



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2017/00522

DEL 04/08/2017

Collegio Sindacale il 04/08/2017

OGGETTO

Piano della Qualità Anno 2017

Struttura Proponente

Area per la Qualità

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Qualità anno 2017	17		

Uffici a cui notificare

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data

04/08/2017

La presente diviene
eseguibile ai sensi
dell'art.44 della L.R.
n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta
approvazione
regionale

Viste le Deliberazione di Giunta Regionale, di seguito elencate, con le quali sono stati approvati gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata rispettivamente :

- n.606/2010 per gli anni 2010 e 2011
- n.298/2012 con per gli anni 2012 e 2013
- n.337/2013 di conferma degli obiettivi di cui alle delibere sopra indicate
- n.452/2014 per l'anno 2014
- n. 662/2015 per gli anni 2015-2017
- n.364/2016 di aggiornamento per l'anno 2016
- n.167/2017 di aggiornamento per l'anno 2017

Considerato che :

- la DGR 606/2010 fra gli obiettivi fissati ai Direttori Generali, prevede al punto G nell'Area della Qualità, gli obiettivi relativi all'Accreditamento Istituzionale (G1) e alla Customer Satisfaction (G5),
- la DGR 298/2012 all'Obiettivo 5.1: Soddisfazione degli utenti, anche l'attività di valutazione della qualità percepita dagli utenti sui servizi dell'ASP;
- le DGR n.662/2015, 364/2016 e 167/2017 tra gli obiettivi strategici regionali l'autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie aziendali, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori;

Vista la deliberazione aziendale n. 623/2016 di approvazione del Piano della Qualità - anno 2016;

Visto il Piano di Qualità aziendale per l'anno 2017, predisposto dal Dirigente Coordinatore dell'Accreditamento ASP e dal Responsabile dell'URP Comunicazione ASP, contenenti le azioni da svolgersi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, l'Accreditamento e la Customer Satisfaction, che rispondono pienamente agli obiettivi di cui alle Deliberazioni di Giunta Regionale sopra richiamate;

Ritenuto pertanto, di approvare Il Piano di Qualità Aziendale per l'anno 2017, nel testo allegato alla presente;

Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Delibera

per quanto in premessa esplicitato, che qui di seguito si intende integralmente riportato:

1-approvare quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione il Piano di Qualità Aziendale per l'anno 2017

2-la pubblicazione della presente sul sito web aziendale ha valore di notifica

3-dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Lucia Falanga

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Francesco Negrone

Giovanni Battista Bochicchio

Giacomo Chiarelli

Il Direttore Sanitario
Francesco Negrone

Il Direttore Generale
Giovanni Battista Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Giacomo Chiarelli

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2017

pag. 1 di 17

PIANO DELLA QUALITA' AZIENDALE – ANNO 2017

Redazione :

G. Cascini

L. Falanga



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2017

pag. 2 di 17

INDICE

- 1 Scopo
- 2 Politica per la qualità
- 3 Fonti ispiratrici del piano della qualità
- 4 Obiettivi aziendali per la qualità
- 5 Azioni
 - 5.1 Accreditamento Istituzionale
 - 5.2 Qualità percepita dai cittadini utenti (customer satisfaction)
 - 5.3 La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino
- 6 Risorse
- 7 Formazione
- 8 Metodologia

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2017</p>	<p>pag. 3 di 17</p>
--	--	---------------------

1- Scopo

Il Piano della Qualità dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza è finalizzato a rendere noto agli operatori aziendali i principi ispiratori del Piano, la metodologia da adottare per promuovere il miglioramento continuo, gli obiettivi aziendali per la qualità e l'accreditamento nel rispetto delle direttive regionali e aziendali, nonché le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

2- Politica per la qualità

L'ASP concorre al mantenimento e miglioramento dello stato di salute della popolazione, mettendo il cittadino al centro delle proprie attenzioni e scelte aziendali, ispirandosi ai principi fondamentali di efficacia e appropriatezza, integrazione dei livelli assistenziali e di efficienza gestionale.

