



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO

NUMERO 2018/00315

DEL 09/05/2018

Collegio Sindacale il 09/05/2018

OGGETTO

Piano della Qualità - Anno 2018

Struttura Proponente

Area per la Qualità

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Qualità - anno 2018	33		

Uffici a cui notificare

Comunicazione e Relazioni Esterne - (LAG)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 09/05/2018

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

Il Dirigente dell'Ufficio Accreditamento, dott.ssa Lucia Falanga, relaziona quanto segue:

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
- n.190/2018 per gli anni 2018-2020

Considerato che

- la DGR 606/2010 fra gli obiettivi fissati ai Direttori Generali, al punto G nell'Area della Qualità, prevede gli obiettivi relativi all'Accreditamento Istituzionale (G1) e alla Customer Satisfaction (G5),
- la DGR 298/2012 all'Obiettivo 5.1: Soddisfazione degli utenti l'attività di valutazione della qualità percepita dagli utenti sui servizi dell'ASP;
- le DGR n.662/2015, 364/2016, 167/2017 e 190/2018 prevedono tra gli obiettivi strategici regionali l'autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie aziendali, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori;

Vista la L.R. n.28/2000 e s.m.i. recante norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché i primi criteri sull'accREDITAMENTO istituzionale

Vista la DGR n. 2753/2005 di approvazione del Manuale Regionale di AccREDITAMENTO delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private

Vista la DGR n.1598/2006 di approvazione del procedimento amministrativo per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Basilicata contenente gli adempimenti di natura amministrativa inerenti le procedure per l'accesso e la regolarizzazione del sistema stesso

Vista la deliberazione aziendale n. 522/2017 di approvazione del Piano della Qualità - anno 2017;

Visto il Piano di Qualità aziendale per l'anno 2018, predisposto dal Dirigente dell'Ufficio AccREDITAMENTO e dal Responsabile dell'URP Comunicazione ASP, contenenti le azioni da svolgersi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, la Qualità e l'AccREDITAMENTO, la Customer Satisfaction e gli Standard di qualità dal punto di vista del cittadino, che rispondono pienamente agli obiettivi di cui alle Deliberazioni di Giunta Regionale sopra richiamate;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

PROPONE AL COMMISSARIO

Di di approvare il Piano di Qualità Aziendale per l'anno 2018, nel testo allegato alla presente

IL COMMISSARIO

In virtù dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 5 del 22.1.2018;

Letta e valutata la proposta deliberativa riportata in narrativa;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto

1-approvare quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione il Piano di Qualità Aziendale per l'anno 2018

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

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

Massimo De Fino

Giovanni Berardino Chiarelli

Vincenzo Andriuolo

Il Direttore Sanitario
Massimo De Fino

Il Commissario
Giovanni Berardino Chiarelli

Il Direttore Amministrativo
Vincenzo Andriuolo

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 2018


pag. 1 di 33

PIANO DELLA QUALITA' AZIENDALE - ANNO 2018

Redazione :

G. Cascini

L. Falanga

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 2 di 33</p>
--	--	---------------------

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 Qualità e Accreditamento Istituzionale


5.2 Qualità percepita dai cittadini utenti (customer satisfaction)

5.3 Gli standard di qualità dal punto di vista 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 2018</p>	<p>pag. 3 di 33</p>
--	--	---------------------

1- Scopo

Il Piano della Qualità dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza è finalizzato a rendere noto agli operatori aziendali la politica per la qualità, gli obiettivi aziendali e le azioni da porre in essere per promuovere il miglioramento continuo della qualità nel rispetto alla metodologia appresso indicata ed in ossequio a direttive regionali e aziendali.

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 la condivisione delle conoscenze all’interno delle strutture aziendali
- promuovere la clinical governance all’interno delle strutture dell’ASP, quale strategia per raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l’eccellenza professionale
- sostenere il miglioramento continuo in ogni processo che caratterizza l’Azienda, investendo nel Sistema Qualità e nell’Accreditamento e favorendo la partecipazione attiva degli operatori

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

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 4 di 33</p>
--	--	---------------------

- 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
- Procedimento amministrativo per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private – DGR n.1598/2006
- 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
- Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria per le direzioni generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Basilicata anni 2018-2020 -DGR 190/2018

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 e sicurezza (qualità percepita-qualità organizzativa- qualità tecnico-professionale)

4.1 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

4.2 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

4.3 Promuovere nelle strutture aziendali la pianificazione e l'adozione di procedure 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

