

**CASA DI CURA GIBIINO S.R.L.**

**RELAZIONE DI AUTOVALUTAZIONE SULLE ATTIVITÀ SVOLTE**

ANNO 2021



## INDICE

<b>1. SCOPO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. IMPEGNO DELLA DIREZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Orientamento all'Utenza .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Politica per la Qualità .....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ .....</b>	<b>6</b>
<b>4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....</b>	<b>9</b>
<b>4.1. Risorse .....</b>	<b>9</b>

## 1. POLITICA DELLA QUALITÀ

La struttura è stata realizzata nel 1965 e autorizzata per attività sanitaria ad indirizzo poli-specialistico ed autorizzata ad operare nei campi di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Ostetricia e Ginecologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologia.

Accreditata con il Servizio Sanitario nazionale è al contempo convenzionata con le Assicurazioni Integrative

UNITÀ OPERATIVA	POSTI LETTO AUTORIZZATI E CONVENZIONATI COL S.S.N.	POSTI LETTO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE
CHIRURGIA GENERALE	20	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA <i>(ad esclusione dell'attività di ricovero finalizzata all'evento nascita)</i>	5	
OCULISTICA	5	
UROLOGIA	15	
OTORINOLARINGOIATRIA	5	
DAY SURGERY POLISPECIALISTICO <i>(per le discipline accreditate)</i>	10	
DAY SURGERY POLISPECIALISTICO <i>(per le discipline accreditate e Chirurgia Plastica)</i>	-	2
<b>TOTALE</b>	<b>60</b>	<b>2</b>

## 2. IMPEGNO DELLA DIREZIONE

L'attività della Casa di Cura è orientata ad assicurare al Servizio Sanitario Nazionale la disponibilità di una Struttura in grado di assolvere efficacemente e tempestivamente ai compiti previsti per le strutture ospedaliere private, alle condizioni normative ed economiche stabilite nell'atto di convenzione.

L'Alta Direzione si è posta come obiettivo quello di raggiungere alti livelli di competitività nella qualità del servizio e nel consumo delle risorse necessarie alla sua realizzazione ed erogazione.

A tal fine la Casa di Cura ha disposto una struttura organizzativa coerente con il flusso dei processi chiave, numero di prestazioni e ricoveri, adeguati a raggiungere gli obiettivi fissati.

In considerazione dell'impatto che hanno sul conseguimento degli obiettivi prefissati e tenuto conto della rilevanza delle risorse umane e materiali impiegati, la Casa di Cura ha individuato i propri processi primari e di supporto, quali:

Processi	Responsabile
1. <b>Prestazioni ambulatoriali</b>	Direttore Sanitario
2. <b>Prestazioni in regime di ricovero</b>	Responsabile Unità Funzionale
3. <b>Approvvigionamenti</b>	Responsabile Acquisti
4. <b>Gestione del sistema Informativo</b>	Responsabile Sistema Informativo
5. <b>Manutenzione immobili, impianti, attrezzature</b>	Responsabile Dei Servizi Tecnici e Gestione Impianti Gas Medicali
6. <b>Selezione ed Addestramento del Personale</b>	Direzione Sanitaria Amministrazione
7. <b>Privacy e Trattamento dei Dati personali</b>	Legale Responsabile per la Protezione dei Dati Rappresentante

L'adeguatezza del presidio, l'efficacia e l'efficienza dei processi, rilevati sistematicamente attraverso il monitoraggio di indicatori interni ed esterni sono assicurati dalla costante verifica dell'intero Sistema Qualità da parte dell'Alta Direzione.

### 2.1. Orientamento all'Utenza

La Casa di Cura utilizza la "Carta dei Servizi" e il Sito Web Istituzionale per rendere visibili tanto ai Cittadini Utenti quanto alle Pubbliche Amministrazioni, cui è demandato il controllo sulla qualità dei servizi erogati, i propri programmi, i propri impegni, le politiche e le strategie, attraverso le quali intende migliorare costantemente la qualità percepita dagli Utenti e dai propri familiari/accompagnatori.

