



(PO/01/DG rev. 4 12/06/2023)

POLITICA PER LA QUALITÀ

CAMPO DI APPLICAZIONE:

Tutti i requisiti della Norma Internazionale UNI EN ISO 9001:2015 trovano applicazione nell'ambito del Sistema di Gestione per la Qualità dell'IRCCS "Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli", senza esclusioni, per tutti i processi relativi alla seguente area organizzativa:

Promozione, progettazione ed erogazione di attività formative in ambito sanitario per discenti interni o esterni dell'IRCCS "Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli"

L'IRCCS provvede a stabilire, attuare, mantenere e migliorare in modo continuo un sistema di gestione per la qualità, compresi i processi necessari e le loro interazioni, in conformità ai requisiti della norma internazionale ISO 9001:2015, all'accreditamento regionale, al sistema Joint Commission International a cui aderisce e ad ogni normativa obbligatoria prevista, adottando un approccio risk based thinking.

La Direzione dell'Istituto, con la collaborazione dell'Ufficio Qualità, provvede a determinare i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità e la loro applicazione nell'ambito dell'organizzazione ed in particolare in un'ottica di miglioramento continuo:

- determina gli input necessari e gli output attesi da tali processi;
- determina e applica i criteri e i metodi (compresi il monitoraggio, le misurazioni e gli indicatori di prestazione correlati), necessari ad assicurare l'efficace funzionamento e la tenuta sotto controllo di tali processi;
- determina le risorse necessarie per tali processi e ne assicura la disponibilità;
- attribuisce le responsabilità e le autorità di tali processi;
- individua e affronta i rischi e le opportunità;
- valuta tali processi e attua ogni modifica necessaria per assicurare che tali processi conseguano i risultati attesi;
- si impegna a migliorare i processi ed il sistema di gestione della qualità

Inoltre il Centro si impegna a:

- mantenere informazioni documentate necessarie per supportare il funzionamento dei propri processi;



- conservare informazioni documentate affinché si possa confidare nel fatto che i processi sono condotti come pianificato.

La Direzione dell'Istituto, inoltre, si assume la responsabilità dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità, assicurando che siano stabiliti la politica e gli obiettivi per la qualità relativi al sistema di gestione per la qualità e che essi siano compatibili con il contesto e con gli indirizzi strategici dell'organizzazione (vedi piano della qualità biennale, piano strategico, piano della formazione, riesame della direzione, piano rischio infettivo, piani di sicurezza):

- assicurando l'integrazione dei requisiti del sistema di gestione per la qualità nei processi di business dell'organizzazione;
- promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk based thinking;
- assicurando la disponibilità delle risorse necessarie al sistema di gestione per la qualità;
- comunicando l'importanza di una gestione per la qualità efficace e della conformità ai requisiti del sistema di gestione per la qualità;
- assicurando che il sistema di gestione per la qualità consegua i risultati attesi facendo partecipare attivamente, guidando e sostenendo le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema di gestione per la qualità;
- promuovendo il miglioramento continuo;
- fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità.

Pertanto la Direzione dell'IRCCS "Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli" assume responsabilità decisionali e gestionali nello sviluppo, conduzione, monitoraggio dei processi ed attività finalizzate alla realizzazione dei risultati pianificati.

I clienti tipo sono individuati e affrontati i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione del cliente mediante la specifica compilazione della tabella dell'Analisi dei Rischi.

Al fine di perseguire l'obiettivo della qualità dei propri servizi, il Centro redige diversi piani, tra cui un piano biennale della qualità; tale documento ha carattere flessibile e vi sono indicati gli obiettivi che l'ente intende raggiungere per area e i livelli di responsabilità.

Gli obiettivi vengono monitorati tramite indicatori e audit e rivalutati almeno semestralmente durante gli Uffici di Direzione o i Comitato ad hoc (qualità e rischio clinico, delle infezioni ospedaliere, della formazione...).



L'Ufficio Qualità, con la partecipazione attiva della parte clinica e manageriale, provvede anche alla misurazione dei risultati raggiunti tramite una raccolta dati/indicatori, atti a produrre un report annuale/semestrale presentato a tutti gli operatori in un'ottica di miglioramento continuo, coerentemente con gli indirizzi strategici, le finalità e il contesto dell'organizzazione.

Il documento è a disposizione degli stakeholder solo su richiesta specifica.

RIFERIMENTI

I riferimenti normativi inerenti l'applicazione del Sistema di gestione per la Qualità della, sono i seguenti:

UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di Gestione per la Qualità. Requisiti
UNI EN ISO 9004:2018	Sistemi di gestione per la Qualità. Linee guida per il miglioramento delle prestazioni
UNI EN ISO 9000:2015	Sistemi di gestione per la Qualità. Fondamenti e terminologia

Nell'ambito dei servizi erogati dall'Ufficio Formazione, i requisiti cogenti applicabili sono quelli relativi alle seguenti disposizioni legislative reperibili online <https://ape.agenas.it/ecm/normativa.aspx>.

Altri riferimenti, reperibili in <https://www.ohsjd.org>, sono costituiti da:

- Costituzioni dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (1984)
- Statuti Generali dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (1997)
- Carta d'identità dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (1999)

Responsabilità	Funzione	Firma	Data
Preparazione	Direzione Generale		12/06/2023
Verifica	RGQ		12/06/2023
Approvazione	Direzione Generale		12/06/2023