Sulla base di tali principi la Direzione Strategica Aziendale considera prioritarie le seguenti strategie:

- garantire la soddisfazione dei cittadini/utenti e delle parti interessate (comunità locali, associazioni di volontariato)
- attivare un sistema organizzativo e gestionale che valorizzi la competenza del personale e favorisca processi di miglioramento continuo della qualità;
- favorire la partecipazione attiva degli operatori dell'Azienda, attraverso i referenti della qualità, alla pianificazione della documentazione e monitoraggio delle attività previste dai requisiti dei manuali regionali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e delle strutture trasfusionali;
- promuovere il governo clinico all'interno delle strutture dell'ASP attraverso l'implementazione e sviluppo del miglioramento continuo della qualità dei servizi

3- Fonti ispiratrici del piano della qualità

-Carta di Lubiana (1997)

-Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502 art. 14 e s.m.i. c. 1

-DPCM 27 Gennaio 1994

-DPCM 11 Ottobre 1994 e successiva Legge 7 Giugno 2000, n. 150



-DPCM 19 Maggio 1995

-Direttiva 24 Marzo 2004 del Ministro della Funzione Pubblica

-Manuale di Accreditamento delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private della Regione Basilicata D.G.R n. 2753 del 30.12.2005

-Manuale di Accreditamento delle Strutture Trasfusionali della Regione Basilicata DGR n.934/2014

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2010-2011- DGR n. 606/2010

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2012-2013- DGR n. 298/2012

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2012-2013-Conferma obiettivi 2013-DGR n.337/2013

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anno 2014 DGR n. 452/2014

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2015-2017 DGR n. 662/2015

-Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2015-2017 – Aggiornamento 2016 - DGR 364/2016

- Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria per i direttori generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Basilicata anni 2015-2017 – Aggiornamento 2017 - DGR 167/2017

4- Obiettivi aziendali per la qualità

L'Azienda intende perseguire la politica della qualità aziendale prefiggendosi di raggiungere i seguenti obiettivi che ricoprono le varie aree tematiche della qualità (qualità percepita-qualità organizzativa- qualità tecnico-professionale)

4.1 Prevedere l'autorizzazione delle strutture sanitarie dell'ASP nel rispetto degli obiettivi declinati dalla Regione Basilicata per gli anni 2015-2017 e della direttiva di aggiornamento per l'anno 2017



4.2 Proseguire nei percorsi dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie aziendali definiti nei Manuali dell'Accreditamento Regionale di cui alla DGR n.2753/2005 e alla DGR n.934/2014, che rappresentano standard cogenti e costituiscono occasione di miglioramento per i servizi sanitari,

4.3 Superare l'autoreferenzialità dell'Azienda ponendo attenzione alle aspettative dell'utente, alla valutazione della qualità percepita e al clima organizzativo interno

4.4 Diffondere la cultura della qualità e i principi del miglioramento continuo, promuovendo la responsabilizzazione diffusa del personale e il coinvolgimento dello stesso nei processi aziendali

4.5 Sviluppare tra gli operatori dell'azienda la cultura della verifica e riflessione sistematica sui risultati (standard prefissati) del proprio lavoro finalizzati alla misurazione dall'interno della qualità delle prestazioni erogate, partendo dall'analisi degli indicatori

4.6 Promuovere nelle strutture aziendali la pianificazione e l'adozione di procedure e protocolli con l'obiettivo di garantire all'interno dei percorsi assistenziali e dei processi di lavoro la riproducibilità delle azioni, l'uniformità delle prestazioni erogate, lo scambio di informazioni e la definizione dei ruoli

4.7 Favorire attraverso gli audit clinici la costruzione ed implementazione dei PDTA quali strumenti tecnico-gestionali che contestualizzando linee guida validate permettono di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione

4.8 Sostenere la realizzazione di progetti di miglioramento/obiettivi di qualità partendo dall'analisi dei dati dello status quo, prevedendo un sistema di monitoraggio per la verifica dei risultati conseguiti e la messa in atto di eventuali azioni correttive e preventive

4.9 Garantire presso i Centri Trasfusionali di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro il rilascio del plasma per uso industriale nel rispetto delle direttive EMA e legislazione nazionale

4.10 Partecipare all'attività formativa quale leva necessaria ed utile per l'implementazione di nuovi metodi e strumenti finalizzati all'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie aziendali

5-Azioni

Le azioni sopra indicate attengono a due capisaldi strategici regionali ed aziendali: L'AccREDITAMENTO Istituzionale e la Customer Satisfaction



5.1 - L'Accreditamento Istituzionale

Premessa

Il miglioramento continuo della Qualità, priorità dell'Accreditamento, è finalizzato all'erogazione di livelli di prestazioni soddisfacenti per gli utenti dei servizi aziendali, attraverso un percorso condiviso tra operatori, nel rispetto della metodologia indicata nel capitolo 8 del presente piano e delle risorse disponibili. L'approccio ad esso sotteso è quello sistemico che superando la tendenza ad operare per settori identifica nel processo l'itinerario da percorrere nel sistema di erogazione delle cure ponendo attenzione agli aspetti di integrazione sia professionali sia di sistema.

5.1.1 – Attività svolta nel periodo 2009-2016

Sulla base della logica del miglioramento continuo negli anni 2009/2016 sono state garantite le azioni previste nei precedenti piani della qualità, tra le quali:

- riorganizzazione della Rete della Qualità ed Accreditamento (Q. e A.) delibere n.27/2014 e n. 176 del 04/04/2014
- definizione di compiti e responsabilità dei referenti di 2° livello della Rete Q. e A. determina dirigenziale n. 1/2014,
- messa a punto dei piani di qualità annuali per la parte concernente l'accREDITamento Istituzionale,
- predisposizione del manuale di gestione della qualità aziendale in riferimento alla norma regionale dell'accREDITamento istituzionale (DGR n.2753/2005),
- predisposizioni procedure aziendali di sistema : gestione documentazione, gestione audit di 1°e 2° parte, di inserimento del neo-assunto/trasferito, comprendenti le jobs description, il mantenimento delle competenze e le modalità di effettuazione del training/aggiornamento dei Centri Trasfusionali,
- predisposizione procedura inserimento del personale neo assunto con allegate schede relative all'addestramento, inserimento e valutazione, per il laboratorio analisi
- pianificazione del percorso assistenziale di Medicina di Laboratorio dell'ASP come da Manuale di AccREDITamento Regionale delle strutture sanitarie pubbliche e private con evidenza delle diversità e migliori pratiche esistenti, ove presenti,
- supporto ai laboratori analisi nella predisposizione delle azioni di miglioramento suggerite dal team regionale durante i preaudit di 3° parte, propedeutici all'accREDITamento istituzionale,
- audit e reaudit di 2° parte in tutti i laboratori analisi dell'ASP finalizzati alla verifica della messa in atto delle azioni di miglioramento,
- realizzazione di corsi sulla gestione degli audit clinici per i Referenti della Rete della Qualità e AccREDITamento (2011 e due edizioni nel 2014),



- realizzazione di due audit clinici nell'ospedale di Melfi su performance cliniche previste dalla DGR n.298/2012 (parti cesarei primari e interventi di fratture di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento entro e non oltre due giorni),
- audit clinico sull'embolia polmonare presso l'ospedale di Villa d'Agri con la partecipazione dell'UTIC, PSA, UTI e medicina finalizzato ad un confronto sulle migliori prassi in uso e valutazione della revisione del percorso assistenziale in atto,
- Individuazione elenco prodotti, standard e verifica di raggiungimento degli standard nelle unità operative degli ospedali per acuti, dei POD e del DSM,

