

## **POLITICA DELLA QUALITA'**

L'Istituto di Patologia Clinica persegue le proprie finalità assistenziali ed operative secondo le indicazioni della Direzione sanitaria aziendale e in stretto collegamento con le altre strutture aziendali, secondo la programmazione aziendale.

La politica della qualità dell'Istituto di Patologia Clinica prevede di presidiare i seguenti macroelementi:

1. organizzazione del lavoro e individuazione di modelli operativi orientati alla soluzione delle problematiche diagnostiche e terapeutiche da affrontare, che tengano conto del rapporto costo/efficacia di ogni azione intrapresa, delle competenze professionali disponibili e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate, del bacino di utenza e delle organizzazioni concorrenti;
2. attività orientata al miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali attraverso:
  - la definizione e la adozione di linee guida condivise per la diagnosi e il trattamento delle condizioni morbose più rilevanti, in riferimento alle prove di efficacia disponibili nella letteratura e loro implementazione in relazione alla effettiva praticabilità organizzativa;
  - l'adeguamento agli standard strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionale, con particolare riguardo alle modalità di comunicazione interna tra le differenti professionalità, alla definizione dei compiti e delle responsabilità delle diverse figure professionali, alle iniziative per garantire la riservatezza dei dati clinici e la sicurezza degli utenti e degli operatori;
  - la promozione del miglioramento continuo della qualità tecnica della assistenza attraverso la organizzazione di audit clinici, lo sviluppo di indicatori di performance, la elaborazione di criteri di priorità clinica per la gestione della domanda di prestazioni ed il loro monitoraggio;
  - la valutazione e l'introduzione delle tecnologie sanitarie secondo i principi dell'Health Technology Assessment;
3. attività orientata al miglioramento della gestione delle interfacce organizzative attraverso la produzione condivisa di documenti, quali :
  - procedure, protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici con i medici di reparto, i medici di medicina generale e gli specialisti convenzionati, le strutture e i professionisti accreditati;
  - linee guida, procedure, protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici con gli altri dipartimenti aziendali, anche mediante la costituzione di gruppi di lavoro finalizzati
4. promozione della formazione permanente per tutte le figure professionali operanti nell'Istituto di Patologia Clinica, sia in collaborazione con il Servizio Formazione aziendale e la Commissione per la Formazione Continua, sia con iniziative a gestione diretta;
5. promozione della attività di ricerca clinica e tecnico-organizzativa, nell'ambito delle indicazioni aziendali e alla luce della evoluzione tecnologica rilevata nell'area professionale di riferimento;
6. promozione di una moderna cultura della relazione con l'utenza e gli altri stakeholder;
7. promozione di una moderna cultura della valutazione dei professionisti, dei processi assistenziali, delle performance e degli esiti sulla salute della popolazione;
8. gestione degli obiettivi di budget dell'Istituto di Patologia Clinica affidati dalla Direzione del SOP alla Direzione dell'Area Servizi e declinati alla Direzione dell'istituto e a cascata alle U.O.;
9. utilizzo integrato del personale e delle apparecchiature assegnate alle strutture dell'Istituto;
10. adozione ed utilizzo di strumenti informativi in grado di soddisfare il fabbisogno informativo dei diversi livelli decisionali aziendali, anche attraverso l'utilizzo di sistemi formali di classificazione delle prestazioni e l'adozione di regole esplicite per il trasferimento e l'elaborazione dei dati.

L'Istituto di Patologia Clinica ha attivato un percorso per la Qualità per che ha come obiettivo primario l'introduzione, e successivamente il mantenimento aggiornato, del Sistema di

Gestione per la Qualità attraverso regole scritte che definiscono le modalità operative delle attività svolte ed il rispetto dei requisiti delle Norme UNI EN ISO 15189:2013.

Tale percorso contribuisce a diffondere nel Personale una mentalità orientata alla prevenzione degli errori ed al miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni erogate.

La valorizzazione delle risorse e la motivazione del proprio Personale sono altri obiettivi che l'Istituto intende perseguire attraverso un programma di formazione continua su tematiche della Qualità e su aspetti tecnici e gestionali.

Il Sistema di Gestione per la Qualità è lo strumento che consente di attuare la Politica per la Qualità e di perseguirne gli obiettivi, includendo il costante controllo di tutte le attività che hanno influenza diretta o indiretta sulla prestazione sanitaria.

La pianificazione è condotta in relazione agli obiettivi del Sistema Qualità e comprende:

- la definizione dei processi, dei punti e delle variabili di processo da tenere sotto controllo, degli Indicatori di Qualità
- la stesura del materiale documentale necessario a supportare i processi: procedure ed istruzioni operative che definiscono con il necessario dettaglio le sequenze delle varie attività e le loro interazioni
- l'individuazione degli obiettivi che si intendono raggiungere
- l'indicazione delle manutenzioni e tarature necessarie alle attrezzature
- l'individuazione delle aree di miglioramento.