



DOCUMENTO DI POLITICA DELLA QUALITÀ'
Presidio San Pier Damiano Hospital della S.p.A Maria Cecilia Hospital
Secondo Semestre anno 2025
Anno 2026

(UNI EN ISO 9001 – ACCREDITAMENTO REGIONALE
INTEGRATA CON LA SICUREZZA DEL LAVORO D.LGSL 81/08 e ex Dlgs 231/01)

L'Alta Direzione di San Pier Damiano Hospital, Struttura Ospedaliera Polispécialistica, facendo propri gli indirizzi generali di Politica della Qualità di Maria Cecilia Hospital, ritiene opportuno e prioritario mantenere un Sistema di Gestione della Qualità conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001 e all'Accreditamento Istituzionale, con una serie di procedure che codificano lo svolgimento delle attività e consentono di esplicitare in modo chiaro e condivisibile le potenzialità, le capacità produttive e l'orientamento al miglioramento continuo.

Questo documento esplicita la *Mission* che rappresenta la ragion d'essere dell'Organizzazione e i valori a cui si ispira, e le *politiche complessive*, ossia gli obiettivi generali e i metodi per raggiungerli.

Gli *obiettivi specifici* di Struttura, delle Unità Operative e dei Servizi sono stabiliti a seguito dei riesami previsti dal Sistema Qualità e sono riportati anch'essi sul presente documento.

Campo di applicazione della certificazione di Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015

Progettazione ed erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero ordinario, day-hospital, day-surgery per le specialità di chirurgia generale inclusa la chirurgia bariatrica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, ginecologia, urologia, chirurgia plastica e ricostruttiva; in regime di ricovero ordinario per le specialità di medicina generale, lungodegenza, riabilitazione e rieducazione

funzionale, terapia intensiva e medicina respiratoria, attività ambulatoriale polispecialistica e di diagnostica per immagini autorizzata e con possesso di accreditamento regionale. Rispetto a Maria Cecilia Hospital di Cotignola, il San Pier Damiano non effettua alta specialità, si tratta di una struttura polispecialistica che, oltre all'attività chirurgica, cura pazienti di medicina generale e riabilitativa.

San Pier Damiano Hospital fa parte della rete di strutture sanitarie distribuite sul territorio nazionale e internazionale di GVM Care & Research, gruppo privato italiano impegnato in sanità, ricerca, industria biomedicale, cure termali e servizi alle imprese con sede a Lugo (RA).

LA MISSION

Il nostro ospedale esprime la filosofia del Gruppo che prevede la realizzazione di strutture sanitarie di alta professionalità e a misura d'uomo, con l'obiettivo di garantire risultati clinici e attenzione per la persona, curando la qualità in ogni dettaglio.

Il Presidio di San Pier Damiano ha un Referente aziendale per la formazione che condivide gli obiettivi formativi con la funzione "Servizio Formazione" di Maria Cecilia Hospital per la costituzione di un Piano di Formazione integrato (formazione residenziale e formazione sul campo).

Il Presidio di San Pier Damiano ha un Risk Manager (Direttore Sanitario) che lavora nell'ottica di implementare la cultura organizzativa del Rischio in Sanità, che collabora con tutti i professionisti per dirimere le questioni di sicurezza, collabora con il Servizio Formazione e con il Responsabile Qualità per aggiornare, promuovere e diffondere le nuove indicazioni cliniche e organizzative desunte da linee guida validate. La struttura è sotto la responsabilità del Direttore Operativo.

PRINCIPI

Centralità della persona

Informazione e partecipazione

Riteniamo che l'informazione chiara e corretta sullo stato di salute e sulle terapie proposte consenta all'utente di decidere consapevolmente della propria salute e della qualità di vita. Garantiamo inoltre la partecipazione attiva di ogni ospite promuovendo la possibilità di esprimere opinioni e fornire suggerimenti e osservazioni. Abbiamo predisposto per questo un questionario DIGITALE sulla soddisfazione all'utente durante la permanenza in struttura e che invitiamo a compilare.

Tutela e partecipazione dell'utente

sono garantite anche dalla possibilità di sporgere reclami a cui si dà risposta entro 30 giorni

Rispetto della persona

Il rispetto della persona si concretizza nell'attenzione alle abitudini di vita e alla privacy, nella riduzione al minimo dei tempi di attesa e delle formalità, nella valorizzazione delle relazioni interpersonali, in particolare quella medico-paziente, e nella cura del comfort per realizzare un ambiente ospitale e familiare.

