

# MANUALE DELLA QUALITA'



**COMPLESSO SANITARIO**

**CENTRO DI RIABILITAZIONE**

**CASA DI CURA "LEONARDO DE LUCA"**

**71034 CASTELNUOVO DELLA DAUNIA (FOGGIA)**

**TEL. 0881-559053, 0881-559054 – FAX 0881-559055**

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) impostato ed attuato presso il Complesso Ospedaliero "Leonardo de Luca" di Castelnuovo della Daunia (FG) può essere presentato attraverso:



## **CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ**

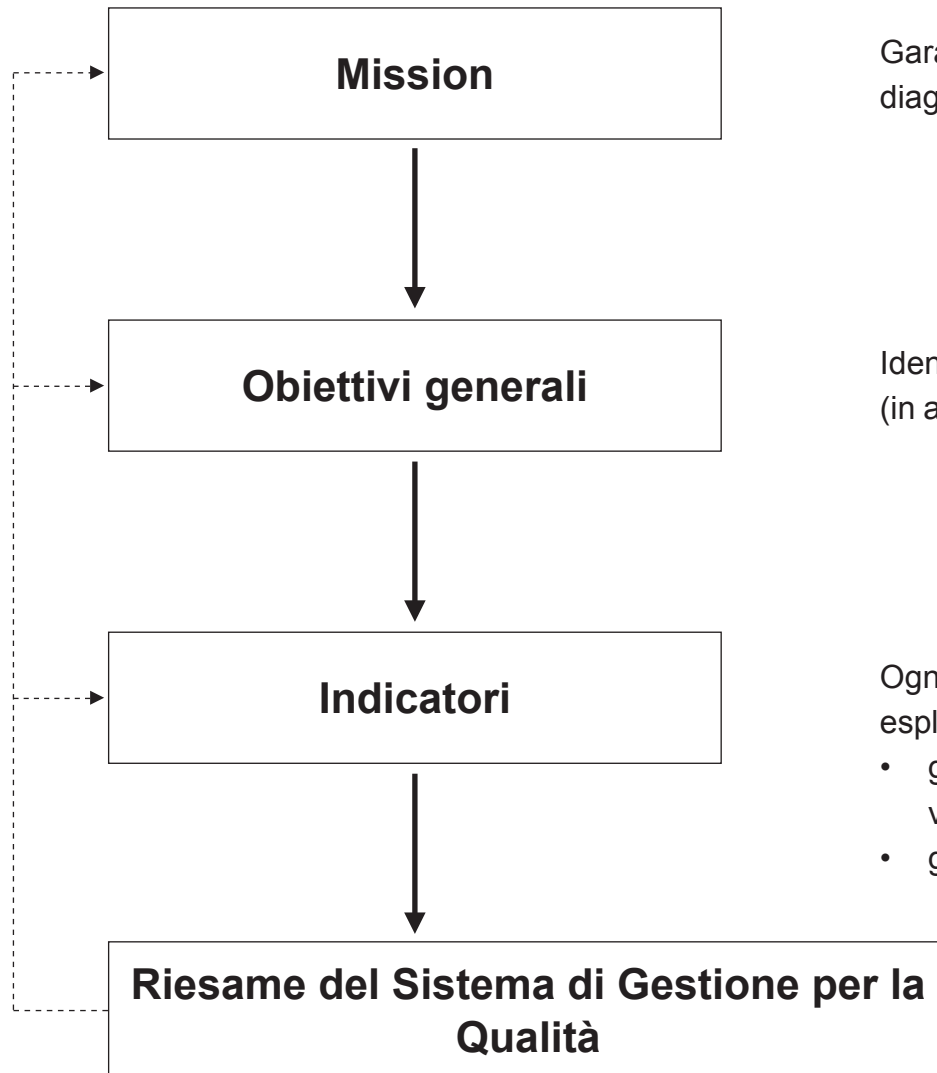
Scopo del Sistema di Gestione per la Qualità è gestire i processi relativi all'erogazione dei servizi del Complesso Sanitario "Leonardo De Luca" (Centro di Riabilitazione, Area di Degenza, Area di Cardiologia e di Riabilitazione Cardiologica, Area di recupero e riabilitazione funzionale).

