.2.1
0.2	Indice del Manuale	/
0.3	Presentazione della ULSS 7 Pieve di Soligo	4.1
0.4	Campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità	4.1
0.5	Esclusioni della norma ISO 9001	/
0.6	Mappatura dei processi	4.1
0.7	Processi affidati in outsourcing	4.1
0.8	Gestione dei documenti della Qualità	4.2.2 - 4.2.3
0.9	Controllo delle registrazioni della Qualità	4.2.4
0.10	Abbreviazioni	/
0.11	Termini e definizioni	/
0.12	Principali documenti legislativi	4.2.3
1	Responsabilità della Direzione	5.1
1.1	Attenzione focalizzata ai clienti	5.1 - 5.2
1.2	Pianificazione strategica e politica per la qualità	5.3, 5.4.2
1.2.1	Pianificazione strategica	5.3, 5.4.2
1.2.2	Gestione degli obiettivi aziendali	5.4.1
1.3	Organizzazione aziendale	5.5.1
1.3.1	Rappresentante della Direzione	5.5.2
1.3.2	Organizzazione aziendale per la qualità	5.5.2
1.4	Comunicazioni interne tra il personale	5.5.3
1.5	Riesame del Sistema di Gestione	5.6
2	Gestione delle risorse	/
2.1	Identificazione e messa a disposizione delle risorse	6.1
2.2	Risorse umane	6.2
2.3	Infrastrutture	6.3
2.4	Ambiente di lavoro	6.4
3	Realizzazione del prodotto ed erogazione delle prestazioni	/
3.1	Introduzione	7.1
3.2	Pianificazione dei processi di realizzazione ed erogazione delle prestazioni	7.1
3.3	Processi relativi al cliente	7.2
3.4	Progettazione e sviluppo	7.3
3.5	Approvvigionamento	7.4
3.6	Erogazione delle prestazioni	7.5.1
3.6.1	Validazione dei processi	7.5.2
3.6.2	Identificazione e rintracciabilità	7.5.3
3.6.3	Gestione delle proprietà del cliente	7.5.4
3.6.4	Gestione magazzini	7.5.5
3.7	Gestione delle apparecchiature	7.6
4	Misurazioni, analisi e miglioramento	/
4.1	Introduzione	8.1
4.2	Misurazioni e monitoraggio dei processi delle prestazioni	8.2.3, 8.2.4
4.3	Soddisfazione dei clienti	8.2.1
4.4	Verifiche ispettive interne della Qualità	8.2.2
4.5	Gestione dei problemi (non conformità)	8.3
4.6	Analisi dei dati	8.4
4.7	Miglioramento	8.5
4.7.1	Miglioramento continuo	8.5
4.7.2	Azioni correttive e preventive	8.5

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

0.3 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO

Con l'articolo 3 comma 1 della legge regionale 14 settembre 1994 n. 56 relativa a "norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - riordino della disciplina in materia sanitaria -, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" sono state definite le Unità Locali Socio Sanitarie della Regione Veneto. L'Azienda U.L.S.S. n. 7 è stata costituita da questa legge regionale con decorrenza 1 gennaio 1995.

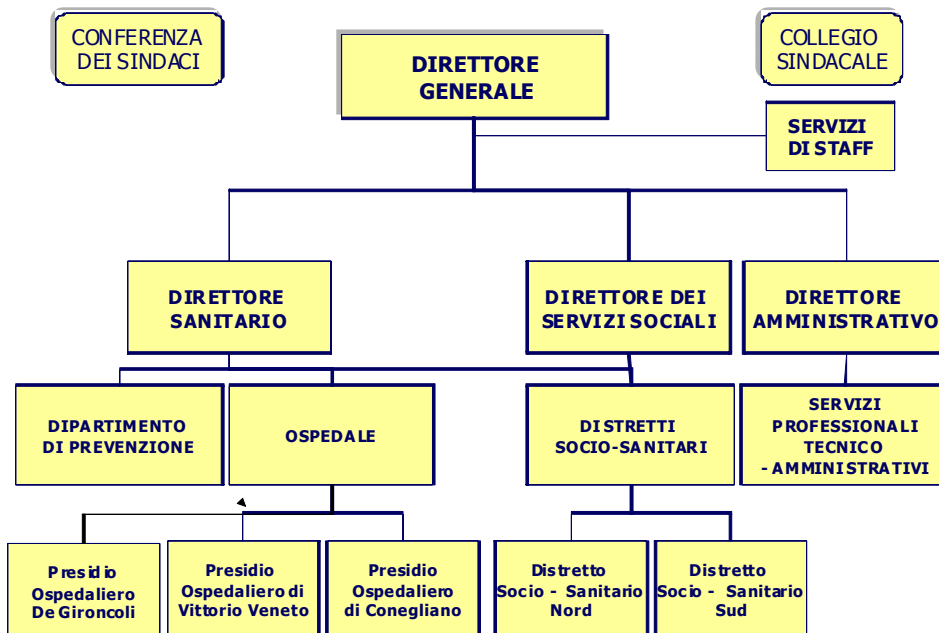
Il territorio dell'Azienda si estende per 710,13 kmq e in base all'allegato A di cui all'articolo 9 comma 1 della L.R. 56/1994 comprende 28 comuni: Cappella Maggiore, Cison di Valmarino, Codognè, Colle Umberto, Conegliano, Cordignano, Farra di Soligo, Follina, Fregona, Gaiarine, Godega di Sant'Urbano, Mareno di Piave, Miane, Moriago della Battaglia, Orsago, Pieve di Soligo, Refrontolo, Revine Lago, San Fior, San Pietro di Feletto, Santa Lucia di Piave, San Vendemiano, Sarmede, Sernaglia della Battaglia, Susegana, Tarzo, Vazzola, Vittorio Veneto.

Il bacino d'utenza comprende una popolazione residente di 219.304 unità residenti suddivisa per sesso e fasce di età come da tabella seguente:

Popolazione residente nel territorio dell'ULSS n.7 al 31.12.2010		
Fascia d'età	Totale	%
fino a 1 anno	2.011	0,9%
da 1 a 4 anni	8.537	3,9%
da 5 a 14 anni	21.037	9,6%
da 15 a 18 anni	7.870	3,6%
da 19 a 44 anni	73.930	33,7%
da 45 a 64 anni	60.225	27,5%
da 65 a 74 anni	22.647	10,3%
oltre 75 anni	23.047	10,5%
Totale	219.304	100%

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

La struttura organizzativa dell'Azienda è sintetizzata nel seguente organigramma:



I distretti socio sanitari sono territorialmente così articolati:



Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

La struttura ospedaliera è dotata di un totale di 806 posti letto autorizzati dalla DGRV 3223/2002, così suddivisi:

Posti letto attivi al 1° gennaio 2010	Ospedale	P.O. Conegliano	P.O. Vittorio Ven.	P.O. De Gironcoli
	716	324	259	133

L'Azienda ULSS 7 garantisce l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza suddivise in:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- ✓ Igiene e sanità pubblica
- ✓ Igiene degli alimenti e della nutrizione
- ✓ Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- ✓ Sanità pubblica veterinaria
- ✓ Attività di prevenzione rivolte alle persone
- ✓ Servizio medico legale

Assistenza distrettuale

- ✓ Guardia medica
- ✓ Medicina generale, di cui
 - Medicina generica
 - Pediatria di libera scelta
- ✓ Emergenza sanitaria territoriale
- ✓ Assistenza farmaceutica:
 - Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate
 - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica
- ✓ Assistenza integrativa
- ✓ Assistenza specialistica, di cui:
 - Attività clinica
 - Attività di laboratorio
 - Attività di diagnostica strumentale e per immagini

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Assistenza distrettuale

- ✓ Assistenza protesica
- ✓ Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - Assistenza programmata a domicilio (ADI)
 - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)
 - Assistenza psichiatrica
 - Assistenza riabilitativa ai disabili
 - Assistenza ai tossicodipendenti
 - Assistenza agli anziani
- ✓ Assistenza territoriale semiresidenziale
 - Assistenza psichiatrica
 - Assistenza riabilitativa ai disabili
 - Assistenza ai tossicodipendenti
 - Assistenza agli anziani
- ✓ Assistenza territoriale residenziale
 - Assistenza psichiatrica
 - Assistenza riabilitativa ai disabili
 - Assistenza ai tossicodipendenti
 - Assistenza agli anziani
- ✓ Assistenza idrotermale

Assistenza ospedaliera

- ✓ Attività di pronto soccorso
- ✓ Assistenza ospedaliera per acuti, di cui:
 - in Day Hospital e Day Surgery
 - in Degenza ordinaria
- ✓ Interventi ospedalieri a domicilio
- ✓ Assistenza ospedaliera per lungodegenti
- ✓ Assistenza ospedaliera per riabilitazione
- ✓ Emocomponenti e servizi trasfusionali
- ✓ Trapianto organi e tessuti

Rif.: modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere – anno 2004.

0.4 CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ'

La struttura del sistema di gestione per la qualità dell'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo, come illustrato nel paragrafo successivo è stata definita in modo tale che :

- i processi gestionali, uguali per tutte le Unità Operative, siano descritti in procedure generali a livello di Azienda;
- i processi di erogazione delle prestazioni, specifici di ogni Unità Operativa, siano descritti nel manuale organizzativo, nei documenti di processo ed istruzioni operative predisposte da ogni Unità Operativa.

Con tale struttura il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità è caratterizzato da attività gestionali regolamentate a livello di Azienda e dalle prestazioni offerte dalle diverse Unità Operative aziendali che hanno sviluppato il sistema qualità nell'ottica aziendale.

