



Le Politiche Aziendali di IRCCS OSPEDALE GALEAZZI –SANT'AMBROGIO (OG PAZ-01/04)

18/02/2022

L'Amministratore Delegato
Dott. Roberto Crugnola



Sommario

1	PREMESSA	3
1.1	<i>Visione</i>	3
1.2	<i>Missione</i>	3
1.3	<i>Principi Ispiratori</i>	4
1.4	<i>Contesto regionale di riferimento</i>	5
1.5	<i>Accreditamento Istituzionale</i>	5
1.6	<i>Gruppo Ospedaliero San Donato</i>	6
1.7	<i>Punti di forza e opportunità</i>	6
1.8	<i>Gli stakeholder – parti interessate rilevanti</i>	7
1.9	<i>Perseguimento dell'eccellenza</i>	7
1.10	<i>Centralità dell'utente ed equità di accesso</i>	7
1.11	<i>Partecipazione dei cittadini</i>	8
1.12	<i>Informazione e comunicazione</i>	8
1.13	<i>Gestione della documentazione sanitaria e la cartella clinica</i>	9
1.14	<i>Ospitalità</i>	10
2	POLITICHE	11
2.1	<i>Politiche Sistemi Gestione Qualità-Ambiente-Sicurezza</i>	11
2.1.1	<i>Certificazioni ISO</i>	12
2.1.2	<i>Revisione sistematica della qualità dei servizi</i>	13
2.1.3	<i>Valutazione e monitoraggio</i>	14
2.1.4	<i>Sostenibilità ambientale e energetica - Certificazione LEED</i>	14
2.2	<i>Politiche di Sviluppo e Ricerca</i>	15
2.2.1	<i>Attività di Ricerca</i>	15
2.2.2	<i>Attività Formative</i>	16
2.3	<i>Politica della sicurezza dei dati</i>	17
2.3.1	<i>Tutela della riservatezza e protezione dei dati personali</i>	17
2.4	<i>Politica di gestione rischio clinico</i>	18
2.5	<i>Politica per la diffusione dei valori e principi etici di comportamento</i>	19
2.6	<i>Politica delle Risorse Umane</i>	20
2.6.1	<i>Partecipazione e sviluppo delle risorse umane</i>	20
2.6.2	<i>Informazione, Comunicazione e Partecipazione</i>	21
2.6.3	<i>Trasparenza e Collaborazione</i>	21
2.7	<i>Politica Economica</i>	21
2.7.1	<i>La Sostenibilità economica</i>	21
2.7.2	<i>La Rendicontazione Aziendale</i>	22
	TABELLA 1 PUNTI DI FORZA E OPPORTUNITA'	22
3	TABELLA 2 – STAKEHOLDER	23
3.1	<i>Stakeholder Interni</i>	23
3.2	<i>Stakeholder Esterni</i>	24
4.	DIFFUSIONE DELLE POLITICHE AZIENDALI	25



1 PREMESSA

La Politica Aziendale dell'IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio (di seguito denominato per brevità "Ospedale") è basata su fondamentali principi ispiratori, obiettivi e strategie da perseguire al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni sanitarie per gli utenti rispettando gli indici di sicurezza e di salute dei propri lavoratori compreso un equilibrio economico finanziario. Tale documento viene aggiornato **ogni tre anni** dopo una valutazione della Direzione Strategica.

La Politica di Qualità-Ambiente-Sicurezza viene discussa e valutata **ogni anno** in occasione del Riesame della Direzione.

Nella definizione delle politiche e delle strategie la Direzione dell'Ospedale è orientata da:

1.1 *Visione*

La Vision del Nuovo Ospedale si basa su l'istituzione di una Struttura con tutte le caratteristiche per la Sanità del futuro con maggior enfasi ai seguenti punti:

- Il perseguimento dell'eccellenza
- La centralità dell'utente ed equità di accesso
- La partecipazione dei cittadini
- L'informazione e la comunicazione
- L'ospitalità
- L'attenzione all'impatto ambientale, materiali ecocompatibili e uso di energie rinnovabili.

1.2 *Missione*

Dal 1 Marzo 2015 l'Istituto Ortopedico Galeazzi, a seguito della fusione per acquisizione degli Istituti Clinici Sant'Ambrogio e San Siro S.p.A., ha conseguito una nuova connotazione volta all'interdisciplinarietà clinica garantendo ai propri utenti una sempre maggiore qualità e tempestività di cura.

Con Decreto n° 3731 dell'11.05.2015 l'Istituto Ortopedico Galeazzi è stato riconosciuto quale unico soggetto gestore di una pluralità di strutture sanitarie direttamente gestite e di seguito elencate con conseguente nuova iscrizione al registro delle strutture accreditate al n°1288:



- Istituto Ortopedico Galeazzi Spa, Via R. Galeazzi n.4, Milano;
- Istituto Clinico Sant'Ambrogio, via Faravelli n.16, Milano;
- Istituto Clinico San Siro, Via Monreale n.18, Milano.

La costituzione dell'Ente Unico tra le tre strutture ha reso necessario un ripensamento organizzativo globale dell'attività delle strutture che facesse confluire in un unico edificio le attività che attualmente vengono svolte presso l'Istituto Ortopedico Galeazzi e l'Istituto Clinico Sant'Ambrogio, con conseguente riorganizzazione delle funzioni sanitarie per trasferimento di attività.

Il Nuovo Ospedale trova la sua essenza in questi obiettivi fondamentali che rappresentano i capisaldi su cui quest'ultimo fonda la sua attività, ossia:

- Personalizzare l'assistenza in funzione delle necessità del utente;
- Creare un sistema di efficienza e sicurezza delle cure;
- Fornire ai pazienti le cure in un clima di umanizzazione, assicurando come dovere deontologico di tutto il personale di assistenza, uno standard qualitativo di cure efficienti ed efficaci.
- Offrire un servizio di alta qualità accompagnato dalle tecnologie più all'avanguardia;

1.3 Principi Ispiratori

I principi fondamentali ai quali l'Ospedale si ispira sono quelli di:

Eguaglianza: Ogni persona ricoverata in ospedale ha il diritto di ricevere le cure mediche più appropriate senza alcuna discriminazione di età, sesso, razza, religione, nazionalità e di condizione sociale.