La politica della Qualità definita dall'Alta Direzione intende:

- recepire ed analizzare le esigenze/attese del Cittadino-Utente;
- definire coerenti obiettivi di qualità dei servizi offerti;
- individuare i fattori di qualità e definire gli standard interni;
- migliorare costantemente le attività interne;
- rivedere i processi aziendali per prevenire le non conformità;
- misurare la qualità percepita dai Cittadini Utenti;
- aggiornare l'informazione sui servizi e sulle modalità di fruizione;
- sviluppare le capacità professionali del Personale aumentandone la motivazione.

Per assicurare il più alto livello di qualità delle prestazioni erogate ai Cittadini Utenti, la Casa di Cura ha formalizzato, nelle procedure e nei protocolli, i flussi delle attività da svolgere ed ha definito le responsabilità di tutto il Personale che opera al proprio interno.

La politica della qualità e gli obiettivi a breve, medio e lungo termine sono presentati e resi fruibili a tutte gli *stakeholders* tramite i documenti interni alla struttura sia tramite le risorse informatiche e web-based.

La verifica della capacità di soddisfare le esigenze espresse ed implicite dei cittadini utenti è affidata alla rilevazione dei livelli di qualità percepita (vedi "DRRCS01-03 *Questionari di Soddisfazione degli Utenti*").

I report relativi a tale rilevazione costituiscono l'input essenziale per il miglioramento delle prestazioni erogate e per l'eventuale sviluppo del servizio in direzione di una più ampia capacità di soddisfacimento delle esigenze dei Cittadini Utenti. L'analisi ed il commento delle risultanze della rilevazione, effettuati nell'ambito delle ore di formazione ed addestramento, consentono a tutto il Personale di comprendere al meglio le esigenze degli Utenti e di verificare l'adeguatezza del proprio comportamento ai fini del loro pieno soddisfacimento.

## **2.2. Politica per la Qualità**

La Casa di Cura intende garantire:

- il massimo della sicurezza nell'erogazione del servizio;
- la disponibilità di tutti i mezzi reputati necessari alla diagnosi ed alla terapia medica da parte delle équipe medico responsabile.

L'Alta Direzione, con il supporto delle figure apicali della Casa di Cura, ha formalizzato, nei documenti All01.PRPOR0506 e All02.PRPOR0506, allegati alla procedura PRPOR0506, le politiche e le strategie per il conseguimento degli obiettivi di Qualità a breve, medio e lungo termine.

La verifica sull'effettiva capacità del sistema aziendale di conseguire gli obiettivi stabiliti è demandata in prima istanza alla conduzione di audit interni (vedi "PRVII0802 – *Manuale per la conduzione degli audit interni*"), all'analisi dell'andamento degli indicatori interni ed al riesame del Sistema Qualità compiuto periodicamente dal Comitato Qualità.

Sono, poi, le risultanze della rilevazione dei livelli di qualità percepita a stabilire in termini definitivi il grado di conseguimento degli obiettivi di qualità ed a fornire indicazioni per l'aggiornamento degli stessi o per la formulazione di nuovi.

Nello specifico nell'Allegato "All02.PRPOR0504 - Politica aziendale" si esplicitano gli obiettivi che la Direzione intende perseguire a livello gestionale e organizzativo.

### 3. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ

La Casa di Cura Gibiino S.r.l., annualmente, in sede di Riesame della Direzione pianifica i propri obiettivi.

Di conseguenza, la Qualità non viene intesa esclusivamente come valore oggettivo di rispondenza del servizio alle norme di legge e contrattuali, ma come capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dell'Utente, attraverso la gestione ed il miglioramento continuo del Sistema Aziendale. Nell'allegato "All01.PROPQ0602 – Obiettivi Qualità", l'Alta Direzione della Casa di Cura stabilisce gli obiettivi di qualità che le Funzioni Aziendali devono conseguire.