4.4 Favorire la contestualizzazione/adattamento di linee guida validate al fine di delineare il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione

4.5 effettuare audit clinici al fine di migliorare le cure offerte ai pazienti ed i risultati ottenuti attraverso il confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti, l'implementazione di cambiamenti a livello individuale e di team e il successivo monitoraggio dei fattori correttivi introdotti

4.6 Superare l'autoreferenzialità dell'Azienda ponendo attenzione alle aspettative dell'utente e alla valutazione della qualità percepita

4.7 garantire l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie aziendali

4.8 Sostenere la realizzazione di progetti di miglioramento/obiettivi di qualità partendo dall'implementazione dei requisiti previsti nella revisione n.1 del Manuale di accreditamento delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private, di prossima approvazione

5- Azioni

Le azioni in riferimento agli obiettivi sopra enunciati attengono a due capisaldi strategici: La Qualità e l'Accreditamento Istituzionale e la Customer Satisfaction



5.1- Qualità e Accreditamento

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. 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 2009-2017

Sulla base della logica del miglioramento continuo negli anni 2009/2017 sono state garantite le azioni previste nei precedenti piani della qualità, di seguito elencate:

- 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 la qualità e l'accREDITAMENTO Istituzionale
- predisposizione di procedure aziendali: gestione documentazione, gestione audit di 1°e 2° parte, inserimento del neo-assunto/trasferito, comprendenti le jobs description, il mantenimento delle competenze e le modalità di effettuazione del training/aggiornamento dei Centri Trasfusionali e, successive e numerose revisioni a seguito applicazioni della normativa europea GMP (buone prassi di fabbricazione) - GPG (linea guida di buone pratiche)
- 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. Detta pianificazione ha compreso anche i laboratori analisi di ospedali transitati nell'AOR san Carlo
- supporto a detti 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, comprensivi anche dei laboratori analisi di ospedali transitati nell'AOR san Carlo, finalizzati alla verifica della messa in atto delle azioni di miglioramento



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 7 di 33

- 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.

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, alla data del 20 settembre 2013, 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. 697/2013

- 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 e accreditamento provvisorio per il Centro Clinico per la riabilitazione precoce intensiva dei disturbi dello spettro autistico
- istanza di autorizzazione e accreditamento provvisorio per la RSA-R2 di Maratea
- sostituzione istanza di autorizzazione definitiva dell'oculistica del POD di Venosa a seguito attivazione del polo oftalmologico
- istanza di autorizzazione definitiva Don Gnocchi di Acerenza
- 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
- istanza di autorizzazione definitiva per le strutture aziendali come da DGR n. 662/2015 e da DGR n.167/2017

-partecipazione agli audit e reaudit (finalizzato alla verifica del superamento delle prescrizioni) presso strutture sanitarie private regionali, predisposti dalla Regione Basilicata per il rilascio dell'Accreditamento di 1° e 2° livello, presso UdR Avis di Potenza, autoemoteche Avis, PdR Fidas di Barile, PdR Avis di Barile, Rionero, Banzi e Palazzo, SIT di Matera, Centro Trasfusionale di Policoro

-attività erogata a favore dei Centri Trasfusionali degli ospedali di Melfi-Lagonegro-Villa d'Agri transitati c/o l'AOR San Carlo, ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale regionale (DGR n.934/2014) e dell'accREDITAMENTO c/o Industrie Farmaceutiche ai fini della cessione del plasma in conto lavorazione. Quest'ultimo accREDITAMENTO ha previsto l'implementazione delle GMP (Good Manufacturing Practice) e GPG (Good Practice Guidelines) al fine di adeguare l'attività dei Centri Trasfusionali aziendali al contesto europeo ed internazionale.

L'attività di accREDITAMENTO istituzionale ha previsto la predisposizione della documentazione finalizzata alla evidenza di tutti i requisiti previsti nel manuale di accREDITAMENTO regionale di cui alla sopra citata direttiva regionale e al superamento di prescrizioni ricevute in sede di audit. L'accREDITAMENTO, di durata biennale, è stato garantito per i centri trasfusionali nel corso del 2015 e del 2017. In particolare, con la consulenza e supervisione del Centro Nazionale Sangue del Ministero della Salute sono stati messi a punto i Piani di Convalida relativamente ai processi erogati nei vari centri Trasfusionali, è stata attuata la gestione del risk management, del change control e delle non conformità. Inoltre, è stata predisposta la guida del donatore pubblicata sul sito web aziendale, distribuita nei Centri Trasfusionali dell'ASP e trasmessa all'AVIS e alla FIDAS regionale.