Imparzialità': Il personale dipendente dell'Istituto non favorisce nessun utente ricoverato in merito a interessi di qualsiasi natura.

Continuità: I medici operanti nell'ospedale assicurano al utente ricoverato la continuità delle cure, fino al recupero del normale stato di benessere fisico e psichico. Viene favorita e sollecitata la collaborazione con il medico di medicina generale per una logica continuità assistenziale.



Diritto di scelta: Il utente ha il diritto della decisione finale riguardo alle cure proposte dai sanitari. La persona ricoverata può richiedere, in qualsiasi momento della degenza, il parere di un altro medico di sua fiducia in merito al proprio stato di malattia e alle cure eventualmente proposte.

Partecipazione: I cittadini sono invitati a partecipare ai programmi intrapresi dalle Aziende Sanitarie e dagli organismi di volontariato per favorire l'adeguamento delle strutture ospedaliere e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini stessi.

Efficacia ed Efficienza: Il raggiungimento di sempre migliori condizioni di salute deve essere perseguito con un utilizzo ottimale delle risorse messe a disposizione per la cura dei pazienti.

Doveri dei cittadini: I doveri e le norme di civile convivenza sono fondamentali per assicurare una corretta collaborazione con il personale medico e infermieristico.

1.4 Contesto regionale di riferimento

L'Ospedale, struttura privata accreditata, opera all'interno del Servizio Sanitario Lombardo, caratterizzato dalla separazione tra l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), con funzioni di programmazione-acquisto e controllo, e le Aziende Ospedaliere, a cui è attribuita in via pressoché esclusiva la funzione erogativa.

Le strutture private accreditate, all'interno del Sistema, operano in condizioni di parità con le strutture pubbliche.

Il governo del Sistema afferisce direttamente alla Direzione Generale Sanità Regionale, in termini operativi ciò implica che le scelte fondamentali del sistema sono assunte direttamente dal livello centrale regionale, mentre sono affidati direttamente al livello territoriale i piani attuativi.

1.5 Accreditamento Istituzionale

La qualità dei servizi erogati dall'Ospedale è in procinto di accreditamento a livello istituzionale, con riferimento ai requisiti organizzativi e strutturali, approvati dalla Regione, al fine di poter svolgere le attività in regime di servizio sanitario nazionale. Lo Stato, con il D.P.R. n. 37 del 14/1/97 e successivamente la Regione con la D.G.R. n. 6/38133 del 6/8/1998, hanno approvato i requisiti strutturali, tecnologici,



organizzativi minimi e gli ulteriori requisiti regionali per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Ottenuto l'accreditamento sarà cura della Direzione Aziendale e le Unità Operative/Servizi coinvolte in un'attività sistematica di verifica e di progressivo adeguamento ai requisiti richiesti.

1.6 Gruppo Ospedaliero San Donato

Le politiche dell'Ospedale sono altresì orientate dall'appartenenza al Gruppo Ospedaliero San Donato. Il Gruppo è composto da 18 ospedali di cui 3 IRCCS (Policlinico San Donato, Ospedale San Raffaele e Istituto Ortopedico Galeazzi).

Il GSD rappresenta un marchio dell'eccellenza sanitaria italiana.

La metodologia e l'obiettivo sono i due aspetti centrali e fondamentali su cui si basa il modello al quale il Gruppo Ospedaliero San Donato è ancorato.

Con metodologia si intende l'interazione fra attività clinica, ricerca scientifica e didattica universitaria, mentre l'obiettivo principale del Gruppo è il benessere dell'utente.

Il Nuovo Ospedale darà la possibilità di riunire in un'unica struttura l'eccellenza in campo ortopedico dell'IRCCS Galeazzi e l'esperienza maturata in ambito cardio-toraco-vascolare e bariatrico dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio, per offrire agli utenti una grande Struttura polispecialistica.

1.7 Punti di forza e opportunità

L'organizzazione per l'avvio delle attività nel Nuovo Ospedale fa un'analisi dei punti di forza e delle opportunità, orientando così le proprie politiche e strategie a breve-medio e lungo termine. La Direzione Strategica, così come effettuato nell'esperienza precedente delle Due Strutture IRCCS Galeazzi e Istituto Clinico Sant'Ambrogio, effettua un'analisi periodica, durante i diversi incontri di Riesame della Direzione.

La tabella 1, parte integrante del presente documento, riassume l'analisi relativa ai punti di forza e le opportunità identificate per il Nuovo Ospedale, saranno poi successivamente oggetto di analisi quantitativa, con pianificazione di azioni e strategie organizzative.



1.8 *Gli stakeholder – parti interessate rilevanti*

Nella definizione delle politiche e delle strategie, l'identificazione delle parti interessate rilevanti risulta uno strumento imprescindibile che permette di raccogliere informazioni relative ai bisogni presenti e futuri dei portatori di interesse.

La Direzione Strategica ha elaborato la mappa degli *stakeholder* aziendali: da un'analisi con i principali interlocutori aziendali.

La mappa degli stakeholder identificati nella tabella 2 è parte integrante del presente documento

1.9 *Perseguimento dell'eccellenza*

Il Nuovo Ospedale, creando un apposito edificio con un moderno layout architettonico, ha un ambiente innovativo dal punto di vista Strutturale e favorevole per l'espressione dell'eccellenza clinica e assistenziale, delle attività di ricerca e valorizzazione le risorse professionali, anche attraverso il confronto con altre realtà (benkmarking).

L'introduzione di nuove tecnologie, spazi nuovi e lo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali innovativi rappresenta, inoltre, la condizione migliore per garantire l'eccellenza delle prestazioni strumentali a supporto delle decisioni cliniche.

L'esperienza pregressa afferma l'Ospedale tra i primi centri italiani per il trattamento delle patologie cardiovascolari, ortopediche ottenendo nel 2006 il prestigioso riconoscimento di IRCCS e nel 2010 sede dell'Istituto Nazionale per la Chirurgia dell'Obesità (INCO), centro di riferimento nazionale per la diagnosi e cura del trattamento multidisciplinare dell'obesità.