Eccellenza delle prestazioni

Professionalità e tecnologie

Alta professionalità il nostro ospedale si distingue per l'alta specializzazione del personale, un elevato livello professionale che valorizziamo e sosteniamo attraverso periodici corsi di formazione e aggiornamento.

Tecnologie d'avanguardia Grazie a costanti investimenti e al supporto dell'équipe di ingegneri clinici del GVM Care & Research, la nostra struttura assicura le più avanzate tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

LE POLITICHE COMPLESSIVE

- Individuare corretti indicatori di qualità e verifica dei risultati, orientandosi al miglioramento dei servizi erogati (tenendo conto dei requisiti espressi dai Clienti-utenti);
- Dal punto di vista del Governo della Formazione, definire il bisogno formativo del personale e addestrare gli operatori per accrescere la professionalità e prevenire situazioni non conformi o problematiche (formazione del personale, inserimento del neoassunto); in particolare si è orientati alla Gestione del Rischio clinico;
- implementare costantemente le normative applicabili e le linee guida;
- evolvere le tecnologie;
- aggiornare le procedure;
- condividere i piani di lavoro;
- accentuare i meccanismi di comunicazione interna (comunicazioni scritte e verbali, incontri);
- utilizzare il Sistema di Gestione della Qualità per individuare prontamente le anomalie e garantire la conformità ai requisiti;
- contribuire alla individuazione e gestione dei fattori di rischio clinici e organizzativi tramite i sistemi di prevenzione e protezione e la segnalazione spontanea degli eventi;
- raggiungere il budget con un contestuale miglioramento dei servizi erogati, sulla base dei requisiti espressi dai Clienti-utenti;
- incentivare il senso di appartenenza del personale e quantomeno la fidelizzazione
- superare le criticità, anche grazie alle misure di analisi del rischio UNI EN ISO 9001.

1 - STANDARD DI PRODOTTO E SERVIZIO DELLE UOOS E SERVIZI DI SAN PIER DAMIANO E ASPETTI ORGANIZZATIVI

Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati.
Le evidenze sono nei documenti corrispondenti di standard di prodotto e servizio, verbali di riesame

UOOS e Servizi	Set di indicatori e standard corrispondenti	Piano delle azioni
1-A Chirurgie	Indicatori organizzativi, clinici, materiali ad alto costo, infezioni, tempi di sala operatoria, trend di indicatori di assistenza infermieristica (questi ultimi a cura della CDI).	Tempi di sala operatoria: valutare sistemi di estrazione per tipologia di intervento e non aggregati, a cura del Direttore Sanitario.
1-B Medicina Generale e Terapia Intensiva	Da ridefinire come da obiettivo in capo al Medico Coordinatore, tenendo conto dei requisiti di Accredittamento (vedi obiettivo specifico trattato nella sezione specifica).	La Direzione coinvolge i medici chirurghi per la valutazione dei risultati e la raccolta e analisi dei dati clinici. La partecipazione del professionista alla gestione del rischio nel suo complesso è prevista dal Sistema di Gestione e dalla Legge Gelli –Bianco.
1-C Endoscopia	Vari	Controllare e verificare le procedure del comparto, incluse le emergenze urgenze. Pasti da migliorare anche a giudizio del medico coordinatore o responsabile, oltre che del Referente Alberghiero e del Direttore Sanitario.
1-D Dialisi	Governo Clinico e item aggiuntivi	Evoluzione tecnologica da considerare, come prevede la Politica Valutazione della documentazione

		sanitaria del servizio per una sua evoluzione
1-E Medicina Riabilitativa	Vari fra cui l'efficacia del trattamento Riabilitativo.	-----
1-F Indicatori aggiuntivi di accreditamento	Set a cura del Referente Amministrativo come estrazione	-----

Riedizione dello standard di prodotto/servizio della Medicina Generale, Terapia Intensiva
– Responsabile: Medico Coordinatore