Attività di formazione:

- su Qualità e offerta dei servizi sanitari agli operatori ospedalieri e territoriali, con rilascio di crediti ECM
 - sulla costruzione del percorso organizzativo degli standard di prodotto agli operatori del CDA di Chiaromonte
 - in preparazione dei preaudit regionali per l'accreditamento istituzionale sperimentale dei laboratori analisi ASP,
-
- individuazione dei prodotti e standard di prodotto nelle seguenti articolazioni aziendali DCA e CRA di Chiaromonte, Sert di Lagonegro, RSA-R2 di Maratea, RSA-R3 di Maratea e Chiaromonte, USIB di Lauria e Senise
 - predisposizione dello stato dell'arte delle strutture aziendali su input del Direttore Generale in ordine ai criteri fissati dall'intesa Stato Regioni sulla revisione della normativa dell'accreditamento, siglata in data 20/12/2012, recepita con delibera regionale n. 697 dell'undici giugno 2013
 - predisposizione richieste di autorizzazione e accreditamento alla Regione Basilicata per le seguenti strutture sanitarie aziendali:
 - istanza di autorizzazione definitiva per il poliambulatorio di Rionero in Vulture;
 - istanza di autorizzazione e accreditamento provvisori per il trasferimento dell'USIB di Venosa e dell'unità operativa cure palliative presso l'ospedale distrettuale di Venosa;
 - istanze di autorizzazione ed accreditamento provvisori e di autorizzazione definitiva per l'ambulatorio di Ripacandida
 - istanze di autorizzazione e accreditamento provvisori per le unità operative trasferite dall'ospedale di Venosa a quello di Melfi ai sensi della L.R. n.17/2011: cardiologia-UTIC, pediatria, otorino, oculistica (relativamente all'attività di degenza)
 - istanze di autorizzazione e di accreditamento provvisori delle unità operative di medicina fisica e riabilitazione e di lungodegenza, di nuova istituzione
 - istanza di autorizzazione definitiva per il poliambulatorio di Genzano di Lucania
 - istanza di autorizzazione e accreditamento provvisorio per la cardiologia-UTIC e il laboratorio analisi dell'ospedale di Villa d'Agri



- istanza di autorizzazione e accreditamento provvisorio per il poliambulatorio di Sant'Arcangelo
- istanza di autorizzazione definitiva per le strutture aziendali come da DGR n.662/2015
- istanza di autorizzazione provvisoria dell'unità operativa di neonatologia/pediatria ed ostetricia dell'ospedale di Melfi (DGR n.1736/2015)
- istanza di autorizzazione e accreditamento provvisori del Centro di Alzheimer ubicato c/o il POD di Venosa e del Centro Clinico per la Riabilitazione Precoce Intensiva dei Disturbi dello Spettro Autistico presso il PIOD di Chiaromonte
- partecipazione agli audit presso strutture private predisposti dalla Regione Basilicata per il rilascio dell'Accreditamento di 1° e 2° livello alle strutture sanitarie private di cui ai seguenti provvedimenti dirigenziali regionali:
 - n.72AA.2013/D00238 del 04/06/2013 – (audit di 3° parte effettuato in data 05/02/2014)
 - n.72AA.2013/D.00266 del 11/06/2013– (audit di 3° parte effettuato in data 14/05/2014)
 - n.72AA.2013/D.00261 del 11/06/2013– (audit di 3° parte effettuato in data 21/05/2014, con la partecipazione del dott. Mario Petruzzi del laboratorio analisi dell'ospedale di Melfi)
 - n.72AA.2013/D.00173 del 29/04/2013– (audit di 3° parte effettuato in data 26/05/2014)
 - n.72AA.2012/D.00642 del 28/11/2012– (audit di 3° parte effettuato in data 04/06/2014)
 - 13AA.2015/D.00268 del 11/06/2015-(audit di 3° parte effettuato in data 05/08/2015 e reaudit effettuato in data 28/09/2016)
- affiancamento e supporto metodologico ai referenti della qualità/responsabili CT nella redazione di documentazione:
 - ❖ per l'Accreditamento Istituzionale dei Centri Trasfusionali aziendali (DGR n.934/2014)
 - ❖ guida del donatore pubblicata sul sito web aziendale, distribuita nei Centri Trasfusionali dell'ASP e trasmessa all'AVIS e alla FIDAS regionale
 - ❖ per l'accREDITamento e a seguito prescrizioni CT di Melfi (DGR n.1629/2014), Villa d'Agri (DGR n.1626/2014) e Lagonegro (DGR n. 869/2015) ai fini del superamento delle stesse. In particolare, con la consulenza e supervisione del Centro Nazionale Sangue del Ministero della Salute sono stati messi a punto Piani di Convalida relativamente ai processi erogati
 - ❖ per la gestione dei change control delle attività di convalida azioni cnel rispetto della linea guida predisposta dal Centro Nazionale Sangue per la convalida dei processi trasfusionali
 - ❖ documentazione preliminare e successiva agli audit di 2° parte con ditte farmaceutiche ai fini della cessione del plasma per uso industriale
 - ❖ per l'implementazione delle GMP (Good Manufacturing Practice) nell'ambito della Medicina Trasfusionale al fine di adeguare l'attività dei Centri Trasfusionali aziendali al contesto europeo ed internazionale



