



Manuale della Qualità

S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Servizio di Endoscopia Digestiva

Politica per la Qualità

Sez. 3

Rev. 4 del 07/07/2009

Pag. 1 / 2

Il Direttore dell'S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ha deciso, per il triennio 2009-2012, di proseguire il percorso di miglioramento continuo della qualità dei processi e dei servizi erogati, finalizzato ad assicurare

- la conformità ai requisiti di servizio,
- il conseguimento degli obiettivi aziendali,
- la sempre maggior soddisfazione del Cittadino/Utente
- il miglioramento continuo delle prestazioni

In tale prospettiva il Direttore dell'S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, di concerto ed in sintonia con i principi fondamentali dell'Azienda Sanitaria, continua ad essere di stimolo per indirizzare lo sviluppo dell'organizzazione nel senso sovra-indicato.

Come negli anni precedenti, nell'ambito del sistema qualità, i Referenti per la Qualità, medico ed infermieristico, avranno la responsabilità di proseguire nell'opera di sensibilizzazione nei confronti dei propri collaboratori, stimolando la loro capacità di proporre idee e soluzioni orientate verso il miglioramento continuo.

L'S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva nelle sue attività quotidiane continua ad impegnarsi nel promuovere i seguenti principi fondamentali - in accordo alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" (c.d. direttiva Ciampi - Carta dei Servizi Pubblici), secondo quanto prescritto dallo "Schema generale di riferimento della "carta dei servizi pubblici sanitari". Decreto Presidente Del Consiglio Dei Ministri 19 Maggio 1995:

- la salute del cittadino come valore complessivo, secondo l'accezione di benessere fisico, psichico e sociale,
- l'accesso ai servizi sanitari in condizioni di *eguaglianza* dei diritti degli utenti, parità di trattamento, astensione da ogni *ingiustificata discriminazione* degli utenti, cui corrisponde
- l'obbligo di *imparzialità* dei soggetti erogatori e delle persone fisiche che lo incarnano - secondo criteri di obiettività e fini di giustizia sociale e parificazione dell'accesso, con particolare riguardo all'obbligo di interpretazione benevola ed estensiva di norme, clausole e condizioni a vantaggio di soggetti svantaggiati da condizioni naturalmente sperequate,
- la *continuità* dell'erogazione del servizio, riducendo al minimo il disagio agli utenti e la durata di eventuali disservizi,
- l'*efficacia* e l'*efficienza*, adottando le soluzioni tecnologiche e organizzative più funzionali allo scopo,
- la valorizzazione ed il rispetto delle persone, attraverso una corretta politica del personale che permetta l'espressione delle loro potenzialità,
- la *partecipazione*, per tutelare la corretta erogazione del servizio e per migliorare la collaborazione con gli utenti.

In proposito va ricordato che, secondo una giurisprudenza consolidata, le norme deontologiche, le convenzioni internazionali (tra tutte, la Convenzione di Oviedo del 04/04/2007) che hanno contribuito a precisare il significato dell'art. 32 c. 2 della Carta Costituzionale della Repubblica Italiana, l'operatore sanitario è al servizio del vero protagonista del diritto a decidere della propria salute optando per le varie possibilità di trattamento sanitario e finanche del diritto di rifiutare il

Redazione			Approvazione	
Dott. ssa Paganin Simona RQM		AFD Bruna Dagnes RQI	Dott. Sergio Crotta Direttore S.C.	



Manuale della Qualità

S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Servizio di Endoscopia Digestiva

Politica per la Qualità

Sez. 3

Rev. 4 del 07/07/2009

Pag. 2 / 2

trattamento sanitario, di non curarsi. Nessun trattamento può essere imposto senza consenso di persona in grado di intendere e di volere e - diversamente detto - il consenso del paziente è il principio di legittimazione di ogni atto medico.

In tale contesto si ravvede una grande nuova missione dell'operatore sanitario per un'alleanza terapeutica che non si dà a priori e va costruita, a cura dell'operatore stesso, sulla base dell'instaurazione di condizioni relazionali "obiettive" di mutua fiducia e rispetto che non vanno confuse con quelle iniziali. Queste ultime, infatti, si esprimono presuntivamente nel legame del paziente al suo medico "obbligato" ad una naturale subordinazione psicologica - rappresentando in astratto la figura del medico l'unica possibile via di fuga percepita da un soggetto colpito, indebolito e spaventato dalla malattia.

Alla base di questa alleanza, *relazioni e contenuti* sono ugualmente necessari e non sufficienti. Circa l'aspetto relazionale, dovrà auspicabilmente costruirsi una reciproca conoscenza, adattamento e fiducia, senza la quale il paziente non sarà il soggetto ma solo l'oggetto di una tecnica e di una pratica medica. E andrà costruita con il forte rischio di incorrere in due opposti eccessi che sono fallimenti dell'operatore, entrambi contraddistinti da una "rinuncia disinformata" del paziente. Quello dell'abbandono passivo al soggetto forte della relazione (l'operatore sanitario); e quello, non migliore, della rinuncia alle cure per mancanza di fiducia nella parola e/o nella condotta dell'operatore sanitario.

Superato questo primo, fondamentale, ostacolo, il contenuto informativo dovrà regolarsi sulle capacità cognitive e sui desideri complessivamente considerati dal paziente allo scopo di assumere da lui correttamente le informazioni in ingresso così importanti per poterne individualizzare il percorso di diagnosi, cura ed assistenza; e, parimenti, per riconsegnargli le informazioni in uscita che gli sono indispensabili per raggiungere una decisione sulla sua salute che sia al contempo emancipata e libera, cioè dignitosa.

Per assicurare il raggiungimento di tali risultati si proseguirà, come nel passato, alla:

- definizione di un adeguato sistema di monitoraggio della Qualità, mediante opportuni indicatori,
- messa in atto di azioni preventive e di controllo tese ad evitare insoddisfazioni dell'Utente,
- ricerca di possibilità di miglioramento attraverso il riesame dei risultati conseguiti
- logica dell'ottimizzazione delle risorse impiegate
- motivazione di tutto il personale operante nell'S.C. affinché segua le regole contenute nei documenti relativi.

Per il triennio 2009-2012 la S.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva si propone di raggiungere i seguenti obiettivi, prevalentemente in una logica di risk management:

- adozione per il reparto di degenza di una cartella informatizzata volta, tra l'altro a ridurre il rischio di prescrizioni errate
- stesura/applicazione del profilo assistenziale per la cirrosi epatica che risulta essere il primo DRG di ricovero
- revisione e riorganizzazione dei processi di disinfezione degli strumenti endoscopici e completa tracciabilità del ciclo, volta alla riduzione del rischio microbiologico.