Il campo di applicazione del SGQ è:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, AMBULATORIALE, DAY-HOSPITAL, DOMICILIARE E SUL TERRITORIO DELLE UNITA' OPERATIVE RIPORTATE IN ALLEGATO:

DESIGN AND PROVISION OF HEALTH, SOCIAL-HEALTH AND SOCIAL SERVICES IN HOSPITAL, OUTPATIENT'S, DAY HOSPITAL, AT HOME AND IN THE AREAS COVERED BY THE OPERATIONAL UNITS GIVEN IN THE ENCLOSURE:

Ospedale:

UNITÀ OPERATIVE
DIREZIONE MEDICA DI OSPEDALE

Presidio Ospedaliero di Conegliano

UNITÀ OPERATIVE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA - UTIC
CENTRO TRASFUSIONALE ED IMMUNOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
DIABETOLOGIA
DIREZIONE MEDICA
GASTROENTEROLOGIA
GERIATRIA
ISTOLOGIA E ANATOMIA PATOLOGICA
LABORATORIO ANALISI
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
MEDICINA GENERALE
MEDICINA NUCLEARE

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

UNITÀ OPERATIVE

NEFROLOGIA E DIALISI
NEUROLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
PEDIATRIA
PRONTO SOCCORSO
PSICHIATRIA
RADIOLOGIA
UROLOGIA

Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto

UNITÀ OPERATIVE

ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CHIRURGIA GENERALE
DIREZIONE MEDICA
FARMACIA OSPEDALIERA
LABORATORIO ANALISI
MEDICINA II (ONCOEMATOLOGIA)
MEDICINA GENERALE
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
ONCOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA
PRONTO SOCCORSO
RADIOLOGIA

Presidio Ospedaliero De Gironcoli

UNITÀ OPERATIVE

ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DIREZIONE MEDICA
LUNGODEGENZA
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
MEDICINA GENERALE I
OCULISTICA
RADIOLOGIA

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Dipartimento di Prevenzione

UNITÀ OPERATIVE
SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE

Distretto Socio Sanitario

Distretto Socio Sanitario Nord

UNITÀ OPERATIVE
CENTRO SALUTE MENTALE NORD
CURE PRIMARIE
INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA

Distretto Socio Sanitario Sud

UNITÀ OPERATIVE
CENTRO SALUTE MENTALE SUD
CURE PRIMARIE
INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA
SERVIZIO DISABILITA' ETA' ADULTA
SERVIZIO INTEGRAZIONE LAVORATIVA
SERVIZIO RECUPERO TOSSICODIPENDENTI

Servizi Generali

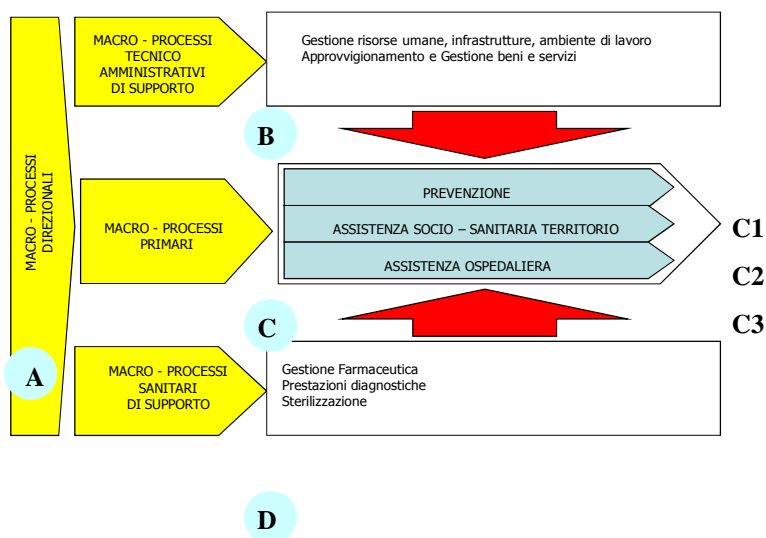
UNITÀ OPERATIVE
SERVIZIO AMMINISTRATIVO DISTRETTO
SERVIZIO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
SERVIZIO GESTIONE RAPPORTI IN CONVENZIONE
SERVIZIO PER L'INFORMATICA
SERVIZIO PERSONALE
SERVIZIO PROVVEDITORATO E ECONOMATO
SERVIZIO TECNICO
UFFICI DIREZIONE SANITARIA:
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
UFFICIO MEDICO COMPETENTE
SERVIZIO INFERMIERISTICO
SERVIZIO QUALITÀ ETICA E UMANIZZAZIONE

0.5 ESCLUSIONI DELLA NORMA ISO 9001

Tutti i requisiti della norma risultano applicabili, infatti l'organizzazione non ha previsto alcuna esclusione.

0.6 MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi del sistema di gestione per la qualità, in considerazione della struttura aziendale nel suo complesso possono essere rappresentati come in figura.



La rappresentazione della mappatura a livello aziendale evidenzia le seguenti tipologie di macro-processi:

- ◇ **Macro-processi direzionali (A)** che sono relativi alla gestione aziendale e che si esplicitano nella fase di programmazione e pianificazione aziendale che termina con la definizione degli obiettivi alle singole unità operative attraverso il processo di Budget.
- ◇ **Macro-processi tecnico amministrativi di supporto (B)** che sono caratterizzati da tutti quei processi a supporto dei processi sanitari. In questo caso i processi sono caratterizzati dall'aver le unità operative aziendali come clienti interni .
- ◇ **Macro-processi sanitari primari (C)** che rappresentano i processi principali dell'azienda per la realizzazione della sua mission. Tali processi si esplicitano attraverso le macro strutture rappresentate dai Presidi Ospedalieri, Dipartimento di Prevenzione e Distretti Socio-Sanitari.
- ◇ **Macro-processi sanitari di supporto (D)** che hanno lo scopo sia di rivolgere il proprio operato alle strutture che gestiscono i processi sanitari primari e allo stesso tempo erogano prestazioni all'utenza esterna (es. il Laboratorio di analisi, la Radiologia, il Centro Trasfusionale, ecc.).

0.7 PROCESSI AFFIDATI IN OUTSOURCING

Tra i processi gestiti rientra anche il processo di approvvigionamento che è relativo all'approvvigionamento di beni, servizi e affidamento all'esterno di alcuni processi.

I processi affidati all'esterno sono rappresentati da:

- ◇ **Gestione del servizio lavanolo:** comprendente il noleggio, il ritiro, il lavaggio, l'asciugatura, la piegatura, il rammendo, la stiratura e la riconsegna (nonché il reintegro dei capi di biancheria non più utilizzabili) di tutta la biancheria piana e confezionata necessaria ai vari reparti/servizi dell'ULSS7.
- ◇ **Gestione servizio ristorazione:** manipolazione e cottura degli alimenti, consegna dei pasti in vassoi personalizzati presso i reparti dei Presidi ospedalieri ed in multiporzione presso le sedi esterne, fornitura e manutenzione delle attrezzature e degli impianti della cucina, fornitura e lavaggio di piatti e stoviglie.
- ◇ **Servizio pulizie:** servizio di pulizie e sanificazione giornaliera e periodica delle aree ospedaliere ed extraospedaliere dell'ULSS7 attraverso l'utilizzo di macchine, attrezzi e prodotti propri, fornitura di tutti i materiali di consumo occorrenti per tutti i servizi igienici ed ambulatori compresi nell'appalto.
- ◇ **Raccolta interna, trasporto e smaltimento rifiuti:** gestione globale di tutti i rifiuti prodotti dalle strutture dell'ULSS7, con esclusione del solo smaltimento dei rifiuti assimilabili agli urbani in quanto afferenti al servizio pubblico comunale, tramite operazioni intermedie di stoccaggio e deposito temporaneo, con le specifiche, modalità e condizioni regolamentate dalla vigente normativa.
- ◇ **Vigilanza e televigilanza delle strutture aziendali**
- ◇ **Gestione centri diurni e residenzialità per persone con disabilità:** gestione delle attività di laboratorio con acquisizione di attività sanitarie (fisiokinesiterapia, psicomotricità) e di tipo socializzante (musicoterapia, attività di tensomotoria in acqua, attività di rieducazione equestre, ginnastica aerobica).
- ◇ **Affidamento di un servizio di gestione tecnologica degli immobili,** siano essi di proprietà o in uso da parte dell'azienda ULSS7
- ◇ **Affidamento in appalto dei servizi socio sanitari** finalizzati alla gestione dei progetti riabilitativi in strutture residenziali e semiresidenziali per gli utenti del dipartimento di salute mentale dell'ULSS7.
- ◇ **Gestione manutenzione presidi e ausili sanitari**
- ◇ **Servizio per la gestione, manutenzione ed aggiornamento evolutivo dell'infrastruttura tecnologica e del sistema informatico aziendale per il periodo di sette anni.**

Le attività e i processi gestiti in outsourcing sono monitorati e tenuti sotto controllo da parte del personale incaricato, in funzione del tipo di processo, attraverso il controllo periodico di andamento del processo.

I dati e le evidenze emerse da tale controllo sono discusse con il fornitore al fine di identificare i piani di miglioramento e gli obiettivi da raggiungere per riportare il processo all'interno dei parametri desiderati.

Ulteriori dettagli relativi alla gestione dei singoli processi affidati in outsourcing sono descritti nei capitolati predisposti per ogni fornitura.

0.8 GESTIONE DEI DOCUMENTI DELLA QUALITÀ

L'architettura della documentazione del sistema di gestione per la qualità è rappresentata in Figura 1 ed esplicita le seguenti tipologie di documenti:

- ◇ Manuale della Qualità aziendale;
- ◇ Procedure Aziendali valide per tutte le organizzazioni che fanno parte del campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità;
- ◇ Manuali Organizzativi sviluppati per ogni Unità Operativa dell'Azienda inserita nel sistema di gestione per la qualità aziendale;
- ◇ Documenti di descrizione dei processi relative ad ogni processo analizzato e gestito secondo le regole del sistema di gestione qualità;
- ◇ Istruzioni Operative relative ad attività interne alle Unità Operative oppure trasversali alle Unità Operative.

MANUALE QUALITÀ

Lo scopo del manuale della qualità è di illustrare la struttura organizzativa aziendale, le modalità di correlazione e le interazioni tra i processi principali e di supporto.

Inoltre il manuale ha lo scopo di illustrare la documentazione di supporto, ossia le regole, del sistema di gestione aziendale. Il manuale farà riferimento, laddove necessario, ad altri documenti aziendali esistenti (es. Atto aziendale, delibere, ecc.) ed alle procedure aziendali predisposte.

PROCEDURE AZIENDALI

Lo scopo delle procedure Aziendali è di definire le modalità di governo dei processi gestionali previsti dalla norma ISO 9001, quali la gestione della documentazione del sistema, gestione delle non conformità, gestione delle apparecchiature, gestione degli audit interni, gestione delle azioni correttive e preventive, ecc.

MANUALI ORGANIZZATIVI

Lo scopo di questo manuale, sviluppato all'interno delle singole Unità Operative, è di descrivere la mission, la struttura organizzativa con compiti e responsabilità di ogni area aziendale identificata nell'organigramma e l'elenco dei processi gestiti.

DOCUMENTI DI DESCRIZIONE DEI PROCESSI

Lo scopo di questi documenti è di descrivere le caratteristiche dei processi (clienti, input, output, fornitori, scopo e finalità del processo) e descrivere i sub processi e le attività che compongono il processo stesso.

INDICATORI

Lo scopo di questi documenti è di identificare dei parametri misurabili per monitorare il grado di soddisfazione dei bisogni degli utenti e l'andamento dei processi, attribuendo responsabilità, frequenze e modalità di raccolta.

ISTRUZIONI OPERATIVE

Lo scopo delle istruzioni operative è di descrivere in dettaglio le attività necessarie, collegate ai documenti di processo, al fine di garantire che le attività critiche siano sotto controllo.

Figura 1: Architettura della documentazione del Sistema di Gestione



Per quanto riguarda la documentazione di origine esterna quali le Leggi e Regolamenti Nazionali e Regionali la distribuzione avviene secondo la procedura di gestione del protocollo aziendale.

Ulteriori dettagli relativi alla gestione della documentazione sono riportati nella procedura generale:

- PG_01 Gestione della Documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità.

In allegato al presente manuale è stato riportato l'elenco completo delle procedure generali adottate da tutte le Unità Operative inserite nel campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità.

0.9 CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ

I documenti di registrazione della qualità sono documenti generati dall'applicazione delle regole contenute nella documentazione del sistema e quindi dall'attuazione dei processi gestionali e operativi.

I documenti di registrazione della qualità vengono conservati, per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema di gestione della qualità.

I metodi utilizzati per l'archiviazione sono tali da consentire una rapida rintracciabilità ed inoltre evitare deterioramenti, danni e smarrimenti.