## **IMPEGNO DELLA DIREZIONE**

La Direzione del Complesso Sanitario "Leonardo De Luca" si impegna formalmente a sviluppare e migliorare costantemente il Sistema di Gestione per la Qualità. A tal fine:

- ha individuato uno Staff per la Qualità cui affidare l'impegno della formalizzazione del Sistema;
- ha identificato la Politica (Mission ed Obiettivi per la Qualità) assicurandone la rispondenza alle esigenze del Cliente/ Utente ed ai requisiti cogenti;
- con l'ausilio dello Staff per la Qualità, si impegna a promuovere Politica ed Obiettivi per assicurare il conseguimento degli stessi;
- si impegna a riesaminare periodicamente il Sistema di Gestione per migliorare continuamente il sistema stesso e la sua efficacia.

**POLITICA PER LA QUALITA'**



Garantire la salute ed il benessere del paziente attraverso mirati programmi diagnostici, terapeutici e riabilitativi

Identificati dalla Direzione del Complesso Ospedaliero “Leonardo De Luca” (in accordo con i requisiti di legge) esplicitati in apposita tabella “Obiettivi/Impegni”

Ogni settore del Complesso Ospedaliero “Leonardo De Luca” ha individuato ed esplicitato in appositi documenti:

- gli indicatori necessari a dare evidenza del raggiungimento degli obiettivi relativi a volumi di attività, rispetto dei tempi e soddisfazione dell’Utente
- gli indicatori “Clinici”

**POLITICA PER LA QUALITA': OBIETTIVI GENERALI E RELATIVI IMPEGNI**

<b>Obiettivo 1</b>	<b>Ottimizzare la struttura e la flessibilità organizzativa del Complesso Ospedaliero "Leonardo De Luca"</b>
<b>Impegni 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attuare e migliorare con continuità un assetto organizzativo efficiente (teso al pareggio di bilancio) ed efficace (Sistema di Gestione per la Qualità);</li><li>• Attivare un processo di misurazione della soddisfazione dell'Utente idoneo a fornire informazioni a supporto delle scelte strategiche per ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili;</li><li>• Chiarire le competenze del personale medico e paramedico;</li><li>• Assicurare la comunicazione interna tra i vari settori (attivazione di Briefing settimanali, attivazione di momenti interni di formazione ed addestramento del personale);</li><li>• Garantire un adeguato livello di consapevolezza del personale relativamente sia ai propri compiti e responsabilità sia al contributo che ciascuno può e deve dare per il raggiungimento degli obiettivi condivisi mediante momenti di sensibilizzazione e coinvolgimento.</li></ul>

<b>Obiettivo 2</b>	<b>Migliorare e diffondere l'immagine e la presenza del Complesso Ospedaliero "Leonardo De Luca" in ambito nazionale ed internazionale</b>
<b>Impegni 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Partecipare all'attività organizzativa e didattica del Complesso Ospedaliero "Leonardo De Luca" relativamente a convegni locali e nazionali;</li><li>• Partecipare a congressi, convegni o simposi;</li><li>• Programmare e mantenere incontri interni del Complesso Ospedaliero "Leonardo De Luca" al fine di garantire il coinvolgimento e la formazione continua di tutto il personale.</li></ul>