L'Ospedale si pone quindi come eccellenza nazionale in particolare in aree quali: **cardiovascolare, ortopedico e diagnosi e cura dell'obesità.**

1.10 *Centralità dell'utente ed equità di accesso*

Il principio di centralità dei bisogni dell'utente è garantito, oltre che dalla scelta di modelli che determinano la maggiore flessibilità e funzionalità organizzativa, anche dalla definizione ed attuazione di percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari. Il principio di equità di accesso è garantito dalla costante ricerca di una corretta allocazione delle risorse, atte a determinare una costante e continua rimodulazione dell'offerta di prestazioni in rapporto alla



qualità e quantità della domanda, con particolare riferimento a quelle ad alto contenuto professionale e tecnologico.

1.11 Partecipazione dei cittadini

L'Ospedale in attuazione del principio di centralità del cittadino utente, riconosce allo stesso il diritto di partecipazione, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti.

L'Ospedale si impegna a far partecipare i cittadini - utenti all'attività aziendale e al proprio percorso di diagnosi e cura attraverso un sistema di ascolto della qualità percepita e, attraverso l'acquisizione consapevole e informata dei consensi alle diverse procedure.

Nello specifico, realizza:

- L'indagine periodica per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente attraverso questionari somministrati durante il ricovero e in occasione di visite ed esami ambulatoriali, cui seguono report con elaborazione dei dati e la conseguente pubblicazione dei più significativi su *Qualibus*, con frequenza annuale.
- L'attività di ascolto dei cittadini-utenti che presentano reclami all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la quale è gestita in collaborazione con i Responsabili e gli Operatori interessati.
- Informative realizzate e aggiornate, per l'acquisizione del consenso alle procedure sanitarie e i relativi rischi connessi, come previsto dalla Procedura aziendale di riferimento. Il consenso informato riveste infatti un'importanza fondamentale nel percorso di diagnosi e cura, costituendo l'espressione della volontà dell'utente che autorizza gli operatori sanitari a effettuare specifici trattamenti diagnostici, medico-chirurgici, terapeutici, dopo aver ricevuto un'informazione adeguata ed esaustiva in merito.

1.12 Informazione e comunicazione

L'Ospedale, consapevole che il bisogno di informazione è un'esigenza delle persone che utilizzano i servizi offerti e, data la complessità organizzativa e l'alta specializzazione delle



prestazioni, s'impegna a rendere accessibile l'informazione e a fare conoscere l'organizzazione e i servizi offerti in modo capillare.

Ciò avviene tramite l'accesso al sito internet dell'Ospedale dove sono presenti la Carta dei Servizi (**aggiornata annualmente**) e gli opuscoli informativi.

La pubblicazione su internet permette che tutti gli utenti interessati possano accedervi, consultare e scaricare le informazioni utili. Le informazioni riportate sul sito vengono aggiornate puntualmente.

Altri strumenti di informazione sono rappresentati: dalla Carta dell'Accoglienza, dai diversi monitor distribuiti all'interno dell'Ospedale e dalla cartellonistica.

E' possibile rivolgersi all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico tramite e-mail, telefono o presentandosi di persona per richiedere maggiori informazioni.

1.13 Gestione della documentazione sanitaria e la cartella clinica

L'Ospedale si impegna a fornire una documentazione sanitaria chiara, completa e accessibile all'utente, sia in occasione di un ricovero che di un accesso ambulatoriale. Nello specifico, si impegna nel predisporre cartelle cliniche integrate tra i diversi professionisti coinvolti nei percorsi di diagnosi e cura e che rispondano ai requisiti di qualità previsti dalle Linee Guida Regionali (Manuale del Fascicolo di Ricovero 3° edizione rev.2021; Manuale della Documentazione Sanitaria 2013) nonché ai programmi regionali (Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione).

L'obiettivo futuro nel Nuovo Ospedale sarà quello di informatizzare le cartelle cliniche.

Nell'ambito del sistema CRS (Carta Regionale dei Servizi), il cittadino potrà accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e visualizzare informazioni sanitarie e referti medici on line.

L'Ospedale, in un ambito di continua evoluzione, pubblicherà on line la quasi totalità della seguente documentazione sanitaria: referti di esami di laboratorio, referti di radiodiagnostica (escluse le immagini), verbali di pronto soccorso e referti ambulatoriali.



1.14 Ospitalità

L'Ospedale nell'ambito dell'attuazione del processo di "umanizzazione" delle cure, adotta un approccio organizzativo ed operativo che esalta il ruolo ed il valore della relazionalità del sistema nel suo complesso.

In tale contesto assume un ruolo fondamentale l'ospitalità, intesa come nuovo contratto sociale tra gli operatori aziendali e i cittadini, in virtù del quale si definiscono i diritti e i doveri degli uni nei confronti degli altri, le reciproche aspettative e le conseguenti responsabilità.

A tale scopo l'Ospedale si propone di attivare sviluppare e definire una rete di relazioni tra i servizi offerti ed il cittadino che ne usufruisce, dall'accoglienza fino alla dimissione, ivi compresa la gestione dei rapporti con i familiari del utente.



2 POLITICHE

2.1 Politiche Sistemi Gestione Qualità-Ambiente-Sicurezza

Il Sistema di Gestione della Qualità permette:

- di identificare i punti di forza e le criticità, creando una cultura tesa a prevenire gli errori e a migliorare continuamente il servizio offerto;
- di sviluppare procedure atte garantire una formazione tecnico-professionale continua degli operatori ed erogazione di cure sicure;
- di valutare in modo periodico il raggiungimento degli obiettivi con la costruzione di indicatori di processo e di attività che permettono il controllo e la valutazione sistematica dei livelli di efficienza e efficacia dei processi di diagnosi e cura.

Il Sistema di Gestione dell'Ambiente permette:

- di verificare e di migliorare costantemente gli aspetti ambientali e della prevenzione dell'inquinamento;
- di porre elevata enfasi sui risparmi energetici come misura di riduzione diretta e indiretta dell'impatto ambientale che deriva dalle attività svolte dalla struttura;
- di rendere consapevolmente informati e preparati per partecipare al raggiungimento degli obiettivi del sistema di gestione ambientale tutti coloro che prestano la propria opera presso l'Istituto Clinico Sant'Ambrogio a qualsiasi titolo (dipendenti, consulenti, fornitori, frequentatori) e gli appaltatori, che lavorano presso la sede.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza garantisce:

- ai lavoratori, agli appaltatori e in generale a chiunque acceda all'Istituto ambienti di lavoro sicuri,
- la riduzione degli incidenti sul lavoro,
- la creazione di una cultura della prevenzione, della salute e della sicurezza che incoraggi i lavoratori a svolgere un ruolo attivo,
- la capacità di soddisfare gli obblighi legali e normativi dell'organizzazione.