Piano delle azioni	Standard
Riedizione del cruscotto dati a cura del medico Coordinatore, tenendo conto dei requisiti cogenti.	Implementazione e discussione eseguita. Ricezione dei dati max entro il Riesame di Settore anno 2026 o altre necessità cogenti, per la valutazione dei risultati.
Depurare il monitoraggio delle infezioni dalla presenza di quelle all'ingresso ma insorgenti solo nel corso del ricovero, come già definito per l'obiettivo di competenza del Direttore Sanitario	
Considerare le procedure in essere applicabili all'intero comparto, inclusa la istruzione di emergenza – urgenza per verifica e revisione	

2. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Prevenzione e riduzione delle infezioni ospedaliere – sistema di gestione in rete aziendale, tempi di consegna di copia di cartella clinica -- Responsabili: Direttore Sanitario e Direttore Operativo

SPECIFICA E INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITA'
2 A Dati di infezione per UOOU e Servizio	Su standard di prodotto (tasso)	A cura del Direttore Sanitario: - Riprendere il progetto osservazionale con formazione e monitoraggio (da collegare all'obiettivo formativo n.4). - Miglioramento del sistema di calcolo delle infezioni ospedaliere tenendo conto di quelle già presenti all'ingresso (standard: max 1,5% come tasso, per tutte le specialità) - Prevenzione e cura delle infezioni con monitoraggio e revisione delle proflassi
2- B Fruibilità del sistema di diffusione documentale già predisposto per Maria Cecilia Hospital	Validazione del progetto tuttora aperto	Accordi con il/i fornitori di Servizi Informatici a cura del Direttore Sanitario e del Direttore Operativo
2- C Gestione del Rischio nel suo complesso	Piano programma aggiornato per l'anno 2026	Direttore Sanitario: sintesi e analisi delle risultanze delle sorgenti di dati necessarie per una valutazione corretta e completa a seguito di riorganizzazione della Direzione Sanitaria
2 – D Contenimento della percentuale di cartelle cliniche che supera lo standard dei 30 gg come tempo di spedizione rispetto alla data di richiesta da parte dell'utente	Minore del 12% cartelle cliniche spedite oltre il 30° giorno	Direttore Sanitario: oltre ai sistemi standard quali: anticipare il controllo sulle cartelle cliniche richieste, sollecitare i professionisti; per quel che riguarda i medici chirurghi extraregione, sollecitare la chiusura anche a distanza. Dal punto di vista del referto operatorio, anche in collaborazione con il Direttore Operativo e l'Informatico Residente, provvedere alla chiusura del referto operatorio entro il blocco operatorio grazie anche alla copertura di firme digitali ai chirurghi referanti.

3 - RAGGIUNGIMENTO DEL FATTURATO COMPLESSIVO DI STRUTTURA A CURA DEL DIRETTORE OPERATIVO

Responsabile/i	Piano delle azioni	Standard
Direzione Operativa	Mantenimento il più possibile delle condizioni di risorse presenti nel biennio 2024-2025 anche con sistemi di fidelizzazione, tenendo conto che i budget sono strettamente da rispettare nel corso del 2026.	Fatturati (previsioni)
	Puntare anche su welfare aziendale e check-up ospedalieri	

Nel dettaglio:

3 a) **OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN MEDICINA GENERALE E TERAPIA INTENSIVA,**
Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione.
Qui il termine di "Medicina Respiratoria" sarà meglio precisato dall'obiettivo 1, sezione corrispondente.

UNITÀ FUNZIONALE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITÀ
Medicina Generale (budget da contratto AUSL) • Medicina Respiratoria • Medicina generale • Lungodegenza	• Raggiungimento del budget	Fatturato Sul contratto	Riportati sui documenti corrispondenti Mantenere l'attività indicata sul contratto di committenza Area Romagna	Risorse: report e pianta organica della Direzione
Terapia Intensiva				

3 b) **OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN MEDICINA RIABILITATIVA**
Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione

UNITÀ OPERATIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITÀ
Medicina Riabilitativa (budget da contratto)	• Raggiungimento del budget • Mantenere o	Fatturato Sul contratto	Riportati sui documenti corrispondenti Mantenere i risultati di fatturato	Risorse: report e pianta organica della Direzione

	migliorare i dati di standard di prodotto Responsabili: Responsabili di processo			
--	---	--	--	--

3 c) OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN NEFROLOGIA E DIALISI

Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione

UNITÀ OPERATIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITÀ
Nefrologia e Dialisi (budget da contratto AUSL)	Richieste di Ravenna soddisfatte	Richieste di Ravenna	Richieste di Ravenna soddisfatte	- Risorse: report e pianta organica della Direzione - Valutare il miglioramento della gestione della documentazione clinica
			Richieste MCH soddisfatte.	