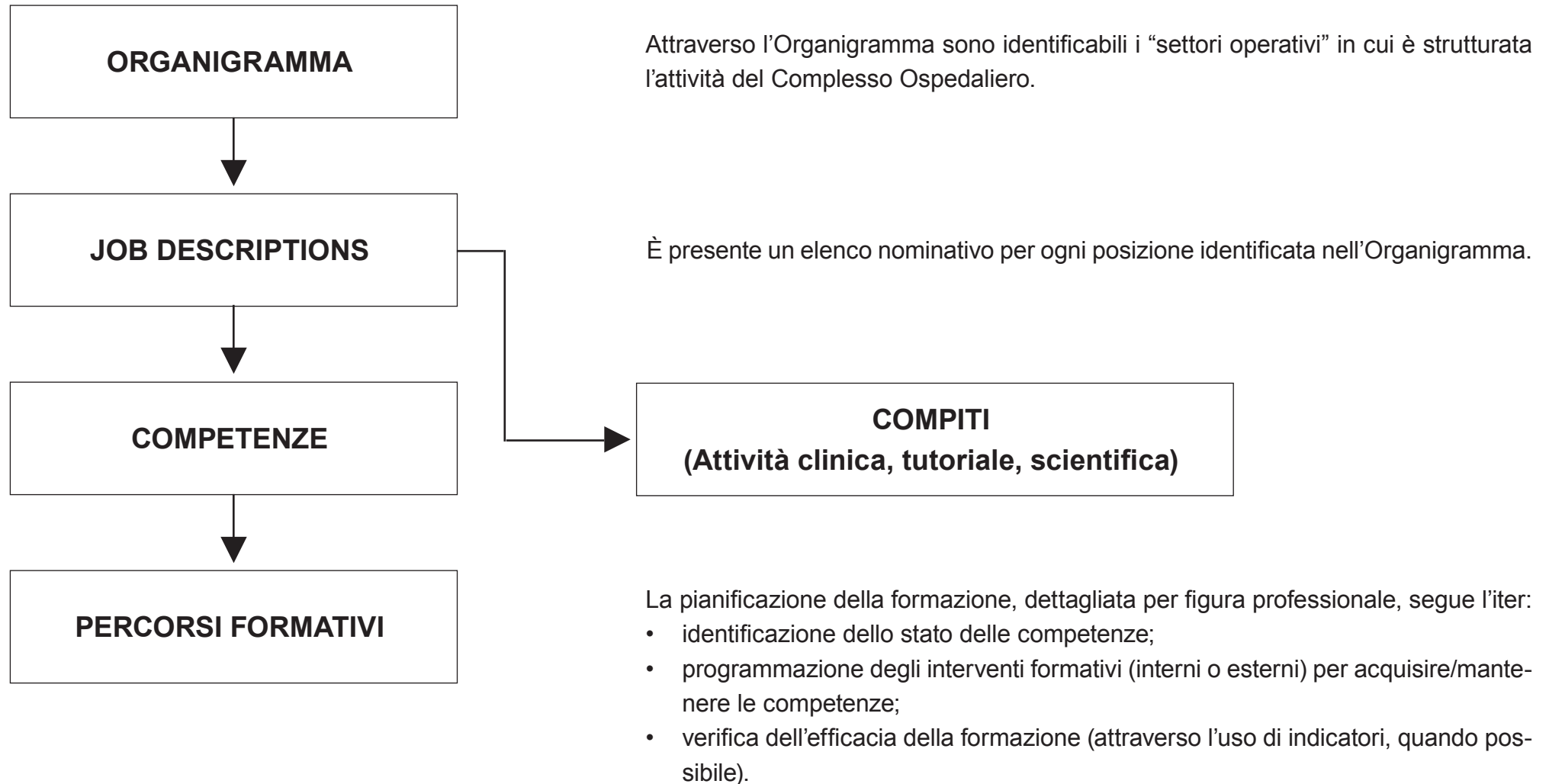
<b>Obiettivo 3</b>	<b>Migliorare la comunicazione verso l'utenza e le Istituzioni</b>
<b>Impegni 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Progettare, realizzare e mantenere aggiornate adeguate brochure specifiche per la divulgazione dei servizi offerti ed erogati;</li><li>• Definire, divulgare e mantenere aggiornati specifici Standard di Prodotto/Servizio, idonei a fornire al potenziale Utente le indicazioni necessarie alla scelta della struttura sanitaria cui rivolgersi.</li></ul>

## RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' (SGQ)



*L’esame dell’andamento complessivo del Sistema di Gestione viene verbalizzato su apposito verbale.  
La disponibilità di indicatori fornisce basi concrete per le scelte strategiche della Direzione (fra cui la ridefinizione degli obiettivi)*

## ORGANIZZAZIONE - GESTIONE DELLE RISORSE UMANE





**AREA DEGENZA**

**U.O. MEDICINA  
GENERALE**

- Laboratorio analisi
- Elettrocardiografia
- Ecocardiografia M-mode
- Ecocardiografia Bidimensionale
- Ecocardiografia Doppler e tecniche derivate
- Ecografia vascolare
- Ergometria
- Ecg Holter
- Impianto PM temporanei
- Laboratorio analisi
- Radiologia