Essi sono correlati tanto agli indicatori esterni, rilevati a mezzo di sondaggi (livello di qualità percepita dagli Utenti sui singoli aspetti del servizio), quanto agli indicatori interni, attraverso i quali, come stabilito dalla procedura "PRMPR0502 – Monitoraggio e misurazione dei processi" viene sistematicamente monitorata la qualità erogata in termini di rispondenza del servizio agli standard stabiliti.

Con l'implementazione del Sistema di gestione per la Qualità conforme alla norma ISO 9001:2015 la Casa di cura ha iniziato un percorso di miglioramento continuo che intende rafforzarne la posizione tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana, come dimostrano i dati relativi alle prestazioni erogate ed il positivo giudizio espresso dai cittadini utenti mediante i questionari di rilevazione della soddisfazione sui diversi aspetti del servizio.

Il punto cardine della strategia aziendale per la qualità è l'attenzione alle necessità ed esigenze dei cittadini, nella consapevolezza dell'importanza del ruolo svolto per assicurare la migliore qualità della vita possibile ai propri assistiti.

Tale attenzione trova i suoi punti di riferimento nei principi della politica sanitaria definiti dalla Regione Siciliana e riportati nei suoi documenti programmatici:

- *Umanizzazione*
- *Universalità*
- *Accessibilità*
- *Accuratezza*
- *Appropriatezza e Pertinenza*
- *Efficacia*
- *Efficienza*
- *Gestione del rischio clinico*

In armonia con tali principi la Casa di cura intende proseguire sulla strada del miglioramento continuo, dedicando la massima attenzione alla professionalità del Personale medico e paramedico ed all'efficienza delle strutture sanitarie e di ospitalità per i degenti.

Il costante monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi consente di disporre di dati utili ai fini del miglioramento dell'efficacia delle terapie, della ottimizzazione dei costi, della massimizzazione dei livelli di soddisfazione da parte dei cittadini utenti.

Nell'ottica del miglioramento continuo i capisaldi della politica della Qualità della Casa di cura, alla quale il Personale tutto è chiamato a dare il proprio contributo, restano:

**Facilitare l'accesso ai servizi** attraverso l'informazione, la gestione delle attese, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi

**Migliorare la fornitura dei servizi** attraverso l'arricchimento delle prestazioni, il potenziamento dei servizi, l'utilizzazione delle tecnologie più avanzate

**Accrescere il livello di professionalità** di tutti gli operatori favorendo il lavoro di gruppo e la partecipazione a qualificati momenti di formazione ed addestramento

**Migliorare l'efficienza del sistema** attraverso la prevenzione degli errori, la gestione degli imprevisti, l'ascolto sistematico dei cittadini utenti.

**Ottimizzare i costi** assicurando un governo dei processi di erogazione dei servizi orientato alla eliminazione degli sprechi ed alla riduzione dei tempi di attraversamento

**Definisce le responsabilità, le attività e le registrazioni da effettuare per garantire, nell'ambito dell'intera Casa di cura, una efficace prevenzione del rischio clinico** derivante dalla pratica degli atti sanitari ed una corretta gestione degli eventi avversi, al fine di individuarne le cause ed evitare il loro ripetersi. (secondo Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico).

### RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2021

Vengono analizzati i traguardi e gli obiettivi raggiunti nel corso dell'anno 2021.