3 d) OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN AREE AMBULATORIALI

Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione

UNITÀ OPERATIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITÀ
Aree Ambulatoriali (contratti di fornitura)	Raggiungimento del budget	Fatturato	Riportati sui documenti	Risorse: report e pianta organica della Direzione

AUSL)	Rispetto dei contratti di fornitura	Sul contratto	corrispondenti	Migliorare la puntualità (Coordinatore Prenotazione e Accettazione, Direttore Operativo, Direttore Sanitario).

3 e) OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN ORTOPEDIA

Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione

UNITÀ OPERATIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITA'
Ortopedia (budget da contratto AUSL)	Raggiungimento del budget (Rispetto dei contratti di fornitura)	Riportato sul fatturato Riportato sul contratto	Riportati sui documenti corrispondenti. Soddisfare la committenza AUSL.	Risorse: report e pianta organica della Direzione

3-f) OBIETTIVI DI ATTIVITA' IN CHIRURGIA

(INCLUDE: CH. GENERALE, OCULISTICA, CH. AMBULATORIALE, ORL, GINECOLOGIA, UROLOGIA)

Responsabile: Medico Coordinatore/Responsabile che effettua la verifica dei risultati di concerto con la Direzione

UNITÀ OPERATIVA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PIANO DELLE ATTIVITA'
Chirurgia	Raggiungimento del	Riportato sul	Riportati sui documenti	

(budget da contratto AUSL)	budget (Rispetto dei contratti di fornitura)	fatturato Riportato sul contratto	corrispondenti	Risorse: report e pianta organica della Direzione
• Ch Generale • Ch Urologia • Ch Otorinolaringoiatria • Ch Ginecologica • Ch. Oculistica			Soddisfare la commitenza AUSL.	
Chirurgia Ambulatoriale (es. Oculistica, Ortopedia, chirurgia generale, ORL, Urologia)				

4. GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE

Formazione MCH e SPDH (obiettivo obbligatorio per l'Accreditamento)- Servizio Formazione

Oltre al raggiungimento degli indicatori di Standard di Prodotto e Servizio del Servizio Formazione, la Responsabile Formazione redige un obiettivo comune di Maria Cecilia Hospital S.p.A, dato che tale obiettivo è in fase di rielaborazione per aggiornamento trimestrale, si fa riferimento alla Politica di Qualità del sito di Cotignola e di cui San Pier Damiano Hospital ne è il Presidio. Ai fini degli adempimenti della presente Politica Aziendale, la Direzione del Presidio nel suo complesso comunica le necessità formative, come da specifica procedura, per la realizzazione della parte di Piano Annuale Formazione richiesto da San Pier Damiano Hospital.

5 - MIGLIORARE LA SICUREZZA DEL LAVORO

anche ai fini dell'ottenimento della riduzione del tasso medio di tariffa – Responsabili: RSP e Datore di Lavoro

Piano delle azioni e standard

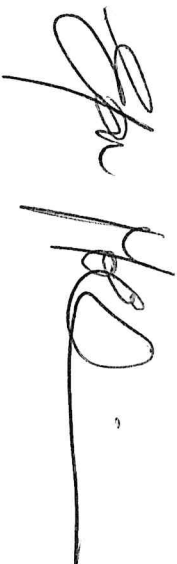
Raggiungimento dei requisiti richiesti dal modello di domanda da presentare.

Coinvolgere l'Organismo di Vigilanza o altra modalità quali le certificazioni ISO, come già svolto gli anni precedenti, ai fini della rispondenza al Modello Organizzativo ai sensi del D. Lgs 231/01 e D. Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni

DATA 13/11/2015... redazione a cura della Direzione SPDH

*Il Direttore Operativo
del Presidio San Pier Damiano*

Dr.ssa Elsa Martinelli



*L'Amministratore Delegato
della SpA Maria Cecilia Hospital*

Dr. Lorenzo Venturini

