
	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	1/10

Politica, riesame, organizzazione

1.	Scopo ed applicabilità	2
2.	Applicabilità	2
3.	Politica aziendale del SGQ	2
3.1	Il documento di Politica, Riesame e Direzione.....	2
3.1.1	<i>Contenuti del documento di politica aziendale</i>	2
3.1.2	<i>Risultati del riesame della politica del sistema qualità</i>	3
3.2	L'approccio definito dalla norma UNI EN ISO 9001:2015.....	3
3.3	Approccio Risk-based Thinking	3
3.4	Riesame della Direzione	4
3.4.1	<i>Riunione di Riesame</i>	4
3.5	Obiettivi ed indicatori della qualità	5
3.6	Diffusione dei documenti	5
4.	Organizzazione	6
4.1	Rappresentante della Direzione	6
4.2	Organizzazione generale	6
4.2.1	<i>Servizi di linea</i>	6
4.2.2	<i>Servizi di Staff</i>	7
4.2.3	<i>Servizi Sanitari</i>	8
4.3	Commissioni	9
4.4	Compiti delle Commissioni	9
4.4.1	<i>Commissione per il buon uso del sangue</i>	9
4.4.2	<i>Commissione farmacologica</i>	9
4.4.3	<i>Commissione per la lotta delle infezioni ospedaliere</i>	10
4.4.4	<i>Commissione per il controllo in microbiologia</i>	10
4.4.5	<i>Commissione tecnica per le acquisizioni tecnologiche</i>	10

Approvazioni e stato delle modifiche

00	Prima emissione	RQ	DG/RQ	DG	03/01/2018
Edizione	Descrizione e riferimenti	Redatto	Verificato	Approvato	Data

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	2/10

1. Scopo ed applicabilità

Scopo della presente Procedura Operativa è definire:

- l'emissione, la diffusione e la gestione del documento di Politica Aziendale
- le modalità di Riesame della Direzione del Sistema di gestione per la qualità
- la struttura organizzativa aziendale

2. Applicabilità

La presente procedura si applica alla gestione del sistema qualità aziendale e riguarda le attività e le responsabilità della Direzione Aziendale per quanto riguarda:

- la definizione, diffusione, comprensione e condivisione della Politica Aziendale per la Qualità
- il riesame della Direzione del sistema e la diffusione dei risultati
- la definizione ed il perseguimento degli obiettivi di miglioramento.
- la definizione della struttura organizzativa aziendale

3. Politica aziendale del SGQ

La Direzione di Policlinico di Monza s.p.a. Clinica San Gaudenzio è pienamente consapevole del proprio ruolo e della leadership che deve essere perseguita costantemente al fine di fornire un servizio che risponda alle esigenze dei Clienti, nel rispetto della normativa cogente.

In particolare la Direzione è promotrice del processo di miglioramento continuo, convinta del ruolo determinante che essa ha nell'effettivo avvio e progresso di questo processo.

3.1 Il documento di Politica, Riesame e Direzione

La Direzione ha elaborato un documento di politica aziendale relativo al sistema qualità per verificarne l'attuazione e la rispondenza alle effettive necessità; tale documento è periodicamente rivisto:

- in sede di Riesame di Direzione;
- a fronte dell'evoluzione delle normative di Legge;
- necessità di evoluzione dell'Azienda stessa.


L'attuazione della politica aziendale è responsabilità dell'organizzazione aziendale preposta alla gestione del sistema qualità.

3.1.1 Contenuti del documento di politica aziendale

Il "Documento di politica aziendale" assicura:

- rispetto della legislazione vigente;
- acquisizione, valutazione della legislazione ed individuazione degli aspetti significativi;
- l'impegno al soddisfacimento dei requisiti dei Clienti e delle parti interessate;
- l'impegno al miglioramento continuo dell'efficacia del sistema;
- coinvolgimento, con sensibilizzazione e formazione, del personale;
- effettuazione degli audit interni;
- fornitura di adeguata informazione all'esterno;
- il riesame della politica per accertarne la continua idoneità.

La politica per la qualità è implementata ed è attuata a tutti i livelli: è stata esposta e dibattuta con i dipendenti che, nell'ambito delle loro funzioni, l'hanno recepita e partecipano alla continua evoluzione del Sistema Qualità aziendale.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	3/10

3.1.2 Risultati del riesame della politica del sistema qualità

La revisione del documento di politica aziendale comporta la riemissione del documento e quindi la sua diffusione aziendale. La Direzione definisce l'eventuale diffusione alle parti interessate esterne all'azienda.