2.1.1 *Certificazioni ISO*

La forte spinta al perseguimento del successo negli ambiti di prestazioni sanitarie in sintonia con l'evoluzione sociale e culturale della società, spingono le aziende sanitarie a certificare i propri sistemi di gestione.

Dalla Qualità, all'Ambiente, alla Sicurezza, alla certificazione di processi erogati, i sistemi di gestione sono diventati uno strumento indispensabile, una occasione affinché le Strutture migliorino le proprie prestazioni sanitarie complessive e la propria competitività. Il punto di forza dei Sistemi di Gestione risiede nel loro carattere volontario, è quello il salto in più che una Struttura sanitaria, consapevole di essere già conforme ai requisiti cogenti e di accreditamento, vuole fare per garantirsi numerosi vantaggi economici derivanti dalla ottimizzazione dei processi gestionali e non solo.

A distanza di oltre 10 anni dalla pubblicazione della prima norma della famiglia UNI EN ISO 9000, la sfida che si impone ad una Struttura sanitaria è l'approccio integrato. Il percorso innovativo nell'area Qualità, Sicurezza, Ambiente, prevede un'integrazione dei tre Sistemi di gestione, in virtù della loro complementarità e radice comune nelle norme UNI EN ISO 9000, principale riferimento delle applicazioni in materia ambientale e di sicurezza.

Il concetto di Qualità ha ormai superato quello di "prodotto conforme alle specifiche" per estendersi a "servizio globale al Cliente".

Allo stesso modo la Sicurezza e la Compatibilità ambientale sono problemi che coinvolgono la Struttura sanitaria nella sua interezza.

La visione sistemica diventa la chiave metodologica da adottare perché fornisce alla Leadership uno strumento con cui dare corpo in modo integrato alle strategie di competitività sul mercato, di prevenzione degli incidenti sul lavoro, di rispetto dell'ambiente e di erogazione di cure sicure e di alta qualità. Non solo, oltre alla prevenzione, la spinta al miglioramento continuo porta l'azienda ad andare oltre alle prescrizioni di legge cogenti, e a perfezionare, affinare, ottimizzare i processi e gestione. I sistemi di gestione rappresentano "cultura aziendale"; essi sono inoltre basati sulla volontarietà.

I sistemi di gestione ambientale sono finalizzati a migliorare in modo continuo gli effetti ambientali conseguenti all'attività aziendale; i sistemi di gestione qualità i processi



aziendali; quelli di gestione della sicurezza a ridurre i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori. In base a questo presupposto, un concetto di sistema integrato, che definisca la qualità dei processi erogati, la tutela dell'ambiente e la sicurezza/igiene del lavoro come punti focali del miglioramento continuo delle attività aziendali, rappresenta lo sviluppo naturale di un sistema di gestione esistente.

In previsione delle attività nel Nuovo Ospedale, è stato elaborato un progetto di un Sistema Integrato che risponda alle Certificazioni ISO Qualità-Ambiente-Sicurezza, che intende rispondere all'esigenza, più che mai attuale, di adottare uno strumento di management efficace per cogliere e gestire i cambiamenti nei processi, in previsione di messa in opera del Nuovo Ospedale Galeazzi.

Il progetto nasce quindi per costituire un riferimento in merito ai vantaggi, strategici oltre che economici, che l'adozione di un Sistema di Gestione Integrato può rappresentare per il Nuovo Ospedale, oltre che fornire spunti operativi utili ad affrontare anche le difficoltà che l'integrazione può comportare.

2.1.2 Revisione sistematica della qualità dei servizi

La Direzione implementa programmi di verifica sistematica dell'attività e dei risultati raggiunti con la partecipazione attiva dei professionisti attraverso strumenti di audit, riunioni di equipe e interdisciplinare.

Allo scopo di sviluppare la capacità di soddisfare obiettivi di miglioramento continuo conformi alle esigenze dell'utente, del professionista e dell'organizzazione, coniugando qualità clinica, relazionale e organizzativa.

In ambito di qualità dei servizi rientra anche il "*comfort in ospedale*":

l'Ospedale si impegna a offrire al cittadino-utente un'accogliente permanenza all'interno della Struttura ponendo attenzione alle sue diverse esigenze alimentari, al comfort degli ambienti e alle necessità quotidiane.

Nello specifico, soddisfa tali bisogni attraverso le seguenti attività:

- Somministrazione ai pazienti di un'alimentazione appropriata alle diverse esigenze con la realizzazione di menù secondo linee nutrizionali specifiche e pasti personalizzati adeguati allo stato di salute;
- Monitoraggio del grado di soddisfazione dei degenti ospiti relativo al comfort ospedaliero con specifico riferimento al gradimento dei pasti;
- Monitoraggio e vigilanza dei processi in outsourcing: lavanolo, ristorazione, pulizie.



2.1.3 Valutazione e monitoraggio

La valutazione rappresenta una fase essenziale ed ineludibile della gestione delle prestazioni assistenziali e dei servizi resi.

La Direzione implementa e favorisce l'utilizzo di sistemi di valutazione e miglioramento della performance organizzativa e della verifica dei risultati e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Lo sviluppo e l'implementazione di tali sistemi di verifica consentiranno una crescita graduale dell'organizzazione sia in termini di efficienza e di efficacia, sia per il miglioramento del servizio reso all'utente.

Principi e strumenti attraverso i quali si esplicita l'attività di verifica e valutazione sono:

- L'orientamento ai risultati e all'appropriatezza: in tale ambito si collocano gli indicatori regionali di performance, di outcome e di risk adjustment e l'attività di audit clinico;
- La gestione per processi e l'analisi dei rischi: permette di definire i fattori che possono influenzare la capacità dell'organizzazione di raggiungere i risultati;
- Il confronto con requisiti definiti a livello regionale (requisiti qualitativi e PIMO), nazionale (PNE).