I documenti di registrazione della qualità possono essere in forma cartacea o elettronica.

Nei singoli documenti (es. procedure generali, documenti di processo e istruzioni operative) è riportato l'iter di gestione delle registrazioni della qualità, ed in particolare:

- le responsabilità per la preparazione e l'approvazione;
- a chi deve essere distribuito;
- le responsabilità per l'archiviazione;
- le modalità d'archiviazione;
- i tempi minimi di archiviazione.

Al termine del periodo minimo di conservazione tutti i documenti (es. di carattere amministrativo, sanitario, del sistema di gestione della qualità) vengono distrutti secondo le procedure previste dalla legislazione, a livello aziendale, mentre i documenti archiviati dalle singole Unità Operative sono eliminati da parte del personale responsabile della loro archiviazione.

0.10 ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

DG:	Direttore Generale
DS:	Direttore Sanitario
DA:	Direttore Amministrativo
DSS:	Direttore Servizi Sociali
DP:	Direttore di Presidio Ospedaliero
DDIP:	Direttore di Dipartimento
MQ:	Manuale Qualità
PG:	Procedure Generali
IO:	Istruzioni Operative
DIP:	Dipartimento
UO:	Unità Operativa
L.R.:	Legge regionale
D.lgs.:	Decreto legislativo
D.l.:	Decreto legge
D.P.R.:	Decreto Presidente della Repubblica
DPCM	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
D.G.R.V	Delibera Giunta Regione Veneto

0.11 TERMINI E DEFINIZIONI

Di seguito si riportano alcune definizioni presenti anche nella norma UNI EN ISO 9000:2000 "Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia" alla quale si rimanda per ulteriori spiegazioni.

Assicurazione della qualità: Parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità saranno soddisfatti.

Autocontrollo: Controllo e collaudo di un lavoro effettuato, secondo modalità prestabilite, dalla stessa persona che ha eseguito il lavoro stesso

Azione correttiva: Azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata o di altre situazioni indesiderabili rilevate.

Azione preventiva: Azione per eliminare le cause di una non conformità potenziale, o di altre situazioni potenziali indesiderabili.

Controllo della qualità: Parte della gestione per la qualità mirata a soddisfare i requisiti per la qualità.

Clienti: Organizzazione o persona che riceve un prodotto

Dato personale: informazione relativa a persona fisica, giuridica ente o associazione identificati o identificabili direttamente o meno, mediante il riferimento a qualsiasi informazione.

Miglioramento della qualità: Parte della gestione per la qualità mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti per la qualità.

Non conformità: Mancato soddisfacimento di un requisito.

Organizzazione: Insieme di persone e di mezzi con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni.

Prodotto - Servizio: Risultato di un processo.

Processo: Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano degli elementi in entrata in elementi in uscita.

Politica per la qualità: Obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

Qualità: Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.

Requisito: Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.

Sistema di gestione per la qualità: Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità.

Riesame da parte della direzione: Valutazione formale effettuata dall'alta direzione circa lo stato e l'adeguatezza del sistema Qualità in relazione alla politica per la Qualità e ai relativi obiettivi.

Trattamento di una non conformità: Azione intrapresa nei riguardi di un'entità non conforme al fine di risolvere la non conformità.

Audit: Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze della verifica ispettiva e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri della verifica ispettiva sono stati soddisfatti.

0.12 PRINCIPALI DOCUMENTI LEGISLATIVI

- **D.lgs. n. 502/1992:** " Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421".
- **D.lgs. n.29/93:** "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art.2 della legge n.421 del 1992", pubblicato in G.U. n.30 dello 06/02/93, S.O.
- **D.P.R. 1 marzo 1994:** "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996", pubblicato in G.U. n.171 del 23/07/94, S.O.
- **D.P.R. 14 gennaio 1997:** "Approvazione dell' atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l' esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- **D.P.R. del 23 Luglio 1998:** Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, "Un patto di solidarietà per la salute", pubblicato in G. U. n. 288 del 10/12/98, S.O.
- **D.lgs. n.229/99:** "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419", pubblicato in G.U. n. 165 del 16/07/99.
- **D.P.C.M. 29 novembre 2001:** "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- **D.P.R. 23 maggio 2003:** "Piano Sanitario Nazionale 2003-2005", pubblicato in G.U. n.139 del 18.06.03.
- **L.R. 14 settembre 1994, n. 55:** "Norme sull'assetto programmatorio, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".
- **L.R. 14 settembre 1994, n. 56:** "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".
- **L.R. 3 febbraio 1996, n. 5:** "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/1998".
- **L.R. 13 aprile 2001, n. 11:** "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".
- **L.R. 16 agosto 2002, n. 22:** "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"
- **D.G.R.V. 8 novembre 2002, n. 3223:** "L.R. 5/96 art. 14 – Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/93".
- **D.G.R.V. 30 novembre 2002, n. 3242:** "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale - art. 13 L.R. 5/96 (P.S.S.R. 1996/1998)"
- **D.G.R.V. 12 novembre 2004, n. 3535** "Programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni in argomento"
- **D.G.R.V. 22 novembre 2004, n. 4069** "Autorizzazione all'acquisizione dall'Istituto delle Suore di Maria Consolatrice di Milano dell'Ospedale Classificato De Gironcoli, struttura preaccreditata ubicata in Conegliano".
- **D.G.R.V. 13 marzo 2007, n. 600** " Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano attuativo regionale: integrazione D.G.R. n. 3535/04 e n. 2066 del 27/06/06".

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

- **D.G.R.V. 01 luglio 2008, n. 1831** " Attuazione della DGR . 4445 del 28.12.2006. Attuazione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario del Veneto".
- **D.lgs 81/2008** " Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- **D.G.R.V. 1463 del 19 maggio 2009** "Modello regionale di sistema di gestione della sicurezza per le strutture sanitarie pubbliche".
- **D.lgs 150/2009** "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".
- **Nuovo patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009**
- **D.G.R.V. 3140 del 14 dicembre 2010** Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995.

CAPITOLO 1

RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

Il presente capitolo del Manuale ha lo scopo di illustrare le modalità con cui l'Azienda ULSS 7 intende dimostrare il proprio impegno per:

- creare e mantenere la consapevolezza circa l'importanza di soddisfare i requisiti del cliente ed i vincoli legislativi applicabili alle prestazioni offerte al cittadino;
- stabilire le linee strategiche ed il sistema di gestione degli obiettivi;
- definire la pianificazione della qualità al fine di rispettare i principi aziendali espressi nel documento di direttive e raggiungere gli obiettivi definiti;
- stabilire il Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale caratterizzato dalle regole da seguire;
- eseguire periodici riesami del Sistema di Gestione per la Qualità per verificare la conformità, l'efficacia e l'efficienza dello stesso.

1.1 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

I clienti dell'ULSS 7 Pieve di Soligo sono rappresentati da :

- la Regione Veneto in quanto è il committente generale della prestazione sanitaria nel territorio di competenza;
- la popolazione che afferisce al bacino di utenza dell'azienda;
- i degenti e cittadini-utenti intesi come coloro che usufruiscono delle prestazioni sanitarie.

L'Azienda ULSS 7, in quanto ente strumentale della Regione Veneto, ha il compito di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e di realizzare, nel proprio ambito territoriale, le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, impiegando, nei processi di assistenza, le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, di efficacia e di economicità.

I valori che ispirano l'azione dell'ULSS 7 sono la promozione e la tutela della salute come bene collettivo ed individuale, nonché l'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari da essa gestiti.

La visione dell'ULSS 7 consiste nel riconoscersi quale parte di un sistema socio – sanitario regionale orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza così da soddisfare più compiutamente i bisogni socio – sanitari sempre più complessi ed articolati dei propri cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

L'ULSS 7 assicura lo svolgimento delle proprie diverse attività istituzionali nella prospettiva:

- di mantenere elevati livelli di qualità dell'assistenza nel rispetto delle risorse disponibili;
- di perseguire la soddisfazione dei reali bisogni della comunità residente nel proprio ambito territoriale e dei singoli individui;
- di creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

L'assistenza socio – sanitaria è la competenza fondamentale dell'ULSS 7; essa deve essere erogata con continuità e regolarità, nonché con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

I principi che presiedono all'azione gestionale dell'ULSS 7 sono i seguenti:

- la regola suprema che l'assistenza, in ogni momento della sua continuità, deve essere la comprensione ed il rispetto delle singole persone assistite e delle loro famiglie;
- la pratica professionale e clinica deve essere uniformata alle più aggiornate tecniche e procedure in ordine alle quali sussistono le condizioni della "evidence based medicine" per assicurare i più elevati standard assistenziali;
- l'attenzione ai diritti del cittadino, che deve comprendere la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali;
- l'assistenza deve essere garantita nel contesto edilizio, organizzativo e funzionale più appropriato;
- la formazione continua del personale deve prefiggersi l'accrescimento del capitale umano dell'azienda, l'incremento delle conoscenze e il miglioramento dell'assistenza.

L' Azienda sociosanitaria agisce nel rispetto della normativa nazionale e regionale da una parte, aziendale dall'altra. In questo ultimo ambito hanno rilevanza le scelte regolamentari e i modelli organizzativi e funzionali diretti al conseguimento della missione e adattati all'effettiva realtà aziendale, così come espressi nell'atto aziendale. In questo contesto, vengono introdotti i contenuti del D. Lgs. 231/2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica", e successive modifiche. Questa normativa nazionale, pur non essendo originariamente rivolta agli enti pubblici, offre lo spunto per progettare una sorta di vademecum etico-comportamentale, sostanzialmente reso esplicito nel Codice Etico Comportamentale .

Il Codice Etico esprime gli impegni e le responsabilità morali nella conduzione delle proprie attività assunte dall'Azienda Ulss 7. Esso costituisce un complesso di norme e principi cui devono attenersi l'Azienda, i suoi dipendenti e collaboratori e tutti i soggetti che hanno rapporti con essa, nello svolgimento delle attività di rispettiva competenza. Rappresenta un documento ufficiale dell'Azienda che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'ente nei confronti dei portatori di interesse (utenti, dipendenti, collaboratori, fornitori...). La programmazione, l'organizzazione e i regolamenti aziendali devono ispirarsi ai contenuti del Codice Etico.

I bisogni sanitari e socio – sanitari espressi dalla popolazione vengono recepiti dall'Azienda ULSS 7 nei documenti di pianificazione e programmazione descritti nei paragrafi successivi; normalmente viene effettuata un'analisi dei bisogni socio sanitari espressi per adeguare l'offerta socio – sanitaria alla domanda. Viene data inoltre risposta a precise indicazioni regionali.

1.2 PIANIFICAZIONE STRATEGICA E POLITICA PER LA QUALITÀ

La politica per la qualità, costituita dagli indirizzi e obiettivi generali dell'azienda, è contenuta nell'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 187 del 17 febbraio 2005 e in successive delibere interne che lo modificano ed integrano, ed è ripresa nei documenti di pianificazione strategica. Tali documenti, descritti di seguito, rappresentano il collegamento con la programmazione sanitaria a livello di Regione.