3.2 L'approccio definito dalla norma UNI EN ISO 9001:2015

L'approccio per processi adottato da Policlinico di Monza s.p.a. Clinica San Gaudenzio implica la definizione sistemica e la gestione dei processi e delle loro interazioni, in modo da conseguire i risultati attesi in conformità con la politica per la qualità e agli indirizzi strategici dell'organizzazione.

Per la gestione dei processi e del Sistema nel suo insieme viene realizzata da Policlinico di Monza mediante l'utilizzo del ciclo PDCA, con un orientamento generale al risk based thinking, per cogliere le opportunità e prevenire risultati indesiderati.

L'adozione dell'approccio per processi permette di:

- comprendere i requisiti e di soddisfarli in maniera coerente
- considerare i processi in termini di calore aggiunto
- conseguire efficaci prestazioni di processo
- migliorare continuamente i processi analizzati, mediante valutazione di dati e informazioni

Nella definizione dei processi interni all'organizzazione che costituiscono il Sistema Gestione per la Qualità, Policlinico di Monza s.p.a. Clinica San Gaudenzio ha istituito definito le modalità per:


- definire i rischi e le opportunità esterne all'organizzazione, per affrontarli sfruttando i punti di forza e riducendo le debolezze interne;
- determinare gli input necessari e i relativi output derivanti da ciascun processo;
- determinare le sequenze e l'interazione dei diversi processi;
- definire, applicare e monitorare i criteri e i metodi necessari ad assicurare l'efficace funzionamento del sistema;
- determinare le risorse necessari a ciascun processo;
- fornire supporto e strumenti necessari ai responsabili di ciascun processo;
- valutare i processi e adottare strategie e/o azioni necessarie per assicurare il raggiungimento dei risultati attesi;
- migliorare continuamente i processi e dunque il sistema SGQ.

3.3 Approccio Risk-based Thinking

Al fine di garantire un approccio per processi, e dunque, di conseguenza, un SGQ in linea con le attuali disposizioni normative, Policlinico di Monza s.p.a. Clinica San Gaudenzio adotta in corrispondenza del Modello PDCA di cui al precedente paragrafo, un approccio di Risk-based Thinking.

Tale modalità operativa affianca all'approccio reattivo, un approccio ed un'analisi proattiva.

Il Metodo Reattivo è caratterizzato da uno studio a posteriori degli incidenti ed è mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi → Incident Reporting.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	4/10

Il Metodo Proattivo mira all'individuazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi ed è basato sull'analisi dei processi, l'individuazione delle criticità con l'obiettivo di continuo miglioramento → FMEA.

Le fasi da adottarsi nell'ambito del risk-based thinking sono le seguenti:

- analisi del contesto con relativa valutazione del rischio che è composta come segue:
 - identificazione del rischio;
 - Analisi del Rischio;
 - Ponderazione del Rischio;
 - Trattamento del Rischio.

3.4 Riesame della Direzione

Il riesame della direzione è condotto dalla Direzione e riguarda:

- l'analisi delle non conformità;
- risultati delle verifiche ispettive interne;
- i requisiti delle normative cogenti;
- l'analisi delle prestazioni dei processi (indicatori della qualità);
- lo stato delle azioni correttive e preventive;
- l'analisi dei reclami dei clienti;
- le azioni a seguire da precedenti riesami effettuati dalla direzione;
- le modifiche che potrebbero avere effetti sul SGQ;
- l'analisi dell'andamento delle prestazioni dei fornitori

Il riesame ha cadenza annuale e sulla base della politica aziendale e dei risultati conseguiti nel periodo, definisce gli obiettivi di miglioramento ritenuti necessari per l'azienda. In seguito al riesame vengono anche individuati gli eventuali bisogni di risorse.

Inoltre viene redatto il Verbale di riesame di Direzione per UF e/o Servizi che deve comprendere gli elementi in ingresso e in uscita come previsto dalla Norma UNI EN ISO 9001/2015.