**U.O. CARDIOLOGIA**

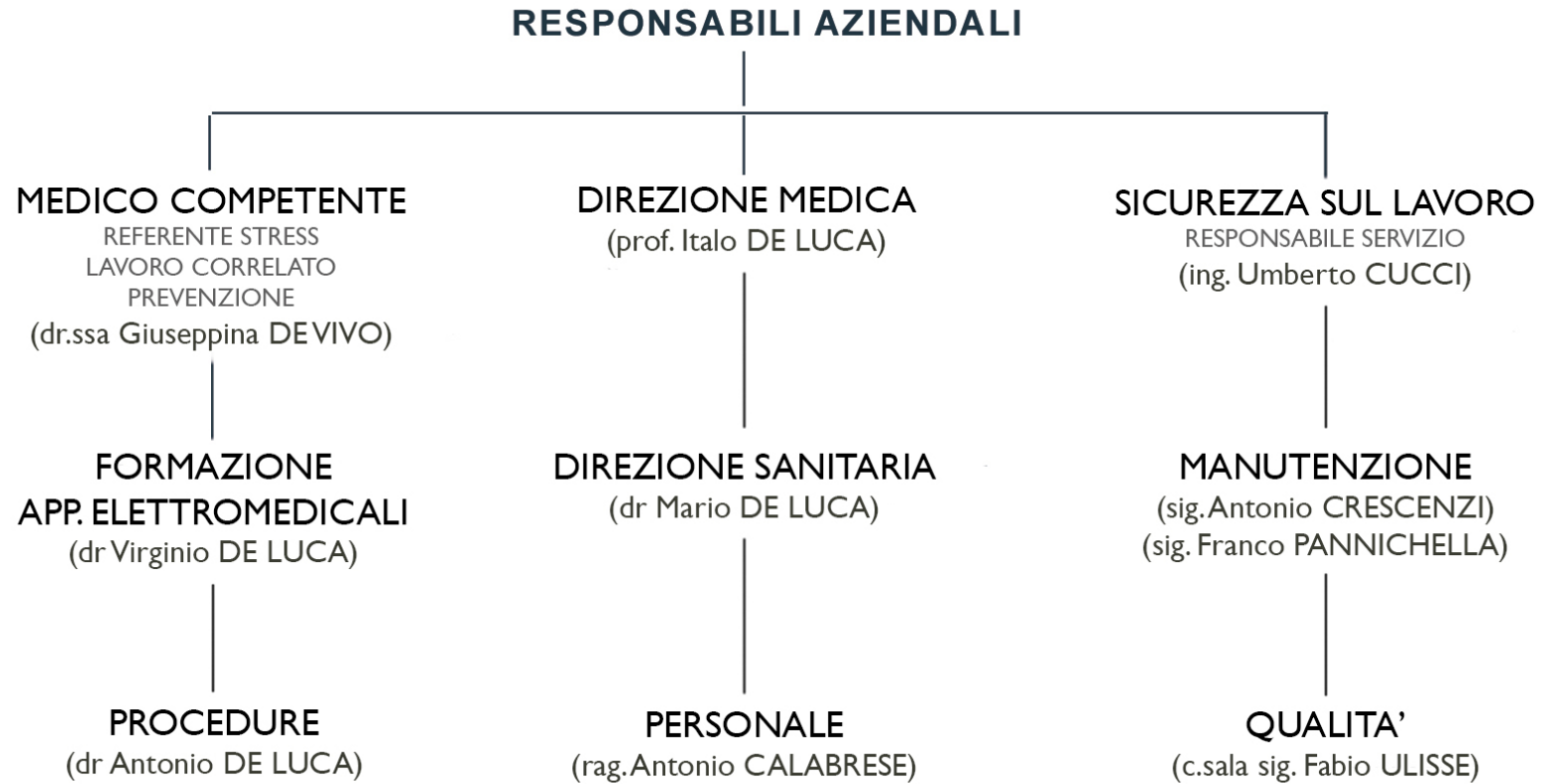
**U.O. RIABILITAZIONE  
FUNZIONALE**

- Terapia fisica
- Palestra

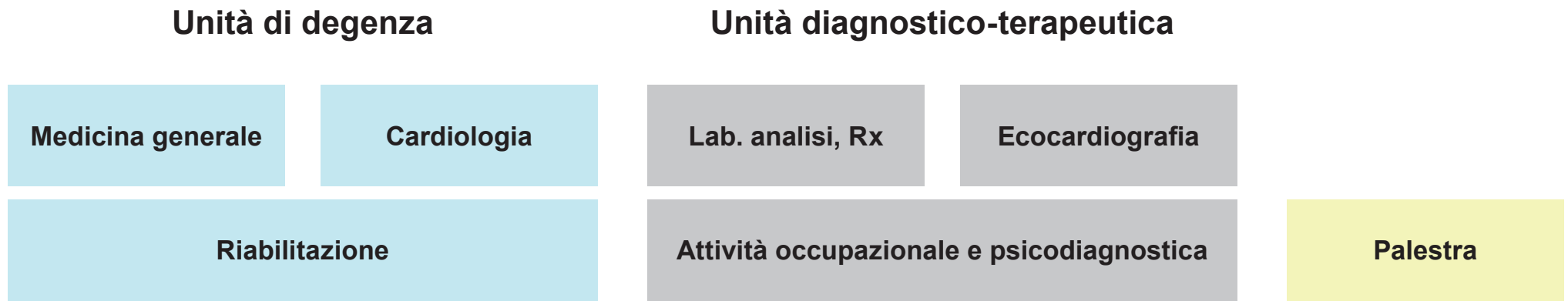
**U.O. RIABILITAZIONE**

- Palestra
- Attività occupazionale
- Attività psicodiagnostica

## ORGANIGRAMMA



## “PRODOTTI” E SERVIZI OFFERTI



Quanto offerto da ogni settore del Complesso Ospedaliero è comunicato all'utenza attraverso gli standard di prodotto.