L'utilizzo di strumenti così diversificati impone lo sviluppo di un sistema integrato e trasversale a tutta l'Organizzazione, che coniughi le istanze espresse ai vari livelli istituzionali.

2.1.4 Sostenibilità ambientale e energetica - Certificazione LEED

Il nuovo ospedale è realizzato impiegando le soluzioni più moderne ed efficienti in termini di risparmio energetico e di sostenibilità ambientale, riducendo al massimo non solo sprechi e consumi, ma anche le emissioni acustiche e inquinanti.

I materiali scelti sono eco-compatibili e salubri, con capacità di assorbimento dello smog attraverso tecniche di purificazione dell'atmosfera e autopulenti. Inoltre, relativamente alla qualità dei rivestimenti, vengono garantite soluzioni appositamente studiate per gestire la termoregolazione. Allo scopo di minimizzare l'impatto sulla rete elettrica cittadina, è previsto l'uso del fotovoltaico e/o del solare termico sull'intera superficie della copertura del nuovo Ospedale, mentre gli impianti (idrico, elettrico, di trattamento dell'aria, ecc.)



verranno adottati in modo da minimizzare i consumi, evitare sprechi e dispersioni, impiegare recuperatori di risorse o di energia laddove possibile e ridurre tutti i tipi di emissioni.

Grande attenzione è stata posta anche al comfort, all'umanizzazione degli spazi interni e all'illuminazione naturale: la maggior parte dei locali saranno aperti, permeabili alla luce, dotati di grandi vetrate e di vedute sull'esterno.

L'Ospedale è stato registrato per la procedura di valutazione e si candida alla Certificazione LEED GOLD V4, uno dei più importanti protocolli di certificazione di sostenibilità che si basa sulla valutazione di diverse sezioni di analisi: Sostenibilità del sito, Gestione delle Acque, Energia e Atmosfera, Materiali e Risorse, Qualità Ambientale Interna, Innovazione nella Progettazione e Priorità Regionale.

2.2 Politiche di Sviluppo e Ricerca

2.2.1 Attività di Ricerca

L'Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio è stato riconosciuto dal Ministero della Salute come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.), nella disciplina delle Malattie dell'apparato locomotore.

L'obiettivo dell'IRCCS Galeazzi - Sant'Ambrogio è definire, programmare e fornire cure di alto livello associate a una ricerca di alta qualità sulle patologie muscolo-scheletriche, attraverso una lunga tradizione di terapie mediche innovative, nuove procedure chirurgiche, tecniche di bioingegneria, medicina traslazionale ed evidence-based.

Il forte legame tra cure di alta qualità e ricerca innovativa su base clinica consente alla struttura di progettare, sviluppare e lanciare nuovi modelli organizzativi per l'assistenza sanitaria; accrescere le competenze del personale sanitario; migliorare l'esperienza di apprendimento degli studenti laureati e post-laurea; e massimizzare la corretta informazione di servizi, trattamenti e risultati per gli utenti.



L'Ospedale ha ottenuto, inoltre, la prestigiosa certificazione di Eccellenza come Centro di Chirurgia Vertebrale a livello europeo da Eurospine, la società di Chirurgia Vertebrale di riferimento per le linee guida dei migliori centri europei del settore.

2.2.2 Attività Formative

Lo sviluppo dell'attività formativa costituisce un intenso impegno dell'Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio, che pianifica ed eroga eventi formativi di interesse per tutti i profili professionali, in base alla normativa vigente e alla mission aziendale.

L'Ufficio Formazione ha il compito di curare la formazione e l'aggiornamento di tutti i dipendenti della Struttura e dei partecipanti esterni, in modo da responsabilizzare il professionista al miglioramento continuo del proprio comportamento nella pratica clinico assistenziale e riabilitativa, e raggiungere gli obiettivi di cambiamento e di miglioramento dell'organizzazione.

I suoi compiti principali sono:

- gestire il sistema della formazione in funzione degli obiettivi aziendali, regionali e nazionali e di curarne il mantenimento, l'adeguamento e il miglioramento continuo;
- individuare le esigenze di addestramento e formazione del personale, progettando e realizzando iniziative volte a promuovere il costante miglioramento professionale e assicurandone l'adeguatezza in relazione all'evoluzione delle conoscenze;
- progettare, attuare e verificare l'attività di formazione dell'azienda al fine di permettere alle persone un adeguamento formativo in linea con i continui cambiamenti e le strategie aziendali.

Ogni anno viene definito un Piano di Formazione sulla base delle esigenze formative rilevate attraverso i Responsabili e Coordinatori, con il coinvolgimento di tutte le figure professionali dei diversi settori. L'offerta formativa è articolata in tre ambiti formativi, nello specifico:

- Sanitario - riabilitativo: proposte che sviluppano contenuti di tipo tecnico specialistico per professionisti dell'area sanitaria e sanitaria - riabilitativa nei settori specifici di intervento dell'Ospedale;



- Competenze gestionali e metodologiche: proposte volte a perseguire obiettivi di sviluppo delle persone e dell'organizzazione di carattere gestionale, con particolare riferimento al concetto di efficienza organizzativa, alla diffusione di comportamenti responsabili e di relazioni efficaci, all'acquisizione di competenze metodologiche.
- Formazione sulla sicurezza e alla normativa: proposte volte a perseguire finalità di copertura dei bisogni formativi definiti dalle normative relative alla sicurezza negli ambienti di lavoro, alla tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti, allo sviluppo di comportamenti consoni alla salvaguardia dei diritti dei malati.

2.3 Politica della sicurezza dei dati

2.3.1 Tutela della riservatezza e protezione dei dati personali

L'Ospedale garantisce ai suoi assistiti che il trattamento dei dati personali sia effettuato nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali della Persona, assicurando la riservatezza e la sicurezza delle informazioni nel presupposto che identità fisica e identità digitale godano degli stessi diritti e debbano essere protette da adeguate ed idonee misure di rispetto e di protezione. Tali principi trovano particolare fondamento negli articoli 2 e 3 della Costituzione italiana.

