

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

- 1 politica, obiettivi ed attività;**
- 2 struttura organizzativa;**
- 3 gestione delle risorse umane;**
- 4 gestione delle risorse tecnologiche;**
- 5 gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guide e regolamenti interni;**
- 6 sistema informativo;**

1) POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare.

- La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

E' adottato un documento detto **Atto Aziendale** in cui sono esplicitati :

- la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi. gli obiettivi:
 - a) devono essere articolati nel tempo;
 - b) devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;

l'organizzazione interna con particolare riferimento a:

- a) organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni;
- b) i livelli di responsabilità;
- c) le modalità di erogazione del servizio;
- d) le prestazioni e/o le attività erogate;

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

La Direzione divulga al personale della struttura detto Atto Aziendale all'inizio dell'anno amministrativo e ad inizio nuova collaborazione di personale assunto

La divulgazione viene documentata per accettazione.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi (CARTA DEI SERVIZI)

La Direzione gestisce anche il proprio sito dove è presente L'atto Aziendale a disposizione per il personale e per l'utenza

2) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione definisce ed esplicita:

- l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per le attività ambulatoriali (ATTO AZIENDALE);
- le attività a livello ambulatoriale a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti);
- definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

La Direzione istituisce l' Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e l' Ufficio Pubblica Tutela (UPT):

- Assicurano il monitoraggio continuo della domanda del Cittadino, attraverso la rilevazione sistematica dei bisogni e del livello di soddisfazione dell' utenza per i servizi erogati al fine di adeguare conseguentemente i fattori che ne determinano la qualità.
- Ascoltano e comprendono le aspettative e i bisogni degli utenti.
- Promuovono adeguatamente i correttivi per la semplificazione delle procedure e l' aggiornamento delle modalità con cui l' Azienda CDB Srl si propone all' utenza.

La Direzione Amministrativa provvede alla compilazione dell' elenco riepilogativo annuale delle controversie o delle azioni legali subite,

3) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La Direzione definisce il fabbisogno di personale (**Organigramma Aziendale**):

- in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati Dal Governo clinico e Governo economico –finanziario dell'Azienda;
- il controllo che i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente (vengono allegati documentazioni del personale operante)

La Direzione attraverso Protocollo interno ha normalizzato le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

La Direzione definisce annualmente:

un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile, all'interno della struttura e/o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.

Tale attività è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. Detta formazione viene documentata con Relazione del Tema e presenza dei partecipanti. La formazione viene documentata da Test per Verifica dell'apprendimento.

4) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria

La Direzione adotta:

- Libro delle apparecchiature in dotazione.
- Protocollo per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche (documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi);
- Protocollo presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

5) GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale. In tutte le Unità Operative sono attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

La Direzione provvede a nominare il Responsabile della Qualità che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ:

Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità.

Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- la determinazione delle cause possibili;
- la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare:

1. processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti
(indagine per la valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, basato sulla distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami ed interviste in misura pari al 10% dei pazienti trattati nella singola U.O. in ogni semestre)
2. processi/esiti delle attività di supporto gestionali, organizzative, amministrative, dell'azienda.
(annualmente l'azienda CDB Srl organizza al proprio interno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale)

Il Responsabile di Qualità provvede a realizzare delle verifiche periodiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria, dalle quali scaturisce una relazione opportunamente documentata e motivata

La documentazione di tutte le attività presenti nella struttura vengono analizzate al fine di mantenere ed eventualmente migliorarne la qualità.

L'attività svolta per il progetto di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di chirurgia odontoiatrica avanzata e all'utilizzo di collaborazione mediche e/o tecnologie complesse (operazioni in anestesia...)

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche (**Nomenclatore**).

Inoltre sono predisposti con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità (**Protocollo emergenze cliniche**)

Il personale è informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Sono predisposti documenti per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico amministrativo in particolare:

- Protocollo criteri e modalità di accesso dell'utente (Protocollo dello Staff d'Ufficio) (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento (Protocollo Servizio Prelievi);
- Protocollo di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- Protocollo pulizia e sanificazione degli ambienti;
- Protocollo modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

6) SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

- individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, etc.

E' nominato Responsabile un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.