3.4.1 Riunione di Riesame


Annualmente, la Direzione Generale riesamina con RQ, DS, DP, DA lo stato del Sistema Qualità; allo scopo sono considerati i risultati delle attività, opportunamente sintetizzati da RQ:

- soddisfazione dei clienti (URP)
- problematiche emerse dall'esame delle Non Conformità sui prodotti, sul servizio, dagli audit, con il personale.

Nella riunione sono definiti gli obiettivi specifici per ciascun settore aziendale, in modo da permettere, in relazione ai principi di soddisfazione dei pazienti, in relazione alla politica aziendale:

- l'adeguamento delle risorse umane
- l'adeguamento delle risorse tecnologiche
- l'adeguamento delle risorse organizzative
- l'adeguamento del Sistema Qualità

RQ provvede a verbalizzare il riesame, definendo, di concerto con la DG, le necessarie Azioni Correttive e Preventive emerse, a fronte delle problematiche individuate.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	5/10

Tale verbale costituisce registrazione della qualità e viene conservato a tempo illimitato cura di RQ.

RQ provvede quindi a definire nel dettaglio le AC e/o AP necessarie, intervenendo, nel periodo successivo:

- a livello organizzativo, del Sistema Qualità, mediante adeguamento del Sistema Documentale (procedure, istruzioni);
- presso i Responsabili delle Funzioni coinvolte, promuovendo opportuni interventi formativi;
- sorvegliando nel tempo l'esito delle Azioni individuate, mediante il Sistema degli Audit

La Direzione redige verbale del riesame riportante, le conclusioni e gli obiettivi di miglioramento individuati e le relative azioni e responsabilità.

3.5 Obiettivi ed indicatori della qualità

A seguito delle attività di riesame la Direzione definisce gli obiettivi che possono riguardare:

- **il personale**; sono considerati: le qualifiche, la puntualità di esecuzione dei lavori affidati;
- **l'efficienza aziendale**; come indicatori sono considerati il fatturato, la soddisfazione del cliente, le non conformità rilevate;
- **l'efficacia dei processi aziendali**; gli indicatori considerati sono quelli individuati nei processi di diagnosi e cura delle singole U.O. facenti capo alla DS.

Questi obiettivi devono comunque perseguire:

- la prevenzione delle Non Conformità;
- il rispetto della normativa applicabile;
- un adeguato vantaggio economico;
- quando possibile, traguardi migliorativi rispetto ai requisiti (del cliente, della normativa cogente), definendo requisiti propri dell'organizzazione.

Nel definire gli obiettivi si deve tenere conto, in generale:

- della politica aziendale;
- degli aggiornamenti normativi;
- delle aspettative e della soddisfazione delle Parti interessate, nel rispetto della normativa vigente;
- del principio di prevenzione delle Non Conformità, incidenti, emergenze;
- dei dati sulla efficienza dei processi;


Gli obiettivi stabiliti dalla Direzione costituiscono elemento di miglioramento ed il loro conseguimento deve essere pianificato per permettere:

- la definizione di obiettivi numerici;
- l'individuazione delle responsabilità operative e delle funzioni coinvolte;
- la pianificazione degli interventi;
- il controllo degli effettivi risultati man mano conseguiti.

I responsabili dei processi hanno la responsabilità della raccolta dei dati, per le attività di propria pertinenza.

3.6 Diffusione dei documenti

- **Politica della qualità**: è affisso negli appositi spazi aziendali e presentato in riunioni di illustrazione
- **Riesame di Direzione**: viene distribuito ai responsabili del raggiungimento degli obiettivi.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	6/10

4. Organizzazione

La struttura organizzativa di Policlinico di Monza s.p.a. Clinica San Gaudenzio è descritta nell'organigramma funzionale e nell'organigramma nominativo.

4.1 Rappresentante della Direzione

Alle dirette dipendenze della Direzione Generale è il Responsabile Qualità (RQ), che, oltre agli altri compiti assegnatigli, ha l'autorità di:

- Istituire il Sistema Qualità aziendale
- Monitorizzare, mediante opportuni indicatori, lo stato del sistema, in relazione alla Politica Aziendale ed agli obiettivi della qualità (vedi Commissioni)
- Assicurare il continuo miglioramento del Sistema stesso, mediante sorveglianza e gestione delle Non Conformità, delle Azioni Correttive e Preventive
- Effettuare gli audit interni
- Sorvegliare la coerenza del Sistema Documentale
- Dare riscontro alla Direzione dello stato del sistema e delle problematiche emerse nel periodo di riferimento
- Intrattenere i rapporti con gli Enti di Certificazione esterni

4.2 Organizzazione generale

Con riferimento all'organigramma funzionale, l'organizzazione risulta così costituita:

Al vertice vi è posto il Consiglio di Amministrazione (di seguito C.d.A.) che è deputato ad adottare tutti gli atti di ordinaria e straordinaria amministrazione.