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ospedale si svolge nel rispetto dei principi fissati dall'articolo 5 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), in particolare: liceità, correttezza e trasparenza del trattamento, nei confronti dell'interessato; limitazione della finalità del trattamento, compreso l'obbligo di assicurare che eventuali trattamenti successivi non siano incompatibili con le finalità della raccolta dei dati; minimizzazione dei dati secondo cui gli stessi devono essere adeguati pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento; esattezza e aggiornamento dei dati, compresa la tempestiva cancellazione dei dati che risultino inesatti rispetto alle finalità del trattamento; limitazione della conservazione, provvedendone la conservazione per un tempo non superiore a quello necessario rispetto agli scopi per i quali è stato effettuato il trattamento; integrità e riservatezza, garantendone adeguata sicurezza.

Per consentire un'adeguata responsabilizzazione ed una maggiore attenzione ai processi operativi riguardanti i dati degli assistiti, l'Ospedale ha nominato la nuova figura prevista dal GDPR, il "Data Protection Officer" (DPO), ed ha adottato un Modello di Governace Privacy che



prevede oltre al Titolare del Trattamento dei dati, al DPO e alle persone autorizzate al trattamento anche le figure di un local executive privacy e di vari local privacy contact. Il local executive privacy è il referente privacy interno della struttura: svolge un ruolo chiave nell'implementazione e nella sorveglianza diretta del rispetto della legislazione privacy e delle politiche di protezione dati. I local privacy contact sono, invece, i referenti principali del local executive privacy e di tutte le persone autorizzate al trattamento: fungono da collettore delle esigenze in materia di data protection all'interno delle rispettive aree di competenza.

L'Ospedale nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, al fine di ottemperare agli obblighi di legge, nonché agli ulteriori adempimenti in materia di protezione dei dati personali come previsti dal Regolamento EU 2016/679 ("GDPR") e dalla normativa nazionale che lo integra e/o modifica compreso il Decreto Legislativo n. 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018, ha formalizzato e reso disponibili al proprio personale una serie di policy, procedure ed istruzioni operative con riferimento alle modalità e finalità del trattamento dei dati personali dei propri pazienti ed ha, inoltre, implementato i principali adempimenti richiesti dalla citata normativa.

In particolare, l'Ospedale rende disponibile ai propri pazienti l'informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR pubblicando tale documento sul proprio sito istituzionale ed affiggendolo nei punti di primo contatto all'interno della struttura ospedaliera.

Vengono, altresì, effettuati incontri di formazione e di sensibilizzazione per il personale in materia di protezione dei dati.

2.4 Politica di gestione rischio clinico

L'Ospedale ha assunto come impegno prioritario, di valenza strategica, lo sviluppo di un sistema integrato destinato a rendere sempre più sicura la permanenza in ospedale degli utenti e dei professionisti che vi operano.

Nell'ambito delle attività di risk management – gestione del rischio – saranno monitorati, identificati, valutati i rischi associati all'attività sanitaria, l'Ospedale si impegna a promuovere una "cultura del rischio" per affrontare e gestire gli errori come opportunità di apprendimento e di miglioramento, perseguendo l'intento di limitare e ridurre gli eventi indesiderati. L'Ospedale porrà al centro del suo piano formativo, eventi che riguardano la sicurezza del utente e degli operatori, forte di una cultura del rischio pregressa, sviluppata negli ambiti organizzativi degli istituti Galeazzi e Sant'Ambrogio.



La formazione legata alla sicurezza e alla riduzione dei rischi accompagnerà l'operatore per tutto il suo percorso lavorativo coinvolgendolo in numerose iniziative che hanno l'obiettivo di migliorare competenze, abilità e comportamenti al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'assistenza prestata alla persona. Particolare attenzione sarà data ai corsi a rilevanza strategica e obbligatoria quali quelli relativi all'emergenza-urgenza BLSD e BLSD-P e ai corsi relativi alla sicurezza sul lavoro e al piano di emergenza ed evacuazione promossi dal Servizio di Prevenzione e Protezione.

2.5 Politica per la diffusione dei valori e principi etici di comportamento

Il Codice Etico, rappresenta un fondamentale strumento per l'esternalizzazione dei principi che ispirano l'attività d'impresa, costituendo un documento nel quale vengono ufficialmente definiti i valori che caratterizzeranno l'Ospedale, al rispetto dei quali deve uniformarsi il comportamento dei soggetti che in essi interagiscono.

Il Codice Etico è uno strumento indispensabile al fine di:

- Garantire un'equa ed efficace gestione delle transazioni e delle relazioni umane
- Sostenere la reputazione degli Istituti
- Creare fiducia verso l'esterno

La predisposizione del Codice Etico ha, come presupposto, l'introduzione di un Modello Organizzativo, atto a perseguire fundamentalmente due finalità:

- Impedire o ostacolare condotte contrarie alle prescrizioni di legge;
- Incentivare la migliore qualità delle attività svolte dall'Istituto tramite i propri collaboratori.

Il Codice Etico si pone anzitutto l'obiettivo di indicare i principi etici generali a cui l'Ospedale si attiene, ossia i criteri generali di comportamento ai quali tutti coloro che instaurano relazioni con l'Ospedale, sia di tipo diretto che indiretto, devono di attenersi.

Anche per quanto riguarda i rapporti esterni (ossia con la Pubblica Amministrazione, con i fornitori e con qualsiasi altro attore esterno all'azienda con la quale l'azienda collabora) il Codice pone come modalità imprescindibili la trasparenza e correttezza, nella totale assenza di conflitti di interessi.



Per quanto riguarda la gestione delle risorse finanziarie e la trasparenza contabile, queste devono avvenire nel rispetto delle deleghe conferite e delle autorizzazioni rilasciate. Eventuali irregolarità vanno prontamente comunicate ai soggetti apicali e agli Organi di Vigilanza deputati come previsto.

L'attuazione del Codice Etico è garantita dall'obbligo di presa visione ed accettazione dello stesso da parte dei suoi destinatari, i quali sono tenuti alla sua lettura e sottoscrizione.

Il Sistema Etico Aziendale, in conformità al modello proposto dalle linee regionali, si compone di:

- Il Codice Etico
- Modello Organizzativo
- Organismo di Vigilanza (OdV)
- Comunicazione

In linea con quella che si reputa la corretta strategia di utilizzo:

- E' stato elaborato un modello organizzativo pertinente per il Nuovo ospedale
- Al fine di assicurare conoscenza del modello, l'Ospedale:
 - o Pubblicherà il modello sui sito internet della struttura;
 - o Lo porterà a conoscenza di tutti gli attori coinvolti nell'attività di erogazione dei Servizi;
 - o Organizzerà incontri formativi per il personale.