- ❖ per le attività annuali di convalida dei processi erogati nel rispetto della riorganizzazione della medicina trasfusionale regionale
 - ❖ per la gestione delle non conformità e azioni correttive
 - ❖ per la gestione del risk management
 - ❖ per la gestione del change control
- partecipazione alla formazione predisposta dall'A.GE.NA.S per conto del Ministero della Salute sulla predisposizione del Manuale di accreditamento degli OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante)
- partecipazione all'Accreditamento Regionale delle Strutture Trasfusionali della Regione Basilicata, di cui alla D.00224 del 3/11/2014 n.13A2.2014, in qualità di componente e di team leader presso Centri Trasfusionali (CT) regionali e punti di raccolta territoriali Fidas, AVIS ed autoemoteche AVIS
- Predisposizione scheda tecnica per i cittadini e stakeholders sull'Accreditamento Istituzionale all'interno del Bilancio Sociale dell'ASP-anni 2013/2016

5.1.2 – Attività per l'anno 2017

In coerenza con gli obiettivi regionali e aziendali dell'accREDITamento delle strutture sanitarie e della normativa europea, nazionale e regionale della Medicina Trasfusionale, le azioni per l'anno 2017 sono le seguenti:

Predisposizione del Piano della Qualità (relativamente alla Qualità e AccREDITamento Istituzionale) anno 2017

Adeguamento documentazione alle LGP (Linee Guida sulle Buone Prassi) nei Centri Trasfusionali di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro

Affiancamento dei referenti della qualità dei Centri Trasfusionali aziendali nel corso audit di 2° parte (con l'industria farmaceutica) e di 3° parte (con la Regione)

Accompagnamento e supporto agli operatori dei Centri Trasfusionali nel rinnovo biennale dell'accREDITamento Istituzionale

Predisposizione del PMF (Plasma Master file), unitamente ai referenti della qualità, per i Centri Trasfusionali di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro

Partecipazione all'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie private e delle strutture sanitarie pubbliche regionali, predisposto dalla Regione Basilicata

Predisposizione di istanze di autorizzazione e accREDITamento provvisori e di autorizzazione definitiva per le strutture sanitarie aziendali

Partecipazione alla revisione del Manuale Regionale di AccREDITamento delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private a seguito DGR 1471/2015 di recepimento

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2017</p>	<p>pag. 10 di 17</p>
--	--	----------------------

dell'Intesa Stato-Regioni in merito al cronoprogramma degli adeguamenti ai criteri e requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Accordo stato-Regioni del 2012