Il C.d.A. è presieduto da un Presidente a cui sono demandati i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione direttamente dal C.d.A., il Presidente a sua volta si avvale di un Procuratore Speciale al quale ha affidato ampi poteri per la gestione della struttura.

Secondo l'organigramma in vigore fanno capo al Presidente i **servizi di linea e di staff**.

4.2.1 Servizi di linea

Si dividono in Servizi Amministrativi e Servizi Sanitari


4.2.1.1 Servizi Amministrativi

In base al disposto della L.R. 7 del 6/2/90 art. 14 e 15 le Case di Cure devono disporre di Uffici Amministrativi.

Tali Uffici devono consentire alla Direzione Generale della Casa di Cura il governo della gestione amministrativa nella globalità delle funzioni individuate dall'ordinamento vigente (norme civilistiche, fiscali, del lavoro, di Diritto Amministrativo e di Ordinamento della Regione).

Gli Uffici che compongono l'assetto Amministrativo sono i seguenti:

- **Ufficio del Direttore Amministrativo:** è deputato alla Direzione degli Uffici che compongono l'area Amministrativa in senso proprio. Compete al Direttore Amm.vo nello specifico la predisposizione dei bilanci annuali e di periodo, l'attuazione della contabilità dei costi e il controllo di gestione. Dipendono dal Direttore Amm.vo l'Ufficio acquisti Aziendale e l'Ufficio del Personale. Il primo è deputato all'approvvigionamento di tutti i prodotti sanitari e tecnico-economici, il secondo è deputato alla gestione delle risorse umane, limitatamente agli aspetti economici, normativi e previdenziali. Il Direttore Amm.vo è coadiuvato da un coordinatore preposto a 3 Uffici:

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	7/10

- **Ufficio Accettazione;** adempie ai compiti di cui all'art. 17 dell'allegato 1 della Legge Regionale del 6/2/90 per gli aspetti meramente Amm.vi
- **Ufficio contabilità clienti;** preposto agli adempimenti connessi alla fatturazione, tenuta scritture contabili ed ogni atto connesso alle prestazioni erogate dall'azienda. (tenuta Registro Clienti)
- **Ufficio contabilità fornitori;** preposto alle scritture contabili e agli atti connessi agli acquisti e alla tenuta del Registro Fornitori.

4.2.1.2 Altri uffici

Direttamente dipendenti dalla DG sotto il profilo Amministrativo figurano:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico; vedi compiti e attribuzioni L.R. 31/97
- Segreteria di Presidenza

4.2.2 **Servizi di Staff**


Fanno altresì capo all'Ufficio DG i Servizi di Staff

L'esigenza di disporre nell'assetto organizzativo di alcuni servizi di Staff si giustifica con l'esistenza di una pluralità di Presidi Ospedalieri che compongono un Gruppo Interregionale.

Esiste quindi l'esigenza di garantire assetti e modelli uniformi in grado di assicurare all'universo delle strutture sanitarie facenti parte del Gruppo un'unitarietà di indirizzo e di impostazione aziendale capace di garantire un governo delle singole strutture secondo logiche comuni, su modelli sperimentati e nella logica di acquisizione di economie di scala non altrimenti acquisibili .

Compongono i servizi Staff:

- **Direzione Scientifica;** preposta a definire i programmi di sviluppo scientifico e delle attività divulgative
- **Coordinatore Sanitario;** è preposto al coordinamento delle direzioni sanitarie con l'intento di dare uniformità alle metodologie organizzative favorendo protocolli comuni fra tutte le Aziende ed un uniforme sistema di verifica e monitoraggio delle attività sanitarie. Il Coordinatore Sanitario non interferisce con i compiti del Direttore Sanitario di Azienda le cui funzioni, come detto, sono a Lui direttamente demandati dalla L.R. n° 7 del 6/2/90.
- **Servizi Affari Generali;** sono ad esso demandati i compiti non espressamente riconducibili agli altri Servizi di Staff ma che necessitano di un momento di coordinamento generale tra tutti i presidi del Gruppo (rapporti con le Casse Mutue Aziendali ed Enti Mutualistici, rapporti con Società private per check-up Aziendali rapporti con Compagnie di Assicurazione) con particolare riferimento ai rapporti con il personale medico per gli aspetti non sanitari, ecc.
- **Servizio bilancio;** ad esso è demandato il coordinamento di tutte le politiche di bilancio e le elaborazioni dei presupposti per le definizioni dei bilanci consolidati e di Gruppo. Il servizio affianca i singoli Uffici Aziendali nell'interlocuzione con Società di revisione e con Società deputate al controllo di gestione e alle valutazioni di indici di costi e di produttività interaziendale. Il servizio inoltre rappresenta un momento di uniformità interaziendale per quanto concerne le politiche e il rispetto delle normative civilistiche sottese alla corretta stesura dei singoli bilanci Societari.
- **Servizio Qualità Aziendale;** il servizio è preposto alla attuazione e alla verifica di tutti i momenti connessi ai processi di Qualità Aziendale in una logica di coordinamento interaziendale che dia al Gruppo una visione unitaria di strategia, obiettivi, protocolli e vincoli operativi.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	8/10

- **Servizio Approvvigionamenti;** al servizio è demandato il compito di dare uniformità alla politica degli acquisti realizzando l'obiettivo di rendere uniforme e trasparenti i prezzi dei prodotti acquistati, le condizioni di pagamento e in generale tutte le condizioni di fornitura. Al servizio è demandato altresì il compito di osservatorio dei prezzi nella logica di ricercare il livello qualità/prezzo più favorevole. Il servizio costituisce altresì un momento di valutazione e di proposizione nei confronti del personale utilizzatore di nuove tecnologie offerte dal mercato favorendo la spinta di una ricerca tecnologica che garantisca miglioramenti qualitativi e prezzi più contenuti.
- **Direzione del Personale;** nel rispetto delle singole autonomie aziendali si avverte l'esigenza di dare anche alla politica del personale un momento di coordinamento generale con riferimento ad assetti organizzativi, o schemi funzionali, alla definizione di politiche di aggiornamento comuni. Il Direttore del Personale coordina l'attività dei Direttori del Personale di Azienda, che sono preposti all'espletamento delle attività connesse all'applicazione del C.C.N.L.L. e in generale alla disciplina normo-economica connessa al rapporto di dipendenza.
- **Risorse Tecnologiche;** tale servizio è deputato a curare tutti gli aspetti connessi alla gestione delle apparecchiature elettromedicali e tecnologiche, di tutto ciò che costituisce il patrimonio tecnologico della struttura sotto il profilo:
 - dell'adeguamento alle norme di legge;
 - del rinnovo/sostituzione delle apparecchiature obsolete;
 - dell'acquisizione di nuove apparecchiature sotto il profilo del mantenimento in esercizio del patrimonio tecnologico in dotazione.
- **Sistema Informativo;** tale servizio è deputato a curare tutti gli aspetti connessi alla gestione della dotazione Hardware e Software della struttura e di tutto ciò che costituisce in questo senso il patrimonio sotto il profilo:
 - dell'adeguamento alle norme di legge;
 - del rinnovo/sostituzione delle apparecchiature obsolete;
 - dell'acquisizione di nuove apparecchiature sotto il profilo del mantenimento in esercizio del patrimonio sia Hardware che Software in dotazione.
- **Servizio Prevenzione e Protezione;** il servizio assicura uniformità metodologiche-procedurali per l'attuazione delle normative di tutela dei lavoratori e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare con l'applicazione del D.Lgs, 626/94.

4.2.3 Servizi Sanitari

Il Direttore Sanitario è preposto alla Direzione dell'Ufficio di Direzione Sanitaria


I compiti del Direttore Sanitario sono espressamente indicati nella L.R. 7 del 6/2/90 art. 22 all.to 1.

Il Direttore sanitario opera in modo autonomo in relazione ai compiti a Lui demandati dall'ordinamento giuridico vigente.

Il Direttore Sanitario si esprime anche sulle specifiche richieste a Lui inoltrate dal Presidente su tematiche di ordine sanitario-organizzativo in generale.