2.6 *Politica delle Risorse Umane*

2.6.1 *Partecipazione e sviluppo delle risorse umane*

L'investimento sui professionisti e sulla formazione continua degli stessi è presupposto imprescindibile per "praticare" il cambiamento. Le nuove conoscenze, il confronto con altre realtà, le sfide derivanti da nuovi approcci clinici, tecnologici ed organizzativi, sono strumento e motore per l'introduzione e lo sviluppo del governo clinico che diviene non più solo obiettivo ma metodo. A tale scopo, la direzione aziendale, nell'elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione dei percorsi assistenziali, opera promuovendo il pieno ed attivo coinvolgimento dei professionisti.



Il confronto interdisciplinare e interprofessionale sarà incentivato quale modalità per garantire la trasversalità e per operare in funzione dei risultati finali sull'utente.

Le opportunità formative saranno orientate a sviluppare competenze professionali in coerenza con gli obiettivi aziendali.

2.6.2 Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Un sistema informativo è essenziale nella gestione di una organizzazione complessa come quella sanitaria, e deve garantire lo scambio di informazioni e la comunicazione fra i professionisti che operano all'interno della struttura. La competenza comunicativa è fondamentale nell'espletamento dell'attività di cura ed è una componente essenziale della professione sanitaria. L'Ospedale utilizza diversi strumenti di comunicazione informatica, tra i quali i più importanti sono Qualibus e INAZ.

2.6.3 Trasparenza e Collaborazione

Il contesto organizzativo è improntato alla ricerca del confronto e allo scambio di informazioni ed esperienze, in un clima di collaborazione e di supporto reciproco, allo scopo di motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

2.7 Politica Economica

2.7.1 La Sostenibilità economica

L'Ospedale intende perseguire la ricerca della sostenibilità economica secondo forme e modalità compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico ed equo.

In tal senso l'Ospedale pone come criterio cardine del proprio *modus operandi* la lotta ad ogni forma di antieconomicità nell'ambito della propria gestione, ossia ogni spesa, investimento, prestazione, servizio, e operato al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, dei metodi di intervento rispetto alle comunità di riferimento.

L'appartenenza al Gruppo Ospedaliero San Donato permette sinergie economiche.



2.7.2 La Rendicontazione Aziendale

L' Ospedale a cadenza annuale, predisporrà un Bilancio Aziendale, vale a dire una relazione sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati sia sotto il profilo assistenziale che sotto quello economico –finanziario.

Il Bilancio Aziendale si configura a tutti gli effetti quale documento strategico di fondamentale importanza in quanto, nel “rendere conto” ai vari portatori di interessi dei risultati della gestione aziendale, esaminata sotto ogni singolo profilo, diviene uno strumento effettivo di confronto utile sia nella rilevazione delle criticità che nella individuazione delle proposte di miglioramento.

TABELLA 1 PUNTI DI FORZA E OPPORTUNITA'

PUNTI DI FORZA	PERCHE'?
APPARTENENZA AL GRUPPO OSPEDALIERO SAN DONATO	SINERGIE ECONOMICHE /ORGANIZZATIVE BENCHMARKING DI CONFRONTO
STRUTTURA MULTISPECIALISTICA	GARANZIA E TUTELA DEL UTENTE – APPROCCIO GLOBALE IN CASO DI CAMBIAMENTI NORMATIVI POSSIBILITA' DI SHIFT/SWITH DEL MIX DI ATTIVITA'
BACINO DI UTENZA NAZIONALE	POSSIBILITA' DI ATTRARRE PAZIENTI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI PER PARTICOLARI TIPOLOGIE DI RICOVERI
ECCellenza IN DIVERSE AREE: CENTRI DI ALTA SPECIALITÀ – ORTOPEDIA-CARDIOCHIRURGIA, CHIRURGIA BARIATRICA, CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA (Emodinamica- Elettrofisiologia)	ELEVATE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI AUMENTO DEL BACINO DI UTENZA ATTRATTIVITA' NAZIONALE IMMAGINE: <i>Riconoscimento dell'Ospedale a livello nazionale/internazionale</i>
PRESENZA DI PRONTO SOCCORSO	CAPACITA' DI GESTIRE LE URGENZE AUMENTO DEL BACINO DI UTENZA
RAPPORTI CON UNIVERSITÀ	PRESTIGIO, INNOVAZIONE TEORICA E PRATICA, RICERCA APPLICATA COLLABORAZIONI PROFESSIONALI E FORMATIVE AGGIORNAMENTO CONTINUO (cure all'avanguardia) CONTESTO DI TIROCINIO E SPECIALIZZAZIONE
POSIZIONE STRATEGICA (<i>inserimento nel grande ecosistema MIND Milano Innovation District, distretto dell'innovazione e nuovo quartiere della città: un progetto con forti ambizioni internazionali, strategico per l'intero Paese</i>).	MAGGIORE ATTRATTIVITA' DELL'UTENZA
OPPORTUNITA'	
SVILUPPO DI COLLABORAZIONI CON ALTRE ORGANIZZAZIONI OSPEDALIERE E NUOVI MEDICI	CREAZIONE CONVENZIONI CON STRUTTURE SANITARIE COMPLEMENTARI ESPANSIONE INTERNAZIONALE
REALIZZAZIONE NUOVA STRUTTURA	STRUTTURA CHE ACCORPA LE SPECIALITÀ DELLE STRUTTURE IRCCS GALEAZZI E ISTITUTO CLINICO SANT'AMBROGIO
REALIZZAZIONE DI NUOVE ORGANIZZAZIONI AMBULATORIALI	EROGAZIONE DI ATTIVITÀ OSPEDALIERE IN CONTESTO ACCESSIBILE E COMODE METTENDO KNOW-HOW OSPEDALIERO ALLA PORTATA DI TUTTI.
POSIZIONE STRATEGICA (<i>inserimento nel grande ecosistema MIND Milano Innovation District, distretto dell'innovazione e nuovo quartiere della città: un progetto con forti ambizioni internazionali, strategico per l'intero Paese</i>).	MAGGIORE ATTRATTIVITA' DELL'UTENZA



