SCOPO

La presente procedura definisce le modalità attraverso cui il Centro Polispecialistico **Analysis S.r.l.** assicura il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari erogati, in conformità ai requisiti del **DCA 469/2017 della Regione Lazio** e della norma **UNI EN ISO 9001:2015**.

L'obiettivo è garantire un costante adeguamento delle prestazioni ai bisogni dell'utenza, il miglioramento dell'efficacia dei processi clinico-organizzativi, l'incremento della sicurezza delle cure e l'ottimizzazione delle risorse, attraverso un approccio sistematico basato sull'analisi dei dati, sulla gestione delle non conformità e sull'attuazione di azioni correttive e preventive.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le attività del Centro Analysis, incluse:

- prestazioni ambulatoriali specialistiche;
- attività diagnostiche e di laboratorio;
- attività di chirurgia ambulatoriale;
- processi amministrativi e di supporto.

Il miglioramento continuo coinvolge l'intera organizzazione, dalla Direzione al personale sanitario e amministrativo, in coerenza con il modello di gestione per la qualità adottato dalla struttura.

PRINCIPI DI RIFERIMENTO

Il sistema di miglioramento continuo del Centro Analysis si basa sui seguenti principi:

- centralità del paziente e qualità percepita del servizio;
- appropriatezza clinica e sicurezza delle cure;
- gestione per processi e approccio basato sul rischio;
- utilizzo sistematico dei dati per il supporto alle decisioni;
- coinvolgimento attivo del personale.

Tali principi sono coerenti con quanto previsto dalla Carta dei Servizi e dagli standard di accreditamento regionale .

MODALITÀ OPERATIVE

Pianificazione del miglioramento

Il miglioramento continuo viene pianificato dalla Direzione attraverso la definizione di obiettivi annuali di qualità, coerenti con le esigenze dell'utenza, i requisiti normativi e gli indirizzi strategici della struttura.

Gli obiettivi possono riguardare, ad esempio, la riduzione dei tempi di attesa, il miglioramento della qualità percepita dai pazienti, l'incremento dell'efficienza dei processi o l'introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative.

Raccolta e analisi dei dati

Il Centro Analysis raccoglie in modo sistematico dati e informazioni provenienti da diverse fonti, tra cui:

- indicatori di attività (volumi, tempi di attesa, prestazioni erogate);
- questionari di soddisfazione dei pazienti;
- reclami e segnalazioni;
- audit interni;
- esiti clinici e indicatori di qualità.

I dati vengono analizzati dal Responsabile Qualità e dalla Direzione al fine di individuare eventuali criticità, trend negativi o opportunità di miglioramento.

Gestione delle non conformità

Eventuali non conformità, intese come scostamenti rispetto agli standard previsti, vengono rilevate, registrate e analizzate.

La gestione prevede:

- individuazione della causa;
- valutazione dell'impatto sul servizio;
- definizione delle azioni correttive necessarie.

Le non conformità possono derivare da disservizi, errori operativi, reclami dei pazienti o esiti negativi delle verifiche interne.

Azioni correttive e miglioramento

A seguito dell'analisi delle criticità, il Centro Analysis definisce e attua azioni correttive finalizzate alla rimozione delle cause delle non conformità e al miglioramento delle prestazioni.

Le azioni possono riguardare:

- revisione delle procedure;
- formazione del personale;
- riorganizzazione dei processi;
- aggiornamento tecnologico.

Per ciascuna azione vengono definiti responsabilità, tempi di attuazione e modalità di verifica.

Monitoraggio e verifica dell'efficacia

Le azioni intraprese vengono monitorate nel tempo per verificarne l'efficacia. Il monitoraggio si basa su indicatori misurabili e consente di valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Qualora le azioni non producano i risultati attesi, vengono ridefinite o integrate.

Riesame della Direzione

Con periodicità almeno annuale, la Direzione effettua il riesame del sistema di gestione per la qualità, analizzando:

- risultati degli indicatori;
- esiti degli audit;
- livello di soddisfazione dei pazienti;
- stato delle azioni correttive;
- fabbisogni emergenti e opportunità di miglioramento.

Il riesame rappresenta il momento principale di verifica dell'efficacia del sistema e di pianificazione delle azioni future.

RESPONSABILITÀ

Ruolo	Responsabilità
Direzione	Definizione obiettivi e strategie di miglioramento
Responsabile Qualità	Monitoraggio dati e gestione sistema qualità
Direttore Sanitario	Supervisione aspetti clinici e appropriatezza
Personale sanitario	Segnalazione criticità e applicazione procedure
Segreteria	Raccolta feedback utenti

DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONI

Il processo di miglioramento continuo è documentato attraverso:

- report di analisi dati;
- registro non conformità;
- piani di azione correttiva;
- verbali di audit;
- verbali di riesame della Direzione;
- questionari di soddisfazione.

GESTIONE DOCUMENTALE

La presente procedura è gestita secondo il sistema documentale del Centro Analysis ed è soggetta a revisione periodica.

Allegati

ALL 16A – Obiettivi e miglioramento