- 1. Fatturato Ricoveri S.S.N.: Raggiunto (106% / 100%)** – Si riconferma l'obiettivo per il 2022.
- 2. Fatturato "Fuori Regione": Raggiunto (175k € / 158k €)** – Si riconferma la % di crescita attesa per il 2022.
- 3. Fatturato Ricoveri Privato: Raggiunto (969k € / 743k €)** – Si riconferma la % di crescita attesa per il 2022
- 4. Produzione Specialistica Ambulatoriale: Raggiunto** per le branche di Diagnostica per Immagini (122% / 110%) e Chirurgia Generale (79% / 80%). Si riconferma l'obiettivo per la Diagnostica per Immagini e la Chirurgia Generale. Si attende comunque il pieno raggiungimento dell'obiettivo che comunque sarà oggetto di rimodulazione nell'aprile 2022.
- 5. Tempi di Attesa per i ricoveri senza priorità clinica: Raggiunto (6,25 giorni / <= 14 giorni)** viene esclusa l'oculistica che è un regime al 50% programmato dopo un mese dal primo intervento.
- 6. Tempi di Attesa per i ricoveri con priorità clinica: Raggiunto (pressoché immediato / <= 7 giorni).**
- 7. Tempi di consegna documentazione sanitaria: Raggiunto parzialmente (<= 7 giorni).** Rimane in una bassa percentuale dei casi un ritardo nella consegna che sfiora l'obiettivo prefissato. Si pianifica un'azione di miglioramento della procedura di gestione delle copie di cartella clinica in modo da uniformare la gestione nella totalità dei casi.

- 8. Indice di Case-Mix: Non raggiunto** (1,52 / >= 1,56) – **Non Raggiunto** La capacità di migliorare l'indice di Case-Mix al valore atteso non è corrisposto alle reali casistiche trattate. Si conferma l'indice raggiunto nel 2021, comunque soddisfacente, per l'anno 2022 con la programmazione di mette in atto delle misure di miglioramento e promozione dei trattamenti complessi offerti.
- 9. Peso Medio: Non raggiunto** (1,25 / >= 1,39) – **Non Raggiunto** - La capacità di migliorare il Peso Medio al valore atteso non è corrisposto alle reali casistiche trattate. Si conferma l'indice raggiunto nel 2019, comunque soddisfacente, per l'anno 2022 con la programmazione di mette in atto delle misure di miglioramento e promozione dei trattamenti complessi offerti.
- 10. Interventi di Colectomia con degenza <3gg: Raggiunto** (73,5% / >= 70%) – Si definisce il nuovo obiettivo per il 2020.
- 11. Abbattimenti ARI: Raggiunto** (1% Produzione / 1% Produzione) – L'attività svolta nel corso del 2021 ha permesso una gestione migliore dei Ricoveri a Rischio di Inappropriatezza determinando un abbattimento dell'incidenza degli ARI rispetto al 2020 del -30% portando il valore alla soglia attesa. Si determina, come obiettivo per il 2022, il valore atteso di <= 0,75%.
- 12. 13. 14. 15. Soddisfazione degli utenti: N/D** - Si riconfermano gli obiettivi previsti per il 2022. Il **RQ** riferisce che nel corso dell'anno non è stato possibile raccogliere in maniera sistematica i questionari di soddisfazione per mancanza delle risorse umane e temporali che sono state rivolte alla gestione straordinaria del contesto sanitario durante la Pandemia; sono stati però dati riscontri, principalmente verbali o sui portali social (specificatamente Google My Business); ma altresì riscontrati commenti negati relativamente alla percepita gestione dei pazienti in attesa di ricovero. L'**RQ** segnala che per ovviare alle problematiche della raccolta cartacea e della successiva analisi sta venendo implementato un sistema di raccolta dei questionari tramite totem ubicati in diverse zone della casa di cura che offrono agli Utenti la possibilità di registrare automaticamente la propria valutazione che sarà automaticamente elaborata da un sistema informatico interno in corso di implementazione. Il termine per questa attività dovrebbe essere entro Aprile 2022.  
Per tutte le valutazioni del caso si utilizzeranno i valori riscontrati nel 2020.
- 16. Certificazione ISO 9001:2015: Non Raggiunto** – Sebbene il sistema qualità sia implementato ed in continua evoluzione, la certificazione qualità non è stata oggetto di attività nel corso del 2021 per motivi legati alla rimodulazione delle branche, sarà obiettivo del 2022.
- 17. Eventi Formazione ed Informazione:** Sono stati organizzati 3 corsi di formazione interni (Esecuzione Tamponi, Protocolli di Azione / Reazione a reazioni allergiche e Anafilattiche e corso di formazione sulla gestione delle campagne vaccinali).
- 18. Eventi ECM:** Data la Situazione pandemica sono stati interrotti i corsi di formazione che riprenderanno nel 2022.