Mantenimento delle competenze di auditor/valutatori OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) Regioni d'Italia presso l'A.GE.NA.S per conto del Ministero della Salute

Partecipazione per conto del Ministero della Salute agli audit sugli OTA Regioni d'Italia in qualità di valutatore iscritto nell'Elenco nazionale degli Organismi Tecnicamente Accreditanti di cui al Decreto del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

Partecipazione a corsi nazionali sulla nuova Norma UNI EN ISO 9001:2015

Predisposizione scheda tecnica per i cittadini e stakeholders sull'Accreditamento Istituzionale all'interno del Bilancio Sociale dell'ASP

5.2 - La qualità percepita dai cittadini-utenti (Customer Satisfaction).

Premessa

L'attività di rilevazione della qualità percepita dai cittadini si inserisce nel contesto generale delle politiche della qualità in sanità e muove da un assunto di base che considera il cittadino non solo il destinatario dei servizi ma anche una risorsa strategica fondamentale per valutare la rispondenza dei servizi erogati ai bisogni e alle esigenze reali. Per questo motivo la Regione Basilicata ha individuato anche la customer satisfaction fra gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (DGR n.167/2017).

5.2.1- Gli obiettivi della rilevazione della qualità percepita .

La rilevazione della qualità percepita deve tendere al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- l'adeguamento dei servizi ai bisogni ed alle esigenze degli utenti soprattutto nei settori dell'accessibilità, fruizione, comfort, informazione, accoglienza, ecc.;
- il superamento nei servizi della logica dell'autoreferenzialità;

	Piano della Qualità Aziendale Anno 2017	pag. 11 di 17
---	--	---------------

- l'attuazione del principio volto a garantire la partecipazione dei cittadini/utenti nella programmazione e valutazione dei servizi

5.2.2 – Le fasi del processo di rilevazione della qualità percepita

Il riferimento normativo principale per l'organizzazione delle indagini e la Direttiva 24 Marzo 2004 della Funzione Pubblica “ Rilevazione della qualità percepita dai cittadini” che prevede le seguenti quattro fasi:

Descrizione delle fasi	Attività da svolgere
1° Fase- preparazione e progettazione della rilevazione	-verifica dati già disponibili e altre indagini svolte, conoscenza del servizio da indagare, ecc;
2° Fase - raccolta dei dati	-definizione e progettazione degli strumenti per la raccolta delle informazioni, modalità di somministrazione degli strumenti (questionario), eventuale campione da intervistare, addestramento del personale che userà gli strumenti , somministrazione degli strumenti , ecc.
3° Fase - elaborazione e interpretazione dei risultati	- elaborazione dei dati raccolti, interpretare i dati per valutare la soddisfazione dei cittadini cercando di evidenziare le aree di criticità del servizio ma anche i punti di forza, ecc;
4° Fase - presentazione e utilizzazione dei risultati.	- presentazione dei risultati all'interno dell'ASP ed in occasioni pubbliche, utilizzo dei risultati per piani di miglioramento, ecc;

Per quanto riguarda il rispetto della normativa in tema di privacy , per l'organizzazione delle indagini si farà riferimento alla Deliberazione 5 Maggio 2011 , n.182 “Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario”.

5.2.3 – Attività svolta nel periodo 2010-2016

Dal 2010 , L'Area di Staff “ Urp Comunicazione” attraverso gli URP aziendali e d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale , ha unificato gli strumenti e le modalità tecniche pervenendo a indagini di customer satisfaction confrontabili; i risultati delle indagini sono stati inviati annualmente ai Responsabili dei servizi coinvolti al fine di avviare azioni di miglioramento; i Report delle Indagini inoltre, sono stati pubblicati sul Sito aziendale in modo da renderli disponibili per i cittadini e le Associazioni di volontariato.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	Piano della Qualità Aziendale Anno 2017	pag. 12 di 17
--	--	---------------

Di seguito vengono riportate le attività svolte fino al 2015.