1.2.1 PIANIFICAZIONE STRATEGICA

L'attuale assetto aziendale delle unità locali socio sanitarie, definito dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, e dalle leggi regionali 14 settembre 1994, n. 55 e n. 56, si basa sul principio della separazione delle funzioni di direzione strategica dalla direzione operativa:

- al Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Sociali, compete la direzione strategica dell'azienda nonché la responsabilità della programmazione e del controllo aziendale, da attuarsi anche attraverso azioni di promozione, supporto e coordinamento nei confronti delle singole strutture operative dell'unità locale socio sanitaria;
- ai responsabili dell'Ospedale, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi Generali spettano i compiti di gestione operativa delle proprie strutture.

Tale assetto si fonda su un modello organizzativo aziendale che prevede l'applicazione dei seguenti processi:



(*) (sia con riferimento allo stato di realizzazione dei piani, programmi e progetti che alle performance del personale, ai fini dell'applicazione dei relativi istituti incentivanti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro).

Le scelte di programmazione dell'unità locale socio sanitaria si fondano sul piano sanitario nazionale, sul piano socio-sanitario regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione.

La pianificazione può essere intesa quale processo di natura politica e tecnica, attraverso il quale, partendo dall'analisi della situazione esistente per quanto riguarda i bisogni di salute della popolazione, si prevedono le politiche di tutela della salute (gli obiettivi generali) da perseguire nel medio lungo periodo (di norma un triennio) e le grandi azioni per realizzarle (strategie socio sanitarie – organizzative – strumentali). Le fasi della pianificazione possono essere riassunte in:

- individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- attivazione dei programmi di intervento predisposti;
- "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

La programmazione è un processo di natura prevalentemente tecnica, attraverso il quale si prevede in dettaglio come perseguire nel breve periodo (di regola un anno) un obiettivo o più obiettivi specifici (attività, mezzi, metodi, sequenze, tempi). Il programma è un insieme di progetti con obiettivi omogenei. Tale processo è articolato nelle seguenti fasi successive ed integrate:

- presa d'atto e valutazione delle scelte strategiche;
- valutazione delle modifiche/integrazioni/innovazioni da portare all'assetto organizzativo e funzionale dei servizi in ragione delle nuove scelte strategiche;
- predisposizione dei programmi da sviluppare previa definizione analitica dei fabbisogni di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie da impiegare.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Nel passaggio dalla pianificazione strategica di medio lungo periodo alla programmazione operativa annuale, collegata al processo di budgeting, si può individuare uno dei momenti fondamentali della gestione aziendale.

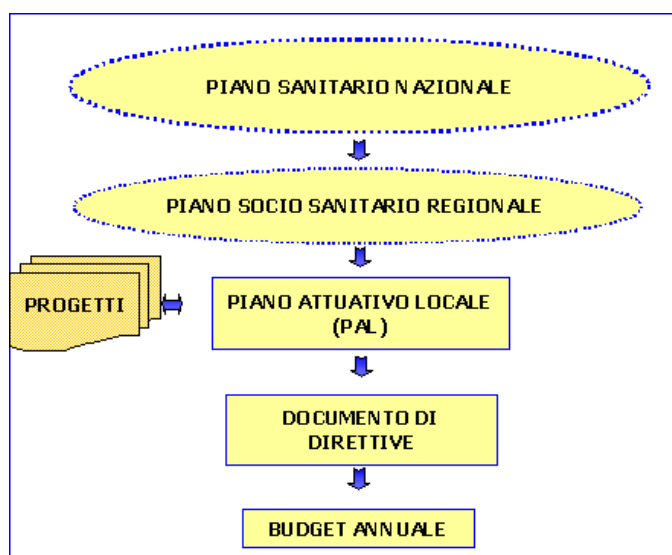
E' in sede di definizione del budget generale annuale dell'unità locale socio sanitaria e delle singole strutture operative aziendali che si verifica la concreta possibilità di realizzare, anche parzialmente, un obiettivo generale espresso dai documenti di pianificazione, attraverso la sua scomposizione, nei termini più analitici possibili, in obiettivi specifici.

Tale processo trova motivazione nell'esigenza di chiarire la natura dei traguardi da perseguire, in concreto, favorendo le operazioni di temporalizzazione e di quantificazione degli obiettivi medesimi, nonché la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nella organizzazione e nella attuazione del programma.

Tale scomposizione rappresenta un passo indispensabile, sia con riferimento alle scelte delle attività da svolgere, sia per la misurazione dei risultati in sede di verifica e di valutazione del Centro di Responsabilità. Più gli obiettivi sono dettagliati, più facile risulta la scelta delle attività secondo il criterio di efficacia. Ad obiettivi specifici è più facile associare indicatori atti a misurare il livello di perseguimento e il raggiungimento degli stessi nonché l'evoluzione delle situazioni di bisogno, sia in sede di progettazione che in quella di accertamento dei risultati.

I Responsabili dei Centri di Responsabilità devono pertanto attenersi a questi principi - che portano alla formulazione di obiettivi analitici, dettagliati e misurabili in sintonia con gli strumenti di valutazione e controllo - nella formulazione delle proposte di programma e budget.

Il ruolo dei dipartimenti è definito con la deliberazione del direttore generale n. 270 del 26 febbraio 2004 "Approvazione del regolamento generale di organizzazione dipartimentale".



IL PIANO ATTUATIVO LOCALE (PAL)

(ex piano generale triennale di cui all'art. 6, comma 3, legge regionale n. 56/94 – art. 114, legge regionale n. 11/01):

- è lo strumento di programmazione generale dell'azienda;
- è l'atto con cui l'azienda attua gli obiettivi del processo di programmazione socio-sanitaria regionale in coerenza con gli obiettivi di salute definiti dalla Conferenza dei Sindaci.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

I PIANI DI SETTORE

Al fine di tradurre la strategia contenuta nel Piano Attuativo Locale (PAL) in azioni di medio e breve periodo le strutture organizzative responsabili dei sistemi elaborano il proprio piano di settore (pluriennale e/o annuale).

I Piani di settore che si intendono sviluppare sono i seguenti:

Piano dell'edilizia di responsabilità del Servizio Tecnico, contiene i progetti per lo sviluppo edilizio ed impiantistico aziendale.

Piano degli acquisti nasce dalla valutazione da parte del Servizio Economico Finanziario e del Servizio Provveditorato Economato degli acquisti in termini di apparecchiature, di materiale di consumo sanitario e non ed infine dall'acquisto dei servizi.

Piano della formazione a seguito della raccolta delle necessità di formazione e delle priorità strategiche dell'azienda, illustra gli eventi formativi aziendali proposti agli operatori.

Piano della customer satisfaction illustra gli ambiti di rilevazione della qualità percepita ed i principali strumenti messi in atto.

Piano della qualità illustra le iniziative relative al mantenimento, miglioramento e sviluppo dei diversi sistemi di gestione per la qualità (ISO 9001, accreditamento istituzionale, accreditamento autorizzativo, accreditamento di eccellenza).

Piano del rischio clinico illustra le modalità e gli strumenti utilizzati per lo sviluppo del rischio clinico.

Piano delle risorse umane analizza i bisogni di risorse e ne pianifica l'acquisizione, compatibilmente con i vincoli nazionali e regionali.

Piano per lo sviluppo informatico e tecnologico contiene tutte le iniziative ed i progetti che possono avere impatto sull'area amministrativa, sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Piano del budget illustra le modalità e gli strumenti utilizzati per lo sviluppo del budget annuale.

IL PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

(art. 8 legge regionale n. 56/94, artt. 4 e 5 legge regionale n. 5/96, art. 19 legge regionale n. 328/2000, art. 128 legge regionale n. 11/2001):

- costituisce il punto di raccordo fra bisogni/risposte sanitarie da un lato e assistenziali dall'altro e si configura come lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio—sanitaria.
- è promosso ed elaborato dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Conferenza dei Sindaci ed è recepito all'interno del Piano Attuativo Locale con atto del Direttore Generale.

IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

(art. 3-quater, decreto legislativo n. 229/99 e art. 120 legge regionale n. 11/01):

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

- è lo strumento operativo di programmazione del distretto socio-sanitario, ove trovano esplicitazione i bisogni e gli obiettivi di salute prioritari, gli interventi di natura sanitaria e socio - sanitaria necessari per affrontarli, la localizzazione dei servizi e dei presidi distrettuali, la determinazione del budget di distretto, la copertura economica delle attività socio-sanitarie definite nel Piano di Zona.
- si inserisce nel complesso sistema programmatico socio—sanitario e si coordina con quanto previsto dal Piano di Zona dei Servizi Sociali relativamente agli interventi sociali e socio-sanitari.

PIANIFICAZIONI DIVERSE

Per quanto riguarda aree circoscritte di attività o di bisogno specifico vengono utilizzati dei piani come strumento specifico per la programmazione operativa e tecnico professionale.

1.2.2. GESTIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI

Ai sensi della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, recante "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere", gli obiettivi aziendali vengono gestiti tramite la metodica del budget che si sviluppa secondo una struttura comprendente:

- il documento di direttive
- il budget generale aziendale
- i budget delle strutture;
- i budget dei centri di responsabilità.

Il documento di direttive è formulato dal direttore generale allo scopo di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione regionale e del budget aziendale, in aderenza ai contenuti e alle scelte di pianificazione e programmazione adottate dall'azienda.

Il budget generale aziendale che costituisce allegato necessario del Bilancio Economico Preventivo (BEP) riguarda l'intera attività dell'unità locale socio sanitaria e si articola nelle seguenti parti:

- budget economico,
- budget finanziario
- budget patrimoniale.

I budget delle strutture, formulati con riguardo all'Ospedale (inteso come struttura comprendente i presidi ospedalieri di Conegliano, Vittorio Veneto e De Gironcoli), ai Distretti Socio Sanitari, al Dipartimento di Prevenzione ed ai Servizi Generali, ed i budget di centro di responsabilità, strutturati con riguardo alle unità operative inserite nel piano dei centri di responsabilità, sono articolati in modo da consentire la rappresentazione degli aspetti economici e di rendere possibile l'attribuzione della responsabilità di gestione e di risultato mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

Il processo di budgeting definisce a livello dei singoli centri di responsabilità, obiettivi specifici di carattere operativo, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nel corso dell'esercizio.

Il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:

- formulazione delle proposte di budget a cura dei responsabili dei centri di responsabilità;
- definizione negoziata delle proposte definitive;
- approvazione del budget.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Il processo di reporting è finalizzato a realizzare un costante e capillare confronto fra obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti anche ai fini di eventuali azioni correttive, richieste di rinegoziazione del budget.