#### **4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

Scopo del presente paragrafo è quello di illustrare come sono state attribuite e comunicate a tutto il personale interessato le responsabilità e le autorità per assicurare un efficiente Sistema di Gestione per la Qualità.

In particolare l'organigramma viene redatto, aggiornato e distribuito periodicamente all'Intero Personale.

##### **Fini Istituzionali**

Scopo della Casa di cura è quello di erogare servizi e prestazioni di diagnosi e cura, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di day hospital, day surgery e day service e di promuovere la ricerca e la didattica.

I suoi fini istituzionali sono:

##### **Nel campo dell'assistenza sanitaria**

facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, riducendo al minimo i tempi di attesa e semplificando le procedure, ricercare ed attuare il massimo della sicurezza e dell'efficienza nell'esercizio della medicina e chirurgia, nell'esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche e nell'assistenza dei pazienti, garantire le cure del più alto livello possibile di qualità, tenendo conto dello stato di malattia del paziente, in condizioni materiali di massimo confort ed assicurando una situazione relazionale quanto più prossima alle esigenze di umanizzazione e personalizzazione della pratica medica, garantire la disponibilità di tutti i mezzi giudicati necessari per la diagnosi e la terapia da parte dell'équipe medica responsabile.

Informare compiutamente e correttamente il cittadino sulla diagnosi formulata e sulla terapia consigliata, mettendolo in condizioni di decidere consapevolmente in merito alla propria salute ed alla qualità della vita

##### **Principi fondamentali**

Ogni cittadino utente ha il diritto di scegliere liberamente, al di fuori di ogni costrizione materiale e morale, il medico ed il luogo di cura; nel rispetto di tali principi fondamentali la Casa di cura è impegnata ad assicurare l'accesso alle cure nei tempi più brevi possibili, qualunque sia l'appartenenza sociale, razziale, ideologica, politica, economica e di età del cittadino utente in ossequio ai principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione.

##### **4.1. Risorse**

La Casa di Cura Gibiino S.r.l., ha definito compiti e responsabilità del proprio Personale nella procedura di sistema "vedi PRDDP0505 – *Descrizione delle posizioni*".

Di seguito si sintetizzano le responsabilità e l'autorità per i Vertici della Casa di Cura e per gli Organismi collegiali di indirizzo e di controllo.

## A. POSIZIONI DI VERTICE

### Presidente CdA (P)

Il Presidente del CdA definisce le politiche e le strategie dell'Azienda. Ha la responsabilità diretta dei rapporti con gli Enti Pubblici e in particolare con la ASP e l'Assessorato Regionale della Salute, con il quale stipula la convenzione che stabilisce le condizioni strutturali, tecnico-organizzative ed economiche per l'erogazione dei servizi agli aventi diritto alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

### Direttore Sanitario (DS)

Ha le responsabilità relative alla pianificazione e programmazione della realizzazione ed erogazione dei servizi. A tal fine tiene conto della legislazione vigente in materia sanitaria, dei contenuti della convenzione stipulata con l'Assessorato Regionale della Salute, della Politica della Qualità definita dall'Amministratore Unico. All'interno della Direzione Sanitaria e sotto la diretta responsabilità del Personale Medico vengono svolte, in particolare, le seguenti attività indirizzate ad assicurare la qualità dei servizi:

- approvazione dei protocolli medici, infermieristici e di laboratorio predisposti dai Responsabili di Raggruppamento e di Servizi Specialistici, con il supporto dei Responsabili di Unità Funzionale;
- individuazione ed analisi delle non conformità dei prodotti e del servizio secondo quanto disposto dalla procedura "vedi PRGNC0803 - Gestione delle non conformità – azione correttive";
- disposizione e verifica delle azioni correttive e preventive per l'applicazione delle procedure di sistema e delle istruzioni operative secondo quanto stabilito dalla procedura "vedi PRGNC0803 - Gestione delle non conformità – azioni correttive";
- controllo dei parametri di efficacia ed efficienza riportati nella procedura "vedi PRMPR0802 - Monitoraggio e misurazione dei processi";
- analisi delle risultanze dei rilievi di *customer-satisfaction* e dei motivi di insoddisfazione dei pazienti secondo quanto previsto dalla procedura di sistema "vedi PRRCS0502 – Rilevazione della soddisfazione dei cittadini utenti".