La Direzione Sanitaria si compone dei seguenti Uffici:

- **Servizio Infermieristico;** è l'Ufficio preposto all'organizzazione, gestione e controllo del personale infermieristico, tecnico e ausiliario della struttura destinato alle diverse Unità Operative.

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	9/10

- **Ufficio formazione del personale;** Svolge compiti di formazione e inserimento delle diverse figure professionali che operano nelle Unità Operative e nei Servizi sia sanitari sia amministrativi.
- **Ufficio elaborazione D.R.G.;** sono ad esso assegnate specifiche competenze di controllo e codifica delle singole Schede di Dimissione Ospedaliera con compiti prettamente amministrativi tra i quali la stesura delle diverse tipologie di contratto applicabili alle figure che operano all'interno della struttura, con rapporto libero professionale, tipico del medico chirurgo. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Ufficio Cartelle Cliniche;** l'Ufficio è composto da due unità addette alla scannerizzazione di tutte le cartelle dei pazienti che sono stati dimessi e una unità che sovrintende al lavoro di accettazione delle richieste di "rilascio fotocopia di cartella" e gestisce l'ufficio affinché siano avase tutte le richieste per tempo. Anche questo ufficio si interfaccia con la DG e la DS
- **Servizio prenotazione ricoveri;** è l'Ufficio che gestisce le procedure riguardanti i prericoveri e si preoccupa di informare l'utenza di tutto quanto necessario per procedere al ricovero nelle Unità Operative di degenza della struttura, in particolare il recupero di tutta l'eventuale documentazione sanitaria pregressa, i documenti attestanti l'identità personale, il codice fiscale, il libretto sanitario personale. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.
- **Servizio Attività Ambulatoriali;** è l'Ufficio preposto alla programmazione, organizzazione e gestione di tutte le visite specialistiche ambulatoriali riguardanti sia i pazienti interni sia quelli esterni afferenti alle diverse specialità presenti nella struttura. Tale Ufficio si interfaccia sia con la DG sia con la DS.

4.3 Commissioni

Le commissioni sono istituite dalla DG allo scopo di :

- Monitorare ed analizzare attività significative (indicatori) della qualità del servizio
- Elaborare soluzioni per evitare l'insorgere di Non Conformità

Sono quindi stati incaricati dei responsabili che presiedono queste commissioni e gestiscono la pianificazione, la elaborazione, i progetti, gli esiti.

- Commissione per il buon uso del sangue
- Commissione farmacologica
- Commissione per la prevenzione e la lotta alle infezioni ospedaliere
- Commissione per il controllo della qualità in microbiologia e chimica clinica
- Commissione tecnica per le acquisizioni tecnologiche

I lavori delle Commissioni sono sintetizzati in opportuni Verbali.


4.4 Compiti delle Commissioni

4.4.1 Commissione per il buon uso del sangue

Ha il compito di ottimizzare la gestione ed i consumi del sangue.

4.4.2 Commissione farmacologica

Razionalizzare i consumi dei farmaci attraverso la suddivisione per classi di appartenenza, nonché favorire un'immediata e facile consultazione del prontuario farmaceutico interno aggiornato, mantenendo un elevato grado qualitativo garantito anche dal periodico aggiornamento del personale medico incentivato a partecipare ai diversi congressi

	Clinica San Gaudenzio Procedura operativa Politica, Riesame, Organizzazione	N° PO100.01	Ed.00
		Data	03/01/18
		Pag.	10/10

4.4.3 Commissione per la lotta delle infezioni ospedaliere

Validazione delle sale operatorie con monitoraggio periodico microbiologico/ambientale aria-superficie e istituzione di nuovi protocolli di sorveglianza igienico-sanitaria

4.4.4 Commissione per il controllo in microbiologia

Istituire protocolli che regolamentino le procedure di esecuzione e gestione dei campioni biologici; migliorare e/o favorire i rapporti con il Servizio Epidemiologico della Regione Piemonte

4.4.5 Commissione tecnica per le acquisizioni tecnologiche

Valutazione del numero di interventi di manutenzione straordinaria effettuata nel corso di un anno dalla data di acquisizione con valutazioni e proposte di acquisizioni e/o adeguamento di nuove tecnologie suddividendole secondo le priorità strategiche delle singole specialità esistenti