Ogni singolo settore, inoltre, predispose ed utilizza brochure e/o schede di presentazione:

- per promuovere presso gli utenti i servizi resi;
- per comunicare agli utenti informazioni specifiche (relative alle caratteristiche dei servizi o necessarie per accedere ad essi)

## GESTIONE PER PROCESSI



L'identificazione dei processi avviene in conformità allo schema proposto dalla norma UNI EN ISO 9001:2000

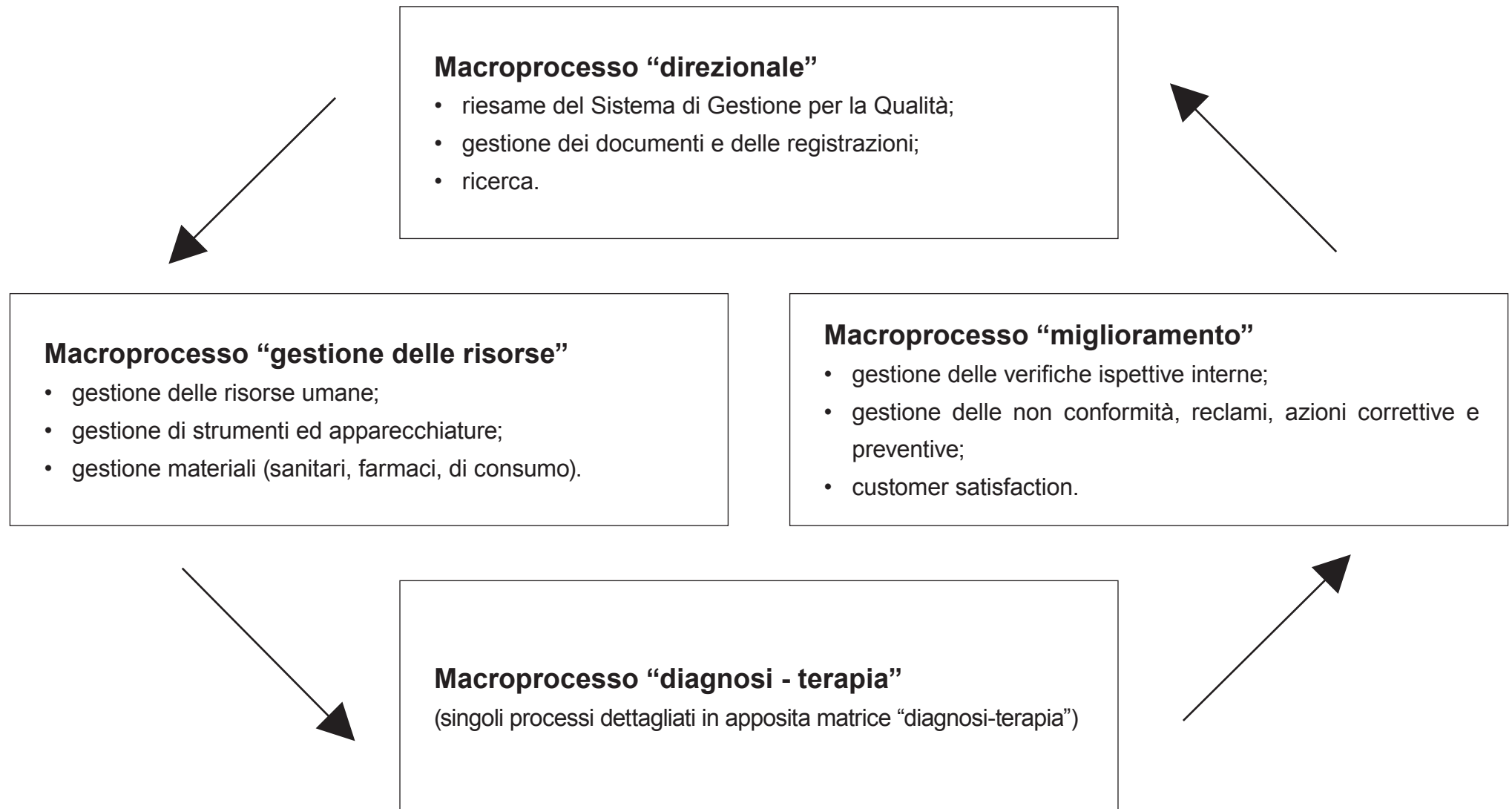
Ogni singolo settore gestisce i documenti:

- creati internamente (es. protocolli, moduli, procedure)
- provenienti dall'esterno e costituenti:
  - riferimento culturale e/o metodologico (es. linee guida elaborate da società scientifiche o associazioni del settore)
  - riferimento cogente (leggi, delibere dell'Ospedale)
  - supporto "obbligatorio" (es. modulistica dell'Ospedale)

Ogni settore identifica le criticità/problemi e le opportunità relative ad ogni processo. Output di tale analisi è l'identificazione di opportune azioni che devono essere pianificate, attuate ed in seguito deve esserne verificata l'efficacia.

L'utilizzo degli indicatori evidenzia concretamente se la gestione dei processi è stata efficace/efficiente e fornisce input sicuri al processo di "miglioramento continuo"

## SCHEMA DEI PROCESSI



## MATRICE DIAGNOSI - TERAPIA

	<b>DEGENZA</b>	<b>EROGAZIONE</b>	<b>DIMISSIONE - FOLLOW UP</b>
<b>DEGENZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accettazione paziente e impostazione cartella clinica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita ed inquadramento clinico - diagnostico</li> <li>• Giornata tipo degenza infermieristica medica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimissione</li> </ul>
<b>RIABILITAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accettazione - visita paziente - cartella clinica - piano di lavoro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorso riabilitativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimissione</li> </ul>
<b>INDAGINI STRUMENTALI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesso e programmazione esami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparazione paziente ed esecuzione esami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refertazione esami</li> <li>• Archiviazione esami</li> </ul>
<b>ELETTROFISIOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquadramento paziente e consenso informato</li> <li>• Impianto di Pace Maker temporaneo</li> <li>• Manovre vagali</li> </ul>		

## MACROPROCESSO DIREZIONALE

PROCESSI	ATTIVITA'	REFERENTI	SUPPORTI
<p><b>RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Analisi dei dati di sistema e del loro utilizzo per il miglioramento continuo.</p> <p>Prevede la comunicazione all'interno ed all'esterno (es. U.O. e utenti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riunioni e briefing</li> <li>• Indicatori</li> </ul>
<p><b>GESTIONE DEI DOCUMENTI, DELLE REGISTRAZIONI, DEI DATI</b></p>	<p><b>Gestione documenti e archivi:</b> aggiornamento e disponibilità di tutti i documenti di riferimento (incluse norme e leggi di settore);</p> <p><b>Gestione registrazioni:</b> corretta gestione dei documenti/dati attestanti la qualità del servizio erogato e l'efficace funzionamento del sistema;</p> <p><b>Gestione dati:</b> gestione del funzionamento e del mantenimento dell'adeguatezza del sistema informativo;</p> <p><b>Comunicazioni</b> verso l'interno e verso l'esterno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Settori</li> </ul>	<p>Procedura "gestione di documenti, dati e registrazioni"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco documenti</li> <li>• Elenco leggi</li> </ul>