Anno	Tipologia Servizio	Servizi oggetto dell'indagine	Campione utenti intervistato
2010	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Genzano, Villa d'Agri e Senise	426 utenti
2011	Assistenza Ospedaliera	Pronto Soccorso Attivo di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri	377 ricoverati
2012	Laboratorio analisi	Servizi di Chiaromonte, Lagonegro, Lauria, Maratea, Potenza, Melfi, Venosa e Villa d'Agri	815 utenti
2013	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Potenza, Rionero e Rotonda	386 utenti
2014	Assistenza Ospedaliera	Pronto Soccorso Attivo di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri	339 ricoverati
2015	Servizio di Nefrologia e Dialisi	Servizi di : Chiaromonte, Lauria, Maratea, Villa d'Agri, Muro Lucano e Venosa	114 dializzati
2016	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Venosa, Villa d'Agri e Lauria	340 utenti

5.2.3 – Attività per l'anno 2017.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2017

pag. 13 di 17

Nell'anno 2017 l'indagine sulla qualità percepita riguarderà il settore dell'Assistenza Specialistica ed in particolare i Poliambulatori di Potenza, Melfi e Senise .

Di seguito si riporta una scheda tecnica dell'indagine fermo restando che l' U.O. "URP Comunicazione " , d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale e i Direttori di Distretto, svilupperà il progetto esecutivo dell'attività, definendo: .

- gli strumenti di rilevazione ;
- le modalità di somministrazione degli strumenti di rilevazione;
- il cronoprogramma.

Inoltre come negli altri anni l'Area di Staff "URP Comunicazione " fornirà il supporto necessario ai servizi che intendono avviare direttamente le indagini di qualità percepita, assicurando indicazioni tecniche, predisposizione del questionario ed eventuale lettura dei dati emersi.

SCHEDA TECNICA

INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION PRESSO I SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE .

FINALITA'	Rilevazione e valutazione della qualità percepita nel servizio di assistenza specialistica ambulatoriale ; rendere concreto il diritto di partecipazione degli utenti e promuovere nei servizi sanitari il valore dell'ascolto e dell'adeguamento dei servizi ; migliorare i servizi con azioni correttive in base a quanto emerge dall'indagine.
SERVIZI INTERESSATI	L'indagine interesserà i Poliambulatori di Potenza, Melfi e Senise.
AREA E FATTORI INDAGATI	Oggetto dell'indagine è la valutazione degli utenti rispetto ad alcuni fattori di qualità riguardanti i seguenti aspetti : tempi di attesa , accessibilità , relazioni con gli operatori dei vari punti di contatto (prenotazione, ticket, visita), comfort e igiene della sala di attesa e dell'ambulatorio, professionalità degli operatori sanitari; riservatezza , informazioni ricevute , aspettative e suggerimenti per migliorare il servizio.
STRUMENTO DI RILEVAZIONE	Questionario a domande chiuse che utilizza prevalentemente una scala di valutazione a cinque (pessimo-insufficiente-sufficiente -buono-ottimo)
MODALITA' DI RILEVAZIONE	Intervista telefonica condotta direttamente da personale dell'URP o collaborazioni individuate nei vari ambiti; il personale individuato sarà formato al fine di uniformare le modalità dell'intervista .