## B. ORGANISMI COLLEGIALI DI INDIRIZZO E CONTROLLO

**Comitato Qualità (CQ)** costituito da:

- Presidente CdA

- Direttore Sanitario
- Responsabile Qualità e Sicurezza
- Responsabile Servizi Prevenzione e Protezione

Si riunisce annualmente, o più frequentemente in caso di necessità segnalata dal RQS per verificare l'andamento del Sistema Qualità ed individuare e approvare le azioni preventive necessarie per il miglioramento; le riunioni del Comitato sono formalizzate e si chiudono con la stesura del verbale archiviato da RQS (vedi documento DRVCQ01).

### **Comitato dei Medici (CM)**

È costituito da:

- Direttore Sanitario;
- Referente Rischio Clinico;
- Responsabile Qualità Sicurezza;
- Responsabile di Raggruppamento;
- Responsabili di Unità Funzionale;
- Responsabili di Servizio Specialistico.

Ha il compito di determinare, verificare ed aggiornare gli indirizzi diagnostici e terapeutici, riesaminando i protocolli medici, chirurgici ed infermieristici ed il prontuario dei farmaci.

**Gruppo Operativo** per la lotta alle infezioni ospedaliere, costituito da:

- Direttore Sanitario;
- Referente Rischio Clinico;
- Responsabile Qualità e Sicurezza;
- Responsabile Raggruppamento;
- Responsabile dei Servizi Specialistici;
- Capo Sala;
- Referente Blocco Operatorio.

Ha il compito di attivare protocolli assistenziali ed operativi per la sorveglianza delle infezioni e di verificarne la corretta attuazione.

#### **Comitato Rischio Clinico**

In base al D.A. 6361 del 5/10/2005 si è costituito il comitato per il rischio clinico che si riunisce annualmente presieduto dal Direttore Sanitario o suo delegato, sono presenti inoltre:

- Presidente CdA;
- Responsabile Qualità e Sicurezza;
- Referente Rischio Clinico;
- Facilitatore del Rischio Clinico;
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- Responsabile di Raggruppamento;
- Responsabile Unità Funzionale Chirurgia Generale, Oculistica, Ginecologia ed Ostetricia, Chirurgia Plastica, Otorinolaringoiatria e Urologia;
- Responsabile del Servizio di Anestesia;
- Rappresentante Gruppo NOC;
- Responsabile del Servizio di Cardiologia;
- Responsabile del Servizio Laboratorio Analisi;
- Responsabile del Servizio di Radiologia;
- Capo Sala;
- Referente Blocco Operatorio.

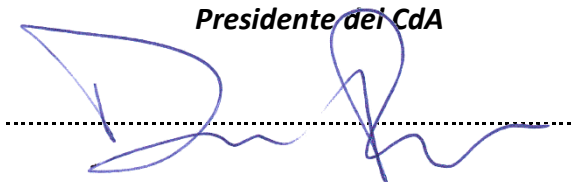
Il comitato del rischio clinico ha il compito di:

- Attuare programmi di formazione del personale;
- predisporre distinte linee guida secondo le normative vigenti.

### Gruppo di Audit Interni (GVI)

Con il coordinamento del RQS, effettua gli audit interni relativi ai processi di realizzazione ed erogazione dei servizi, ai processi amministrativi, all'Organizzazione ed alla conduzione, formazione e responsabilizzazione del Personale. Le modalità per la costituzione del GVI ed il suo funzionamento sono stabilite nella procedura "PRVII0802 - *Manuale per la conduzione degli audit interni*".

Presidente del CdA



Direttore Sanitario



RQ