Ai fini dell'implementazione delle GMP e GPG è stata garantita la seguente e rilevante attività:

- Coordinamento e predisposizione della documentazione (registrazione temperature di congelamento, refertazione proteine totali, prove di valutazione dei valori di fattore VIII, dichiarazioni a



seguito trasferimento attività di qualificazione biologica c/o CT Potenza, di lavorazione, congelamento e conservazione plasma c/o CT Matera) per superamento delle criticità riscontrate dalla industria Kedrion (precedente alla CSL Plasma Behring) nei CT di Villa d'Agri e Lagonegro e trasmissione documentazione alla medesima Kedrion ai fini dell'utilizzo del plasma per uso industriale, già ritirato, ma non ancora messo in produzione in attesa del superamento prescrizioni

-Adeguamento alla normativa EU della documentazione del Sistema Qualità, gestione della documentazione, job description, mantenimento delle competenze e training, gestione del risk assesment, gestione audit, gestione non conformità, gestione change control, gestione attività di convalida, gestione dei materiali nonché la documentazione relativa ai processi trasfusionali. Detta documentazione è stata altresì monitorata ai fini di una corretta applicazione anche a seguito osservazioni emerse nel corso di numerosi audit di 2° parte da parte della CSL Plasma Behring.

Le procedure relative ai processi trasfusionali, rese conformi alla normativa europea e alla riorganizzazione regionale della medicina trasfusionale sono, di seguito riportate:

-Procedura di selezione del donatore ed allegati

CT Melfi, CT di Villa d'Agri e CT di Lagonegro –Nel corso dell'ultimo anno (2017) la procedura è stata revisionata più volte, prevedendo in un primo momento nella sezione 4 la definizione di informazioni post-donazione, migliorando la parte relativa alla post-donazione e la relativa informativa ed inserendo il modulo di rivalutazione post-donazione. Infine è stato indicato che il tecnico o biologo (nei CT di Villa d'Agri e Lagonegro) deve eseguire e visionare i controlli giornalieri del contaglobuli. Successivamente la procedura è stata modificata nella modalità di revisione dei questionari e revisionata l'allegata I.O. (istruzione operativa) sulla sospensione dei donatori prevedendo lo screenshot in caso di esclusione degli stessi dalla donazione.

-Procedura di confezionamento e trasporto sangue intero ed emocomponenti ed allegati

CT di Villa d'Agri e Lagonegro - E' stata eliminata la parte inerente la conservazione di plasma da aferesi, in quanto non più preposti al congelamento e conservazione del plasma, e meglio evidenziate le modalità di trasferimento delle sacche di sangue intero per la lavorazione e di accettazione degli emocomponenti validati a/dal CT di Matera. Inoltre, per il CT di Villa d'Agri è stato ridefinito il range della T. della frigoemoteca dei reagenti e delle sacche da inviare c/o il CT di MT e definito il tempo intercorrente tra la donazione ed il trasferimento delle sacche c/o il CT di Matera.

CT di Melfi – sono state meglio definite la tracciabilità e le modalità del trasporto dai PdR al centro trasfusionale ed inserito il modulo di registrazione temperatura di trasporto su strada

-Procedura di congelamento, stoccaggio ed invio del plasma all'industria



CT Melfi- E' stato rideterminato il numero di unità da estrarre per apporre le etichette unit by unit e descritto che l'operatore deve stare seduto davanti allo schermo mantenendone il contatto visivo durante la scansione dei numeri di donazione/le operazioni di invio del plasma all'industria

-Procedura di lavorazione, qualificazione biologica e validazione del sangue ed emocomponenti

CT Melfi- La procedura revisionata prevede l'implementazione del registro di centrifugazione e del registro per invio campioni Nat all'AOR San Carlo di Potenza

-Procedura di assegnazione emocomponenti

CT di Villa d'Agri e Lagonegro- la procedura è stata modificata prevedendo l'approvvigionamento dei GRC lavati c/o il SIT di Potenza o Matera

-Documento recante i criteri di qualificazione dei locali, materiali ed apparecchiature impiegati nei processi di raccolta del sangue

La revisione del documento è stata garantita nel rispetto della specifica procedura PRCT01, rev.02 sulle attività di convalida, qualificazione e riconvalida. Tutti e tre i CT hanno riqualificato locali, materiali ed apparecchiature anche in riferimento all'interfacciamento tra SGI (Sistema Gestionale Informatico), contaglobuli e bilance per la donazione c/o i CT di Villa d'Agri e Lagonegro. L'interfacciamento ha previsto il passaggio in automatico dalle bilance al SGI dei seguenti dati: n. lotto e ref. della sacca, peso e durata della donazione ed operatore addetto all'esecuzione della donazione, nonché il passaggio in automatico del referto dell'emocromo dal contaglobuli al SGI.