## MACROPROCESSO GESTIONE DELLE RISORSE

PROCESSI	ATTIVITA'	REFERENTI	SUPPORTI
<b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione delle competenze necessarie;</li> <li>• Identificazione delle necessità formative;</li> <li>• Pianificazione di formazione e addestramento;</li> <li>• Verifica dell'efficacia della formazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> <li>• Responsabile qualità</li> <li>• Responsabili settori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Job description</li> <li>• Piani formazione</li> <li>• Valutazione efficacia intervento</li> </ul>
<b>GESTIONE DI STRUMENTI E APPARECCHIATURE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dell'elenco/anagrafica degli strumenti</li> <li>• Impostazione ed attuazione di un piano di interventi con il concorso dei fornitori</li> <li>• Collaborazione con i responsabili nell'iter di acquisizione di strumenti e apparecchiature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> <li>• Staff qualità</li> <li>• Referenti settore</li> <li>• Servizi tecnici dell'ospedale</li> <li>• Fornitori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco strumenti e apparecchiature</li> <li>• Schede strumento</li> </ul>
<b>GESTIONE MATERIALI (SANITARI, FARMACI, DI CONSUMO)</b>	<p>Gestione dei materiali necessari alle attività diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione (materiale sanitario, farmaci, materiali di consumo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• approvvigionamento;</li> <li>• gestione fisica (stoccaggio, monitoraggio scorte, controllo della corretta conservazione).</li> </ul> <p>Include la modalità per monitorare l'affidabilità dei fornitori di prodotti/servizi influenti sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni della Casa di Cura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> <li>• Referenti settore</li> <li>• Caposala</li> </ul>	



## MACROPROCESSO DIAGNOSI - TERAPIA

PROCESSI	ATTIVITA'	REFERENTI	SUPPORTI
<p><b>MATRICE DIAGNOSI - TERAPIA</b></p>	<p>Attività diagnostiche e terapeutiche proprie delle UU.OO., effettuate presso i vari settori (unità di Degenza, Laboratori, Ambulatori).</p> <p>I singoli processi sono analizzati, gestiti e monitorati all'interno di ogni singolo settore.</p> <p>La comunicazione all'utenza può avvalersi anche di apposite brochure/schede informative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabili settore</li> <li>• Medici</li> <li>• Infermieri professionali</li> <li>• Tecnici</li> <li>• Personale ausiliario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schemi a blocchi</li> <li>• Linee guida</li> <li>• Protocolli</li> <li>• Criticità (analisi rischi)</li> <li>• Indicatori</li> <li>• Standard di prodotto</li> <li>• Brochure / Schede di presentazione</li> </ul>

## MACROPROCESSO MISURA, ANALISI E MIGLIORAMENTO

PROCESSI	ATTIVITA'	REFERENTI	SUPPORTI
<b>GESTIONE DELLE VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pianificazione e conduzione delle verifiche ispettive interne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile qualità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano annuale</li> </ul>
<b>GESTIONE DI NON CONFORMITA', RECLAMI, AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteri di gestione delle non conformità.</li> <li>• Raccolta e gestione dei reclami e delle segnalazioni dei clienti/utenti.</li> <li>• Pianificazione, attuazione e verifica dell'efficacia delle azioni correttive, preventive, di miglioramento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> <li>• Responsabile qualità</li> <li>• Referenti settore</li> <li>• Caposala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo NC</li> <li>• Modulo reclamo/ segnalazione</li> <li>• Azione correttiva/ preventiva</li> </ul>
<b>CUSTOMER SATISFACTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progettazione degli strumenti di misurazione della customer satisfaction.</li> <li>• Conduzione delle indagini.</li> <li>• Analisi dei risultati e loro utilizzo ai fini del miglioramento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione</li> <li>• Referenti settore</li> <li>• Responsabile qualità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionari per la rilevazione della soddisfazione del cliente/utente</li> </ul>