LA COMMISSIONE PER IL MONITORAGGIO DEL BUDGET

Considerata l'importanza di individuare le cause di eventuali scostamenti dell'andamento dei costi aziendali e suggerire le eventuali azioni correttive da intraprendere l'azienda ha istituito, con deliberazione n. 677 del 5 giugno 2003, la commissione per il monitoraggio del budget assegnando alla stessa le seguenti funzioni:

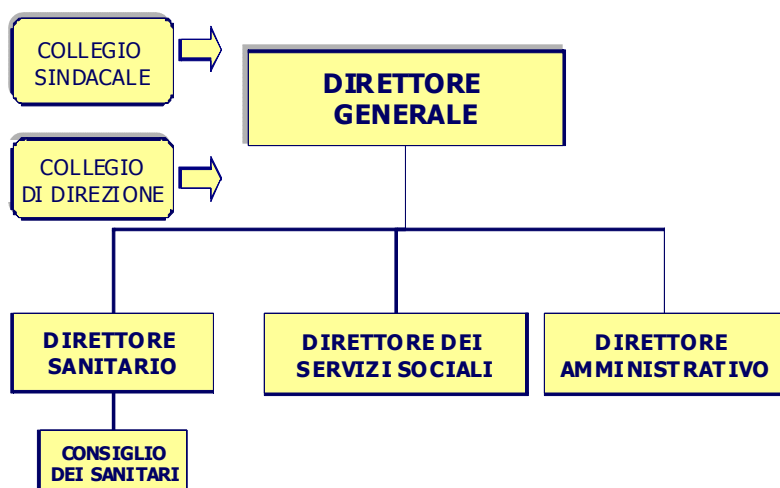
- analisi periodica dell'andamento dei costi dell'Azienda, delle strutture e dei centri di responsabilità. Verifica congiunta dei costi con l'attività erogata (soprattutto per i centri di responsabilità e strutture sanitarie) e valutazione della congruenza/compatibilità con il BEP e con il Budget Generale Aziendale presentati dall'Azienda ed approvati dalla Regione;
- presentazione trimestrale di una relazione alla Direzione Aziendale da cui emerga il coinvolgimento, nelle eventuali problematiche evidenziate, dei direttori di struttura, di dipartimento, di servizio individuati di volta in volta dalla commissione stessa.

1.3 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Come previsto dall'art. 3 del D.lgs 502/1992 e s.m.i. l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda ULSS 7 sono disciplinati nell'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 187 del 17 febbraio 2005 ed in successive delibere interne che lo modificano ed integrano.

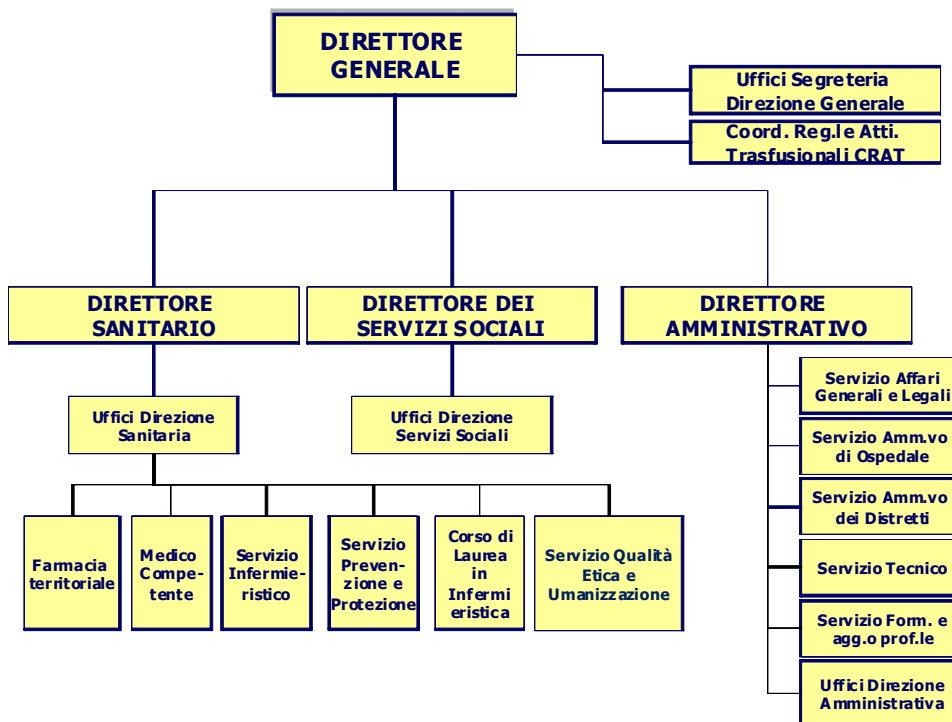
Di seguito sono schematizzati gli organigrammi e le tabelle delle diverse strutture organizzative.

Struttura organizzativa Direzione Generale



Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Struttura organizzativa
direzione: servizi e uffici di staff

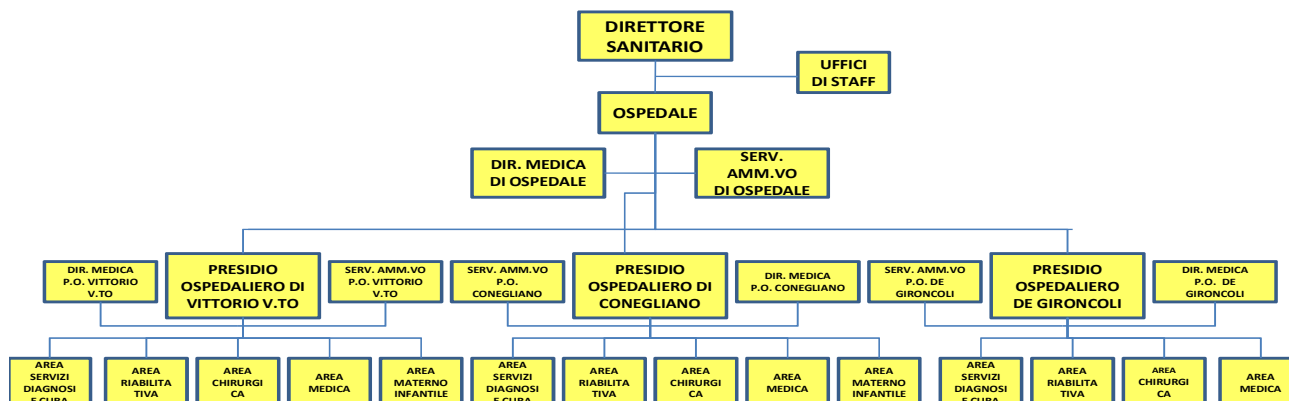


Struttura organizzativa
strutture tecnico funzionali – servizi professionali e tecnico amministrativi



Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Struttura organizzativa Ospedale



DIPARTIMENTI OSPEDALIERI STRUTTURALI

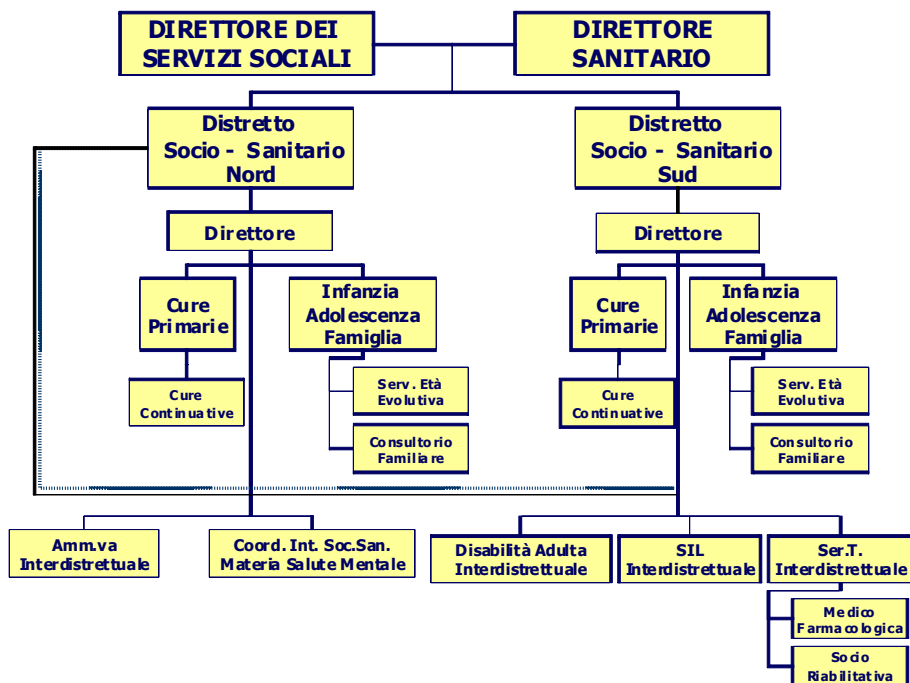
Area Medica	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Generale Cn - Medicina Generale VV - Medicina Generale 1 DG - Medicina Generale 2 - Geriatria - Oncologia - Pneumologia
Area Chirurgica	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia Generale Cn - Chirurgia Generale VV - O.R.L. - Oculistica - Urologia - Ortopedia e Traumatologia Cn - Ortopedia e Traumatologia Vv - Gastroenterologia

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

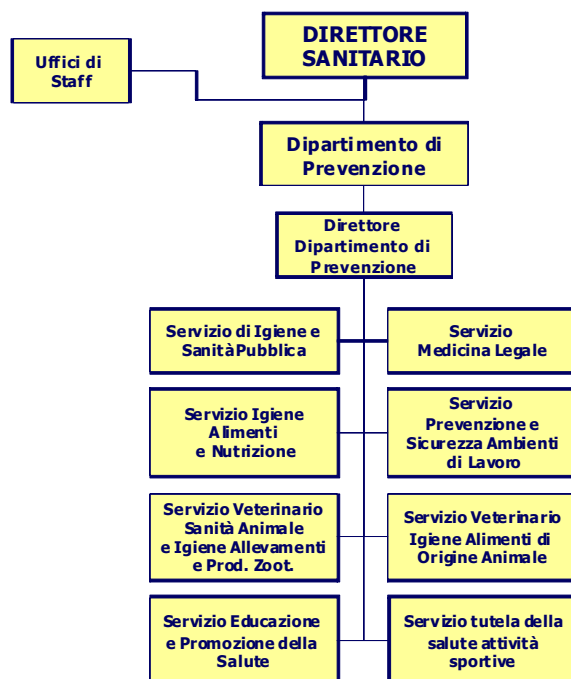
Area Critica	<ul style="list-style-type: none"> - Accettazione Pronto soccorso - Anestesia e Rianimazione Cn - Anestesia e Rianimazione Vv - Anestesia e Rianimazione Dg
Area Riabilitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina fisica e riabilitazione Cn e Dg - Medicina fisica e riabilitazione Vv - Lungodegenza
Patologia Clinica	<ul style="list-style-type: none"> - Istologia e Anatomia Patologica - Laboratorio analisi Cn - Laboratorio analisi VV - Trasfusionale e immunologia
Diagnostica per Immagini	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologia Cn - Radiologia Vv - Radiologia Dg - Medicina nucleare
Area Materno Infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Ostetricia e Ginecologia Cn - Ostetricia e Ginecologia VV - Pediatria
Area cardiocerebrovascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Nefrologia e dialisi - Cardiologia - UTIC

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Struttura organizzativa Distretti Socio – Sanitari