	Piano della Qualità Aziendale Anno 2017	pag. 14 di 17
---	--	---------------

CAMPIONE	<p>Per problemi di organizzazione ed economicità per l'indagine si utilizzerà un campione determinato sul numero delle prime visite e controlli rilevato nell'anno 2016 e rappresentativo delle singole specialità presenti nei Poliambulatori oggetto dell'indagine (circa 44.000).</p> <p>Non saranno presi in considerazione le attività tipicamente strumentali (Radiologia e Laboratorio analisi) , quelle della Riabilitazione-fisioterapia , del consultorio familiare , della Psichiatria .</p> <p>Approssimativamente il campione da intervistare sarà di 380 utenti , calcolato a un livello di confidenza del 95% e un intervallo di confidenza del 5% , con opportune correzioni tecniche in corso d'opera.</p>
ORGANIZZAZIONE	<p>L'indagine sarà comunicata ufficialmente al Direttore del Distretto di competenza e sarà presentata attraverso un incontro organizzativo dal Responsabile della Struttura di Staff ; nel periodo scelto sarà richiesta agli utenti che si recheranno presso l'ambulatorio la disponibilità ad aderire all'indagine telefonica con la sottoscrizione del modello per l'acquisizione del consenso ; nel mese successivo gli operatori dell'URP e/o altri collaboratori , provvederanno ad effettuare le interviste telefoniche. Dopo la validazione dei questionari compilati (da intendere validi quelli che hanno almeno l'80% delle risposte date) si procederà all'immissione dei dati utilizzando un programma informatico messo a punto dall'Area di Staff.</p>
COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI	<p>Il Report finale sarà trasmesso alla Direzione Aziendale ed alla Direzione dei Servizi oggetto di indagine che avrà il compito di attivare , ove necessario, un piano di miglioramento in base a quanto emerge dall'indagine ; inoltre potranno essere organizzati riunioni con gli operatori dei servizi interessati, con le associazioni di tutela e di volontariato; pubblicazione sul sito Aziendale; presentazione nelle Conferenze dei Servizi.</p>
CRONOPROGRAMMA	<p>Settembre 2017 : informazione al Distretto e al personale dei Poliambulatori per istruzione sull' acquisizione del consenso da parte degli utenti; Settembre- Ottobre :acquisizione del consenso; 15 Ottobre- 15 Novembre : interviste telefoniche; 16 Novembre -15 Dicembre: validazione questionari ed inserimento dati; Gennaio 2018: elaborazione dati , produzione Report e diffusione dei risultati.</p>

6- Risorse

La messa in campo delle azioni finalizzate a condurre le strutture sanitarie aziendali verso l'accreditamento saranno a cura del Dirigente Coordinatore

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2017</p>	<p>pag. 15 di 17</p>
--	--	----------------------

dell'Accreditamento dell'ASP che si avvale nella sua funzione dei referenti della qualità presenti nelle unità operative.

Le attività di Customer Satisfaction saranno svolte dall'UOSD URP Comunicazioni

7- Formazione

L'ASP di Potenza considera la formazione un elemento cardine per il processo del miglioramento continuo.

La formazione viene svolta con programmi generali su metodi e strumenti per la qualità e l'accreditamento e attraverso progetti mirati all'acquisizione di competenze specifiche sulla base di un'analisi annuale dei bisogni formativi.

8- Metodologia

La metodologia con cui si persegue il miglioramento continuo della qualità per l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previsti nel presente piano è il PDCA (Plan-Do-Check-Act) o ciclo di Deming la cui attuazione prevede lo svolgimento del percorso ciclico rappresentato nella figura 1. È una metodologia di validità universale, che consente di affrontare in maniera rigorosa e sistematica qualsiasi problema.

La metodologia valorizza il metodo scientifico, secondo il quale l'evidenza di un problema si basa su dati e fatti.

La metodologia del Plan-Do-Check-Act si realizza attraverso un'azione ciclica basata sulla reiterazione sequenziale di quattro fasi:

- La fase Plan –prevede la pianificazione
- La fase Do- prevede l'attuazione di ciò che si è pianificato nella 1° fase
- La fase check – in questa terza fase si verificano i risultati nel rispetto di quanto pianificato
- La quarta fase relativa all'ACT consiste :



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2017

pag. 16 di 17

- nello standardizzare e consolidare le azioni intraprese qualora la fase di check si sia conclusa con esito positivo
- nel ripercorrere un nuovo ciclo PDCA se i risultati rilevati nella fase di check non sono soddisfacenti.



Ciclo di Deming

figura 1

