

A TUTTO IL PERSONALE

Humanitas Istituto Clinico Catanese (HICC), prima denominata Humanitas Centro Catanese di Oncologia, è stata tra le prime strutture sanitarie private in Sicilia a conseguire la certificazione di conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2000 nell'anno 2002; a partire da quell'anno si sono susseguite le verifiche annuali da parte dell'Ente di certificazione che hanno puntualmente confermato la validità del sistema e la sua conformità anche a seguito dell'entrata in vigore della successiva edizione della norma: UNI EN ISO 9001:2008. Nel mese di luglio 2018 è stato completato con successo l'adeguamento del sistema all'ultima edizione 2015 della norma.

La certificazione ISO 9001 è stata la prima importante tappa di un percorso di miglioramento continuo che ha rafforzato la posizione di eccellenza del nostro ospedale tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana, come dimostrano i dati relativi al numero di prestazioni erogate ed il positivo giudizio espresso dai cittadini utenti sui diversi aspetti del servizio.

Il conseguimento dell'accreditamento istituzionale ai sensi del DA 890/2002, è un'ulteriore tappa di rilevanza fondamentale e costituisce, al contempo, il riconoscimento da parte dell'Ente di accreditamento, della efficacia ed efficienza del sistema di gestione aziendale e dell'impegno di tutti gli Operatori. Impegno che troverà costante applicazione nel tempo, al fine di assicurare continuità alle azioni necessarie per mantenere l'accreditamento anche ai sensi del nuovo DA 436/21, non mancando di cogliere ogni opportunità per migliorare continuamente il sistema.

HICC ha quindi deciso di integrare al proprio sistema di gestione per la qualità un sistema di gestione per la salute e la sicurezza del lavoro ed un sistema di gestione ambientale. Tale attività è stata completata con successo con l'ottenimento ed il mantenimento delle certificazioni secondo gli standard BS OHSAS 18001:2007 e UNI EN ISO 14001:2004. Il completamento delle tre certificazioni (9001, 14001 e 18001) ha valso alla struttura il conferimento da parte dell'ente di certificazione del Certificato di Eccellenza. Nel mese di aprile 2018 è stato completato con successo l'adeguamento del sistema di gestione ambientale alla norma UNI EN ISO 14001:2015. Ad aprile 2019 è stato quindi completato l'iter di migrazione del Sistema di gestione per la sicurezza alla nuova norma UNI ISO 45001:2018. Il sistema integrato certificato ISO 9001, 14001 e 45001 ha superato l'ultima verifica di mantenimento in data 02/07/2021.

Prestigiosi traguardi raggiunti nel corso del 2014 grazie al contributo ed al coinvolgimento di tutta l'Organizzazione sono l'Accreditamento Joint Commission International nonché l'accreditamento EUSOMA della Breast Unit, accreditamenti mantenuti a seguito delle survey periodiche.

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;
- ✓ Appropriatelyzza e pertinenza;
- ✓ Efficacia;
- ✓ Efficienza.

In armonia con tali principi HICC 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, del miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

Nell'ottica del miglioramento continuo i capisaldi della politica della Qualità Ambiente e Sicurezza di HICC sono, pertanto:

- a) **Garantire il rispetto dei requisiti cogenti e volontari** mediante il costante monitoraggio delle fonti normative e mediante la frequente verifica dell'applicazione dei requisiti applicabili;
- b) **Facilitare l'accesso ai servizi** attraverso l'informazione, la gestione delle attese, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi;
- c) **Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori** mediante l'individuazione dei possibili rischi clinici, l'attuazione delle misure di prevenzione, il monitoraggio ed il trattamento degli eventi avversi;
- d) **Prevenire infortuni e malattie professionali** mediante la puntuale individuazione dei pericoli, la valutazione dei rischi e la determinazione delle misure di controllo; mediante il controllo operativo dei processi ed il monitoraggio proattivo e reattivo delle prestazioni; mediante l'indagine di tutti gli accadimenti pericolosi e la gestione puntuale delle non conformità e delle opportunità di miglioramento;
- e) **Minimizzare gli impatti sull'ambiente** in termini di consumi di risorse, produzione di rifiuti, emissioni in atmosfera etc.
- f) **Migliorare la fornitura dei servizi** attraverso l'arricchimento delle prestazioni, il potenziamento dei servizi, l'utilizzazione delle tecnologie più avanzate;
- g) **Accrescere il livello di professionalità** di tutti gli operatori favorendo il lavoro di gruppo e la partecipazione a qualificati momenti di formazione, informazione ed addestramento;
- h) **Migliorare l'efficienza del sistema** attraverso la prevenzione degli errori, la gestione degli imprevisti, l'ascolto sistematico dei cittadini utenti, la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti;
- i) **Favorire la consultazione e la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti** attraverso specifici momenti di collegialità e confronto;
- j) **Ottimizzare i costi** assicurando un governo dei processi di erogazione dei servizi orientato alla eliminazione degli sprechi ed alla riduzione dei tempi di attraversamento.

Gli obiettivi operativi che ne discendono riguardano:

1. Rispetto del budget assegnato;
2. Giorni di degenza media;
3. Tempi medi di attesa e percentuale di rispetto delle classi di priorità;
4. Tempo medio di assistenza infermieristica per degente;
5. Efficacia delle prestazioni diagnostico/terapeutiche e outcomes clinici;
6. Livello di soddisfazione degli utenti sulle prestazioni sanitarie;
7. Livello di soddisfazione degli utenti sui servizi di ospitalità;
8. Ore di formazione pro-capite per il personale sanitario e non;
9. Numero di non conformità rilevate;
10. Numero di accadimenti pericolosi (incidenti e mancati incidenti) e segnalazioni di condizioni e azioni non sicure;
11. Eventi avversi;
12. Frequenza e gravità degli infortuni;
13. Riduzione del consumo specifico di risorse ed efficientamento energetico;
14. Riduzione degli impatti ambientali.

Al fine di garantire la corretta attuazione degli indirizzi formulati e l'osservanza delle disposizioni contenute nella documentazione di sistema, l'Amministratore Delegato ha nominato quale proprio Rappresentate, responsabile del sistema di gestione per la Qualità, l'Ambiente e la Sicurezza, il Dott. Marcello Ferrara al quale sono attribuite le responsabilità e l'autorità previste dal Manuale per Qualità la Sicurezza e l'Ambiente unitamente al ruolo di risk manager.

Tutto il Personale, a qualunque livello di responsabilità, è chiamato a dare il proprio contributo alla costante crescita della struttura, partecipando in maniera attiva ai momenti di formazione ed attuando una efficace comunicazione circolare.

Misterbianco, 21/03/2022

L'Amministratore Delegato