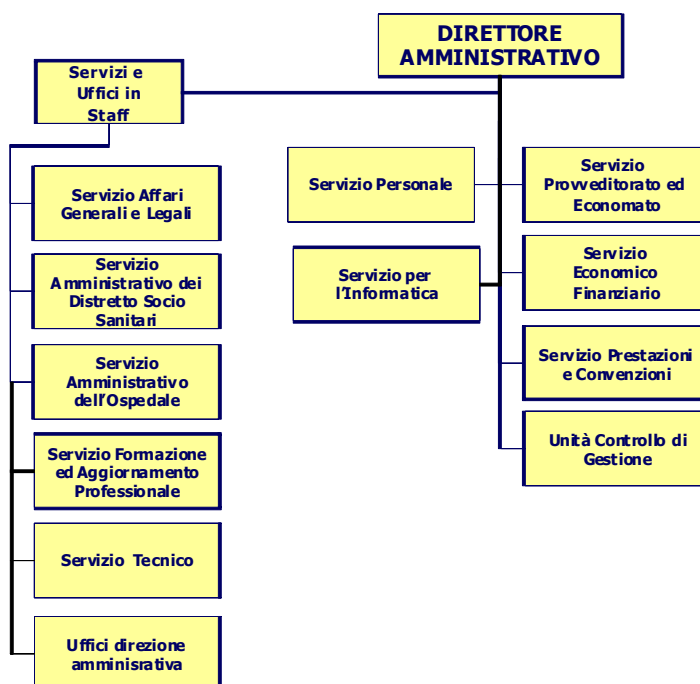


Struttura organizzativa Dipartimento di Prevenzione

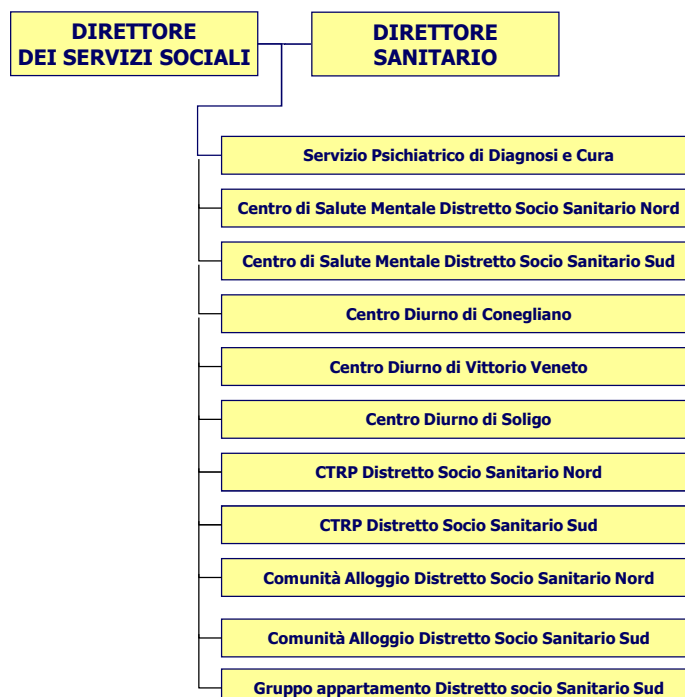


Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

Struttura organizzativa Servizi Professionali e Tecnico - Amministrativi



Struttura organizzativa Dipartimento Salute Mentale



Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

1.3.1 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE

La Direzione Generale riconosce nell' Ufficio per lo Sviluppo della Qualità il suo rappresentate al fine di istituire, applicare e mantenere il sistema di gestione per la qualità conformemente alla norma ISO 9001.

L'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità è attualmente collocato in staff alla Direzione sanitaria (deliberazione del direttore generale n. 115 del 26 gennaio 2007);

L'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità ha inoltre la responsabilità, l'autorità e l'indipendenza per:

- verificare l'andamento ed il miglioramento del sistema di gestione per la qualità;
- promuovere e sensibilizzare il personale sulla consapevolezza delle esigenze e necessità (requisiti) dei clienti.

Questi due aspetti sono garantiti sia attraverso la rete dei Facilitatori di ogni singola Unità Operativa sia analizzando gli esiti delle verifiche ispettive interne, delle verifiche ispettive esterne e dei riesami del sistema eseguiti a livello di singola Unità Operativa.

1.3.2 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA QUALITA'

L'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità supporta lo sviluppo e il mantenimento del sistema di gestione per la qualità e la sua applicazione capillare avviene attraverso i Facilitatori di Unità Operativa.

I Facilitatori di Unità Operativa hanno la responsabilità di:

- essere l'interfaccia tra l'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità e l'Unità Operativa;
- fare in modo che le procedure aziendali siano applicate dal personale dell'Unità Operativa;
- partecipare agli audit;
- svolgere le attività previste dalle procedure aziendali come per esempio la gestione delle non conformità, delle azioni correttive, ecc.

1.4 COMUNICAZIONI INTERNE PER IL PERSONALE

Gli strumenti normalmente utilizzati per la comunicazione interna al personale sono:

- comunicazioni scritte indirizzate alle singole persone
- notiziario interno "Appunti di Viaggio"
- sito intranet
- riunioni di unità operativa
- atti deliberativi aziendali
- affissioni pubbliche alle bacheche aziendali.

Inoltre i titoli delle deliberazioni del direttore generale vengono pubblicati nel sito internet aziendale alla voce *Albo Online* permettendo a chiunque di richiederne per iscritto copia all'ufficio protocollo.

1.5 RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il riesame del Sistema di Gestione per la Qualità avviene su più livelli e consente di prendere in esame e analizzare l'operato dell'ULSS 7 in tutti i suoi livelli organizzativi e fornire i dati di input per il processo di pianificazione aziendale che trova la sua conclusione con il Budget aziendale.

Il riesame del Sistema di Gestione per la Qualità dell'ULSS 7 si esplica attraverso i seguenti strumenti:

- Valutazione e controllo strategico;
- Reporting direzionale;
- Esito degli audit interni per la qualità, dell'analisi delle non conformità e delle azioni correttive e preventive.

I primi due aspetti sono gli strumenti di rilevazione dell'avanzamento della pianificazione aziendale, come descritto nei paragrafi precedenti, mentre il terzo aspetto è relativo alla qualità. Il riesame dell'andamento del sistema di gestione della qualità avviene sia a livello di Unità Operativa che a livello di Azienda.

La continuità tra le Unità Operative e l'Azienda è garantita dal fatto che gli esiti dei diversi riesami delle Unità Operative sono ricevuti dall'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità che provvede alla loro presentazione alla Direzione Aziendale. Lo scopo di tale analisi è di verificare l'efficacia del sistema, intesa come l'allineamento con gli obiettivi e le direttive aziendali.

Il riesame dell'andamento a livello di azienda avviene mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali come descritto in precedenza.

Di seguito si riporta l'iter di gestione del verbale di riesame del sistema qualità:

DOCUMENTO	PREPARATO	APPROVATO	DISTRIBUITO A	ARCHIVIATO DA	CONSERVAZIONE (anni)
Riesame del Sistema di Gestione Qualità di Unità Operativa	Facilitatori di U.O.	Responsabile di U.O.	Ufficio per lo Sviluppo della Qualità	Responsabile di U.O.	3 anni
Delibera di Approvazione dei risultati di budget	Controllo di Gestione	Direzione Generale	Responsabili U.O.	Controllo di Gestione	illimitato
Riesame del Sistema di Gestione Qualità Aziendale	Ufficio per lo Sviluppo della Qualità	Direzione Generale	Direzione Generale	Ufficio per lo Sviluppo della Qualità	3 anni

CAPITOLO 2

GESTIONE DELLE RISORSE

2.1 IDENTIFICAZIONE E MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

L'identificazione delle risorse necessarie per attuare e migliorare il Sistema di Gestione per la Qualità avviene da parte:

- della Direzione Generale;
- dei Responsabili di Unità Operativa.

L'identificazione delle risorse necessarie avviene nei momenti di definizione della pianificazione aziendale e nella fase di pianificazione di dettaglio e contrattazione degli obiettivi di budget.

2.2 RISORSE UMANE

Sulla base dei processi sottoposti ad analisi e descritti nei documenti di descrizione dei processi, sono stati definiti i profili minimi di competenza del personale.

Relativamente alle competenze, in ogni documento di descrizione dei processi, sono state esplicitate delle tabelle contenenti:

- l'identificazione del ruolo – mansione;
- il profilo minimo inteso come istruzione, formazione, esperienza ed abilità;
- I profili minimi, nel rispetto dei requisiti di legge, sono definiti dai responsabili di Unità Operativa.

Sulla base dei profili minimi individuati, il Responsabile di Unità Operativa con il personale provvede ad identificare le attività di sviluppo delle competenze e gli eventuali corsi di formazione che possono essere interni od esterni come indicato nel processo di sviluppo della formazione.

Sulla base delle competenze da sviluppare, si procede alla identificazione e attuazione delle modalità (corsi di formazione, affiancamento operativo sul campo, ecc.).

La verifica di efficacia delle attività messe in atto per lo sviluppo delle competenze è rappresentata:

- dalle verifiche di efficacia eseguite al termine dei corsi di formazione;
- dall'analisi degli indicatori di processo;
- dall'analisi e osservazione dell'operato del personale ai diversi livelli dell'organizzazione;
- valutazione dell'operato dei Dirigenti, secondo le Direttive indicate dalla Direzione Generale, come riportato nell'Atto Aziendale ed in apposite Delibere che ne esplicitano il dettaglio.

Ulteriori dettagli sono descritti nella procedura generale PG_06 Sviluppo delle Competenze del Personale e nei documenti di descrizione dei processi relativi al Servizio Formazione e Aggiornamento Prof.le che sono relativi a:

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

- organizzazione di eventi formativi aziendali,
- gestione amministrativa della formazione del personale dipendente a eventi formativi non aziendali.

2.3 INFRASTRUTTURE

Gli edifici ed impianti utilizzati sono parte del patrimonio dell'ULSS 7 e sono mantenuti dal Servizio Tecnico. Gli edifici ed impianti sono sottoposti ad attività manutentive e di sviluppo come previsto dalla Legislazione vigente in materie di opere ed impianti.

2.4 AMBIENTE DI LAVORO

L'ambiente di lavoro è rappresentato dall'ambiente nel quale vengono svolte tutte le attività che nel loro complesso costituiscono i processi di erogazione dei servizi offerti.

La sicurezza e l'idoneità dell'ambiente di lavoro sono controllate dal Servizio di Prevenzione e Protezione.

CAPITOLO 3

REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

3.1 INTRODUZIONE

Il presente capitolo del Manuale della Qualità illustra i processi indicati nel campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità Aziendale.

3.2 PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI REALIZZAZIONE DEI PRODOTTI ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

Rispetto alla rappresentazione dei macro-processi aziendali i processi sono pianificati come descritto nei singoli documenti di descrizione dei processi.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il macro-processo di assistenza ospedaliera si esplica nei seguenti processi:

- ricovero ordinario,
- day hospital,
- day surgery,
- attività ambulatoriale specialistica.

Tali processi sono descritti, per ogni unità operativa facente parte del campo di applicazione del sistema qualità, nei singoli documenti di descrizione dei processi.

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

Il macro-processo di assistenza socio-sanitaria territoriale si esplica nei seguenti processi:

- assistenza socio-sanitaria alla persona,
- assistenza sociale alla persona,
- servizi all'utenza,
- assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale,
- informazione, educazione e promozione della salute

Anche questi processi sono descritti, per ogni unità operativa facente parte del campo di applicazione del sistema qualità, nei singoli documenti di descrizione dei processi.