3 TABELLA 2 – STAKEHOLDER

3.1 Stakeholder Interni

Stakeholders	Requisiti/Esigenze/Necessità/Aspettative	Output alla parte interessata
	(obiettivi imposti da OGSA)	
PERSONALE Tutte le figure professionali	<ul style="list-style-type: none"> ricevere le informazioni necessarie sulle attività e obiettivi della Nuova Struttura tutela dei diritti salute e sicurezza sul lavoro crescita professionale valorizzazione delle conoscenze individuali adozione di sistemi di valutazione e verifica condivise e oggettivate feedback sul proprio operato e obiettivi comunicazione e ascolto Etica e trasparenza nelle decisioni prese dal management 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Piano formativo ✓ Schede di valutazione ✓ Schede di affiancamento e tutoring ✓ Documento di valutazione dei rischi ✓ Accesso Sistema intranet Qualibus ✓ Modello Organizzativo ✓ Codice Etico
PROPRIETA', azionisti e finanziatori	<ul style="list-style-type: none"> raggiungimento degli obiettivi dell'Organizzazione miglioramento efficienza nella gestione mantenimento o crescita del valore aziendale integrazione e standardizzazione dei processi tra aziende del gruppo applicazione legge 231 mantenimento dei Certificati di Qualità-Ambiente-Sicurezza ISO acquisizione della certificazione energetica ed ambientale LEED applicazione delle normative in essere 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ flusso dati di attività (fatturato e costi) ✓ bilancio di esercizio ✓ esiti audit enti esterni e interni di controllo verbali OdV ✓ relazioni periodiche ai sindaci ✓ ottenimento dei Certificati
Frequentatori (Stagisti/tirocinanti Studenti/specializzandi)	<ul style="list-style-type: none"> formazione e crescita professionale valorizzazione delle conoscenze individuali collaborazione efficace con le università salute e sicurezza sul lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Report di attività singoli specializzandi

3.2 Stakeholder Esterni

Stakeholders	Requisiti/Esigenze/Necessità/Aspettative (obiettivi imposti da OGSA)	Output alla parte interessata
CLIENTE finale/UTENTE	<ul style="list-style-type: none"> eccellenza del prodotto, servizio accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede tempi di attesa adeguati ai bisogni tutela dei diritti continuità e puntualità nell'erogazione dei servizi accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano lo stato di salute e i servizi sanitari e sulle modalità di accesso avere tutelata la confidenzialità delle informazioni riguardanti il utente, protezione della privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici innovazione del prodotto e delle tecniche igiene ambienti, attrezzature, personale sicurezza affidabilità etica di business facile accessibilità (logistica, CUP) cortesia e professionalità degli operatori Struttura ad efficiente impatto ambientale , impiego di materiali ecocompatibili e uso di energie rinnovabili 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ carta dei servizi ✓ carta dell'accoglienza ✓ sito web ✓ URP (Ufficio Relazioni con il pubblico) ✓ Cartellonistica/schermi TV ✓ materiale informativo , brochure ✓ Iniziative di prevenzione (giornate della salute) ✓ Pubblicazione tempi di attesa ✓ Certificazioni
REQUISITI DI LEGGE: Autorità di regolamentazione in generale ATS Città di Milano Regione Lombardia Ministero della Salute Garante protezione dei dati sensibili area ambiente e sicurezza, Norme tecniche di settore, ecc)	<ul style="list-style-type: none"> Requisiti di accreditamento e di legge Rispetto dei contratti sottoscritti con gli erogatori. Licenze, permessi, altre forme di autorizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flussi informativi previsti ✓ Rispetto dei requisiti documentati richiesti (relocal ...)
Organismo di Vigilanza 231	<ul style="list-style-type: none"> rispetto della legge 231 applicazione del Modello Organizzativo applicazione del Codice Etico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ segnalazioni all'ODV
FORNITORI (Aziende appaltatrici, Fornitori di prodotti, fornitori di servizi)	<ul style="list-style-type: none"> trasparenza sistema di qualifica e valutazione pagamenti puntualità continuità alle commesse trasparenza nelle gare di appalto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ rispetto degli accordi pattuiti ✓ Pagamento forniture ✓ Rinnovo contratti
STRUTTURE SANITARIE (Convenzioni)	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto accordi di convenzione Pagamenti puntuali 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenimento e rinnovo della convenzione
UNIVERSITA' Istituzioni formative	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di progetti di ricerca Formazione di studenti/specializzandi/tirocinanti Mantenimento del prestigio Universitario 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Report annuale di attività da parte dei Responsabili Medici Universitari ✓ Report di attività singoli specializzandi ✓ Libretto formativo
COMPETITOR	<ul style="list-style-type: none"> rispetto delle Normative del Settore rispetto delle regole della concorrenza e del mercato 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trasparenza delle informazioni ✓ Pubblicazione tempi di attesa ✓ Sito web (servizi, Modello Organizzativo, codice etico)



4. DIFFUSIONE DELLE POLITICHE AZIENDALI

La diffusione del presente documento avviene mediante i seguenti canali:

- Sito internet aziendale (a disposizione degli stakeholders interni ed esterni)
- Pubblicazione in Intranet aziendale secondo la procedura PRS-02 *“Gestione delle informazioni documentate”* con tempistica contestuale all'adozione
- Diffusione su Intranet aziendale – Qualibus (il sistema permette la diffusione al 100% del personale dipendente che possiede un codice personale di accesso, mantenendo traccia della consultazione del documento)
- Raccolta e analisi del dato di indicatore: *“numero dei dipendenti che hanno consultato il documento entro i due mesi dalla pubblicazione/numero totale dei dipendenti a cui è stato diffuso (dato estratto da Qualibus)”*
- Pubblicazione nel sistema di gestione risorse
- Brochure cartacea *“Sistemi di gestione ISO 9001 – 14001 – 45001”*
- Il documento *“Sintesi della Politica Qualità-Ambiente-Sicurezza”* viene pubblicato in Qualibus pubblicato sul sito, affisso nelle bacheche
- Momenti formativi specifici in aula.