PREVENZIONE

Il macro-processo della prevenzione si esplica nei processi di controllo previsti dalla legislazione e dalle campagne di prevenzione. In funzione dell'ambito di operatività delle unità operative che compongono il Dipartimento di Prevenzione, come descritto nei manuali di organizzazione, i processi possono assumere denominazioni dettagliate e finalizzate come esplicitato nei documenti di descrizione dei processi.

PROCESSI DI SUPPORTO TECNICO-AMMINISTRATIVI

I processi tecnici amministrativi di supporto non sono tutti correlati con i processi sanitari principali e di supporto.

In funzione dell'ambito di operatività delle unità operative che compongono l'Area Amministrativa, come descritto nei manuali di organizzazione, i processi possono assumere denominazioni dettagliate e finalizzate come esplicitato nei documenti di descrizione dei processi.

PROCESSI DI SUPPORTO SANITARI

Anche per i processi di supporto sanitari la loro denominazione è in funzione dell'unità operativa gestore del processo. Anche in questi casi le denominazioni dettagliate dei processi sono esplicitate nei documenti di descrizione dei processi.

PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI

Ogni Unità Operativa ha provveduto alla definizione dei processi, che ha in gestione o dei quali ne è responsabile, all'interno dei singoli Manuali Organizzativi.

In funzione dei processi e servizi identificati è stata definita la mappatura e pianificazione dei processi nei documenti di descrizione dei processi. Questi ultimi, oltre ad indicare la pianificazione dei processi e le relative modalità di svolgimento, riportano:

- gli elementi di input del processo,
- i fornitori intesi come coloro che forniscono l'input,
- gli output del processo,
- i clienti intesi come coloro che ricevono l'output.

I contenuti sono riportati nei singoli documenti di descrizione dei processi indicati nel campo di applicazione del sistema qualità.

3.3 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

Il coinvolgimento dei clienti è messo in atto utilizzando:

- Carta dei Servizi aziendale
- Sito internet www.ulss7.it
- Periodico aziendale "Verso"
- Bilancio Sociale

La Carta dei Servizi è considerata uno "strumento" a tutela del diritto alla salute degli utenti, che attribuisce loro ed alle associazioni di volontariato e di tutela la possibilità di un controllo effettivo dei servizi erogabili.

La Carta dei servizi ha l'obiettivo di incidere sui rapporti tra cittadini/utenti e l'amministrazione che eroga i servizi, al fine di favorire comportamenti tesi a migliorare il rapporto tra l'ente pubblico e i cittadini.

La struttura del documento è conforme al modello predisposto generale di riferimento allegato al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 e la linea guida n. 2/95 del Ministero della Sanità. I contenuti sono stati individuati da appositi gruppi di lavoro costituiti dai Responsabili delle diverse aree e servizi in cui si struttura la ULSS 7.

La "Carta" dell'Azienda ULSS7 è stata redatta per la prima volta nel 1996 ed è un documento da interpretare in chiave dinamica: viene infatti periodicamente aggiornato con le modifiche, i miglioramenti e le integrazioni dei servizi erogati. E' consultabile on line sul sito www.ulss7.it e la gestione del documento è demandata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Essa contiene la dichiarazione degli standard di qualità, definiti in riferimento al servizio com'è attualmente effettuato.

La rivista "Verso" viene resa periodicamente disponibile alla popolazione di riferimento dell'ULSS7; è coordinata dall'Ufficio per lo sviluppo della qualità.

Il sito internet mette a disposizione di tutti i cittadini una panoramica delle principali attività svolte dall'azienda ULSS7 e viene utilizzato anche come mezzo di comunicazione interna con i dipendenti.

La direttiva del Ministro della Funzione Pubblica Sulla Rendicontazione Sociale nelle Amministrazioni Pubbliche del 17 febbraio 2006 indica chiaramente che "Il bilancio sociale serve a rendere conto ai cittadini in modo trasparente e chiaro di cosa fa l'amministrazione per loro. Rispetto al bilancio tradizionale, che riporta dati economico-finanziari difficilmente comprensibili dal cittadino, il bilancio sociale deve dunque rendere trasparenti e comprensibili le priorità e gli obiettivi dell'amministrazione, gli interventi realizzati e programmati, e i risultati raggiunti".

3.4 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

La progettazione e sviluppo all'interno del sistema di gestione qualità dell'Azienda Ulss 7 riguarda i nuovi servizi sanitari e socio sanitari e sociali, i piani riabilitativi, i progetti di formazione interna ed i progetti di assistenza socio sanitaria e sociale alla persona.

Le fasi principali della progettazione e sviluppo comuni in tutta l'Azienda sono sinteticamente descritte nella Procedura Generale PG_07 Progettazione e Sviluppo, mentre le modalità di gestione

della progettazione stessa all'interno dei processi delle singole unità operative sono descritte nei documenti di descrizione dei processi e nelle eventuali istruzioni operative ad essi collegati.

3.5 APPROVVIGIONAMENTO

Le modalità di acquisto e di valutazione dei fornitori all'interno di un'Azienda pubblica sono regolamentate dalla legislazione e per tale motivo tutti gli acquisti, indipendentemente dalle modalità di gara utilizzate, rappresentano una vera e propria qualifica dei fornitori.

All'interno del processo di pianificazione degli acquisti e del suo espletamento attraverso le diverse modalità di gara di appalto, le singole UO (in funzione della destinazione e delle tipologie di prodotti da inserire in gara), sono coinvolte come servizio di consulenza tecnica per il servizio Provveditorato Economato.

Tale servizio è a sua volta suddiviso in due fasi :

- la prima fase nella quale le diverse UO hanno il compito di definire le caratteristiche qualitative e quantitative e redigere quindi le schede tecniche dei prodotti da acquistare e la relativa programmazione dei consumi,
- la seconda fase, che potrebbe non essere presente per alcune tipologie di acquisto per le quali l'aggiudicazione avviene solo in funzione del miglior prezzo, è caratterizzata dalla valutazione tecnica dei documenti e/o campioni forniti dai potenziali fornitori per i quali devono essere espressi dei giudizi che verranno considerati per la fase di aggiudicazione della fornitura.

Al termine del processo di approvvigionamento, l'aggiudicazione rappresenta quindi la qualifica dei fornitori, sempre nel rispetto della legislazione vigente che regola i processi di approvvigionamento delle aziende pubbliche.

La verifica dei prodotti acquistati sia in termini di rispetto delle condizioni di fornitura che qualitative dei prodotti è eseguita sia dai magazzini farmaceutico ed economico, sia dalle unità operative che utilizzano determinati prodotti.

Nel sistema di gestione per la qualità il processo di approvvigionamento è rappresentato dall'acquisto di beni e servizi disciplinati da normativa pubblica sugli acquisti, sotto la responsabilità del Servizio Provveditorato Economato.

Gli acquisti sono relativi a apparecchiature elettromedicali, arredi, software ed hardware, automezzi, farmaci e diagnostici, presidi sanitari e protesi, servizi alberghieri, e servizi di supporto all'attività amministrativa.

Le modalità di acquisto sono indicate nel documento di descrizione dei processi del Servizio Provveditorato Economato.

3.6 EROGAZIONE DEI SERVIZI

Ogni Unità Operativa ha predisposto il Manuale Organizzativo, i Documenti di Descrizione dei Processi e il Documento Indicatori che nel loro interno riportano:

- l'organizzazione dell'Unità Operativa,
- i processi ed i servizi offerti,
- la mappatura dei processi e la loro pianificazione.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

I Documenti di Descrizione dei Processi e il Documento Indicatori indicano come devono essere gestiti, governati e misurati i diversi processi di erogazione dei servizi. I dati ottenuti dalle misure, che si concretizzano con gli indicatori, rappresentano i dati di input delle analisi volte al miglioramento continuo.

3.6.1 Validazione dei processi

L'attività di validazione ivi descritta è applicabile in particolare a quei processi il cui risultato non può essere controllato con successive attività di misurazione.

Prima di utilizzare in modo routinario nuovi processi assistenziali e nuove apparecchiature e/o modificare gli esistenti è necessario che l'Unità Operativa esegua la validazione.

Lo scopo della validazione è di verificare la possibilità che le modifiche o nuove modalità siano ripetibili e riproducibili al fine di garantire che la prestazione finale abbia sempre l'efficacia attesa.

La validazione ha la finalità di introdurre in modo sistematico nuove modalità attraverso la definizione di:

- metodica utilizzata supportata da evidenze scientifiche,
- comportamento del personale (inteso come formazione ed addestramento),
- strumenti utilizzati,
- fattori ambientali.

Per i suddetti casi, es. introduzioni di una nuova metodica e/o apparecchiatura, il personale operante nei processi deve conservare la documentazione della validazione e, se ritenuto necessario, gestire la modifica e/o introduzione come una azione di miglioramento.

La validazione dei farmaci è eseguita dal Commissione Terapeutica Ospedaliera e le regole per la gestione della commissione sono definite da apposite delibere aziendali.

3.6.2 Identificazione e rintracciabilità

Per la definizione e l'applicazione del concetto di identificazione e rintracciabilità deve essere considerata la legislazione vigente in materia.

Le diverse unità operative devono garantire:

- l'identificazione e la rintracciabilità dei prodotti esplicitando, ove ritenuto opportuno, le regole nei diversi documenti di Descrizione dei Processi e nelle Istruzioni Operative,
- l'identificazione e la rintracciabilità delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso la documentazione di supporto, come per esempio le registrazioni delle diverse attività svolte (es. cartella clinica, documenti di gara, ordini di acquisto, ecc.).

Per quanto riguarda i prodotti, la loro identificazione e rintracciabilità è relativa al processo di immagazzinamento e distribuzione che avvengono sotto la responsabilità dei Servizi Provveditorato e Farmacia Ospedaliera. I dettagli relativi a questi aspetti sono riportati nei Documenti di Descrizione del Processo.

3.6.3 Gestione delle proprietà del cliente

Le proprietà del cliente si possono configurare con:

- Radiogrammi,
- Cartelle cliniche,
- Sacche per autodonazione,
- Farmaci,
- ecc.

Per tutte le proprietà del cliente, l'Unità Operativa dovrà eseguire la verifica, la conservazione e la restituzione. Nel caso in cui tali proprietà fossero involontariamente perse o danneggiate è necessario che il personale comunichi tempestivamente l'accaduto al cliente registrandone l'esito su un Rapporto di Non Conformità.

3.6.4 Gestione magazzini

Le modalità di conservazione dei prodotti (es. materiale di consumo, materiale sanitario, ecc.) è sotto la responsabilità del Servizio Provveditorato e della Farmacia Ospedaliera che ne curano la conservazione e la distribuzione alle diverse unità operative in funzione delle richieste di riordino.

Ulteriori dettagli sono riportati nei documenti di descrizione dei processi del Servizio Provveditorato e della Farmacia Ospedaliera.

3.7 Gestione delle apparecchiature

Le apparecchiature utilizzate dalle Unità Operative per il processo di diagnosi e cura sono gestite dal Servizio Tecnico Aziendale in modo diretto attraverso proprio personale, oppure tramite contratti di manutenzione con le ditte produttrici e/o specializzate.

Nella fase di sviluppo del sistema di gestione per la qualità, le Unità Operative provvedono a fare il censimento e a redigere l'elenco delle apparecchiature che viene verificato con il Servizio Provveditorato. Successivamente, in funzione dell'utilizzo delle apparecchiature, vengono definite le modalità per la manutenzione ordinaria, preventiva, verifiche di sicurezza e taratura.

Ulteriori dettagli relativi alla gestione delle apparecchiature sono riportati nella procedura generale PG_05 Gestione delle Apparecchiature.

CAPITOLO 4

MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

4.1 INTRODUZIONE

Il presente capitolo illustra le attività di misura, monitoraggio, analisi e miglioramento messe in atto dall'ULSS 7 Pieve di Soligo, e quindi dalle Unità Operative che lo compongono, allo scopo di assicurare la conformità delle prestazioni ai requisiti espressi dal paziente-utente e di perseguire il miglioramento continuo.

Queste attività si concretizzano in:

- misurazioni e monitoraggio dei processi di erogazione delle prestazioni/servizi (indicatori di processo),
- misurazioni e monitoraggio delle prestazioni/servizi (indicatori di risultato),
- misure e controlli della soddisfazione del paziente-utente, volti a comprendere quanto percepito dal cliente sia in senso positivo (soddisfazione) che negativo (insoddisfazione o reclami),
- misurazioni e monitoraggio del Sistema di Gestione della Qualità attraverso gli audit interni volti a valutarne l'applicazione e l'efficacia.

4.2 MISURAZIONI E MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DELLE PRESTAZIONI

Le misurazioni ed i monitoraggi eseguiti sono relativi ai seguenti ambiti gestionali:

- operativo tramite dati di attività prodotti dalle unità operative,
- direzionale tramite set di indicatori utilizzati per:
 - a. valutazione dell'andamento della programmazione aziendale
 - b. valutazione del raggiungimento degli obiettivi contrattati in fase di budget.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

I livelli di analisi dei dati raccolti sono i seguenti:

Livelli di analisi	Oggetto dell'analisi	Modalità
Direzione Aziendale	Analisi andamento aziendale	Report/Riesame Sistema Gestione Qualità
Unità controllo di gestione Ufficio Sviluppo Qualità'	Analisi processi e obiettivi a livello di unità operativa e aziendale; Analisi non conformità e azioni correttive/preventive ed esito Audit;	Report Riesame Sistema Gestione Qualità
Unità operative	Analisi delle performance dei processi e dell'andamento degli obiettivi	Indicatori e riesame del Sistema di Gestione per la Qualità

In funzione dell'esito del monitoraggio possono essere attivate delle azioni correttive, qualora il valore dell'indicatore evidenzi un peggioramento del parametro misurato, oppure sono attivate delle azioni preventive qualora l'andamento dell'indicatore evidenzi un miglioramento che però non consente di raggiungere il valore obiettivo definito (es. per gli obiettivi di budget).

Gli indicatori definiti per i singoli processi, sottoposti al sistema di gestione per la qualità, sono relativi al monitoraggio della soddisfazione del cliente.

Gli indicatori correlati alla soddisfazione del cliente (interno e al paziente/utente) sono stati definiti come indicatori di qualità.

Gli indicatori, di qualità sono stati identificati e documentati dalle singole Unità Operative in un apposito documento che ne riporta anche il relativo piano di raccolta.

4.3 SODDISFAZIONE DEI CLIENTI

Il monitoraggio della soddisfazione dei clienti

Le analisi di soddisfazione dei pazienti-utenti è di competenza dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Vengono eseguite con la periodicità e secondo le modalità stabilite nel piano di settore della Customer Satisfaction.

I report elaborati sono oggetto di analisi da parte dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico che li invia, anche col dettaglio delle segnalazioni, alle singole unità operative interessate.

In funzione dell'esito delle diverse analisi eseguite a livello di Unità Operativa, in occasione del riesame del sistema di gestione, si valuta se attivare delle azioni correttive e/o preventive per migliorare alcune caratteristiche del servizio che sono state percepite dal paziente/utente come non soddisfacenti.

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

La gestione dei reclami

La gestione delle "segnalazioni/reclami" da parte degli utenti nei confronti dell'ULSS7 è di competenza dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

Tutte le segnalazioni/reclami che giungono all'URP tramite lettere, mail, telefonate e le relative risposte aziendali vengono registrate nel programma aziendale Callimaco mentre nel programma regionale vengono registrati solo i reclami; le comunicazioni cartacee degli utenti vengono conservate in archivio.

Due volte l'anno viene prodotto un report dei reclami pervenuti che viene inviato alla direzione strategica.

Ulteriori dettagli relativi alle segnalazioni/reclami sono riportati nel documento di processo Gestione delle informazioni/segnalazioni/reclami R112_07_urp02 dell'ufficio relazioni con il pubblico.

4.4 AUDIT INTERNI DELLA QUALITÀ

Il sistema di gestione per la qualità aziendale, applicato alle Unità Operative, è sottoposto a audit interni programmati.

Lo scopo degli audit è di:

- valutare la conformità del sistema rispetto ai requisiti della norma ISO 9001;
- verificare l'efficacia del sistema intesa come la capacità di conseguire gli obiettivi.

L'Ufficio per lo Sviluppo della Qualità, eventualmente in collaborazione con i Facilitatori di Unità Operativa, prepara il programma annuale degli audit interni per la qualità, che è sottoposto all'approvazione della Direzione Generale.

Gli audit vengono condotti da personale interno, ed eventualmente esterno, opportunamente addestrato secondo i livelli di qualifica descritti nell'apposita procedura.

Il personale che esegue gli audit è scelto considerando sempre il carattere di indipendenza rispetto all'attività sottoposta a verifica.

Il Responsabile del Gruppo di Audit prepara il piano di dettaglio e lo distribuisce ai responsabili delle aree da verificare con debito anticipo.

Al termine della verifica il Gruppo di Audit documenta l'esito sul Rapporto di verifica ispettiva.

Le eventuali non conformità che si possono riscontrare in fase di audit sono documentate dal responsabile del Gruppo nei rapporti di azione correttiva e/o preventiva.

Ulteriori dettagli sono indicati nelle procedure :

- PG _02 Gestione degli Audit interni
- PG _04 Gestione delle Azioni correttive e preventive

4.5 GESTIONE DEI PROBLEMI (NON CONFORMITA')

Il processo di gestione dei problemi è regolamentato da una procedura aziendale, che descrive tutte le fasi di gestione ed in particolare le responsabilità e le regole per:

- l'identificazione dei problemi;
- la definizione e attuazione delle soluzioni;
- il controllo che quanto eseguito abbia risolto il problema.

Sono previste le seguenti tipologie:

Azienda U.L.S.S. n°7 Pieve di Soligo

A. NON CONFORMITA' GESTIONALI/ORGANIZZATIVE

Le non conformità possono essere codificate oppure non codificate. Le non conformità codificate devono essere documentate e regolamentate dalle singole Unità Operative su un apposito registro, mentre le non conformità non codificate sono registrate dal personale su una modulistica standard aziendale.

B. EVENTI SENTINELLA , INCIDENTI E QUASI INCIDENTI (sicurezza del paziente)

Gli eventi sentinella e gli incident reporting rilevati dagli operatori devono essere gestiti secondo le regole dettagliate nella Procedura R112_03_rk02 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA e nella Procedura R112_03_rk01 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'INCIDENT REPORTING.

C. INFORTUNI INCIDENTI E COMPORTAMENTI PERICOLOSI (sicurezza operatori)

Gli infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi rilevati dagli operatori devono essere gestiti secondo le regole dettagliate nella Procedura del sistema gestione sicurezza SGS_03_007 "Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi".

L'analisi delle non conformità è eseguita con frequenza almeno semestrale da parte del Facilitatore di Unità Operativa, in collaborazione con i Referenti della Sicurezza del Paziente e dei lavoratori, e viene portata all'attenzione dei Responsabili di Unità Operativa e dell'Ufficio Qualità in occasione del Riesame annuale del sistema qualità di unità operativa.

Ulteriori dettagli sono riportati nella procedura:

- PG_03 Gestione delle Non Conformità.

4.6 ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati viene eseguita dalle Unità Operative che governano le attività di monitoraggio e misurazione. Tali analisi sono eseguite con opportune tecniche statistiche in funzione degli obiettivi che si intendono ottenere (es. Report aziendali trimestrali, Indicatori di performance dei processi, ecc.).

L'utilizzo delle tecniche statistiche consente l'analisi degli indicatori che evidenziano l'andamento qualitativo/quantitativo nel periodo di osservazione considerato e che rappresentano le informazioni di ingresso per il miglioramento del sistema di gestione della qualità nelle aree di maggiore criticità.

A livello di Unità Operativa, nel caso in cui dalle rilevazioni dei dati si evidenziano degli scostamenti rispetto al valore standard definito per gli indicatori, è il Responsabile della stessa che definisce le azioni correttive da attivare per riportare gli indicatori all'interno degli eventuali limiti definiti.

L'analisi dei dati ed il loro esame è eseguita dal Responsabile di Unità Operativa, in collaborazione con il Facilitatore, almeno in occasione del riesame del sistema di gestione per la qualità.

4.7 MIGLIORAMENTO

4.7.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il miglioramento continuo dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità avviene:

- a livello di Azienda, in occasione del budget e della verifica del raggiungimento degli obiettivi annuali;
- nelle Unità Operative, in occasione del riesame del sistema di gestione per la qualità.

Inoltre il miglioramento continuo avviene all'interno delle singole Unità Operative attivando le azioni correttive e preventive sui problemi ricorrenti o all'evidenza di progetti di miglioramento.

4.7.2 AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE

Le azioni correttive e preventive sono lo strumento che l'Azienda, ed in particolare tutte le Unità Operative di appartenenza, utilizzano per il miglioramento continuo della qualità. Esse sono finalizzate ad eliminare le cause reali o potenziali di non conformità.

Le azioni correttive e preventive sono attivate a seguito di:

- non conformità ripetute;
- suggerimenti da parte del personale;
- riesame del Sistema Qualità;
- non conformità ed osservazioni evidenziate in fase di audit (interno e dell'organismo di certificazione);
- analisi degli indicatori.

Indipendentemente dalla loro natura e dalle modalità con cui sono state attivate, la sequenza di gestione delle azioni correttive e preventive è rappresentata da:

1. identificazione della non conformità o situazione da modificare;
2. analisi delle potenziali cause e determinazione di quelle rilevanti rispetto al problema in corso di analisi;
3. definizione delle azioni da intraprendere, dei responsabili e dei tempi di attuazione;
4. verifica di efficacia delle azioni intraprese.

Le informazioni riguardanti le azioni correttive e preventive intraprese sono oggetto di analisi nel corso del Riesame del Sistema Qualità da parte delle singole Unità Operative.

Ulteriori dettagli sono riportati nella procedura aziendale:

- PG_04 Gestione delle Azioni Correttive e Preventive.

ALLEGATO 1 : ELENCO DELLE PROCEDURE DI AZIENDALI

- PG_01 Gestione dei Documenti del Sistema Qualità
- PG_02 Gestione degli Audit Interni
- PG_03 Gestione delle Non Conformità
- PG_04 Gestione delle Azioni Correttive e Preventive
- PG_05 Gestione delle Apparecchiature
- PG_06 Sviluppo delle Competenze del Personale
- PG_07 Progettazione e Sviluppo