-Piano di convalida del SGI in tutti e tre i CT di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro

CT di Villa d'Agri e Lagonegro-Il piano di convalida è distinto per CT ed adeguato al nuovo contesto in quanto non sono più eseguite le attività di lavorazione, qualificazione biologica degli emc, congelamento e conservazione del plasma

Per tutti e tre i CT sono state effettuate le prove di convalida del sistema gestionale informatico nel rispetto della PRCT01, rev.02, innanzi indicata e della riorganizzazione regionale della medicina trasfusionale

-Piano di convalida di conservazione

CT Melfi è stata variata la modalità di riconvalida della conservazione degli emc


CT di Villa d'Agri e Lagonegro nell'ambito della riconvalida annuale è stato eliminato il processo di conservazione del plasma con relativa attività di convalida

-Piano di convalida di assegnazione e consegna degli emocomponenti

Riconvalida annuale e cambio del protocollo di convalida

-Piano di convalida di trasporto sangue ed emocomponenti

È stato predisposto per ciascun CT un unico piano per il trasporto emc all'interno ed all'esterno dell'ospedale con convalide distinte per trasporto esterno ed interno,

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 11 di 33</p>
--	--	----------------------

nonché modificato il protocollo di convalida per il trasporto esterno attraverso il monitoraggio continuo della temperatura di trasporto

-Convalida scanner (lettori ottici)

CT di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro- la convalida è stata effettuata con lo scopo di descrivere le modalità di convalida degli scanner utilizzati per la lettura di tutte le etichette utilizzate nei centri trasfusionali (etichette di donazioni, di emocomponenti, di riconoscimento di operatori e apparecchiature).

-Piano di convalida di congelamento del plasma

CT di Melfi-sono state prodotte le prove di convalida al piano redatto a fine anno 2016

-Piano di convalida dei saggi sierologici

CT di Melfi-revisione annuale con relative prove di convalida

-Piano di convalida dei test immunoematologici

CT di Melfi-revisione annuale con relative prove di convalida

-Piano di convalida del processo di produzione di emocomponenti mediante separazione del sangue intero

CT di Melfi-revisione annuale con relative prove di convalida

-Piano di convalida del processo di invio plasma all'industria

CT di Melfi-revisione annuale e ridefinito il protocollo di convalida con variazione numero di unità da inserire nel box

L'attività di riconvalida di ciascun piano ha previsto la redazione del risk assessment, la qualifica dei locali, materiali ed apparecchiatura e le prove di convalida del processo oggetto del piano, ovvero l'allestimento di prove documentate ed obiettive comprovanti che i requisiti prestabiliti del processo in questione possono essere sistematicamente soddisfatti.

Le attività effettuate a seguito change control hanno riguardato per ciascun processo, ove è stato necessario metterlo in pratica, la valutazione del risk assessment, la verifica dei risultati raggiunti, il riesame ed approvazione finale del cambiamento, la verifica dell'avvenuta modifica, la comunicazione alle parti interessate e l'archiviazione della documentazione del change control

-Predisposizione del Plasma Master File per i CT di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro richiesto dalla CSL Plasma Behring contenente tutte le informazioni tecnico-scientifiche ritenute rilevanti per la produzione degli emoderivati, necessarie a garantire la sicurezza e l'efficacia dei molteplici processi che interessano la produzione di plasma destinato all'industria degli emoderivati



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 12 di 33

-Recezione di audit da parte di valutatori della CSL Plasma Behring ai fini della qualifica dei Centri Trasfusionali di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro per la fornitura del plasma.

-Recezione di audit da parte dei valutatori regionali per l'accreditamento istituzionale dei CT transitati all'AOR

-Accompagnamento dei Centri Trasfusionali verso l'autonomia dall'ASP e l'accorpamento all'AOR attraverso il supporto alla predisposizione di specifica documentazione inerente il SGQ

-Trasferimento di tutta la documentazione inerente l'accreditamento con CSL Plasma Behring e la Regione Basilicata ai responsabili dei CT/referenti della qualità per il prosieguo dell'attività

-Partecipazione alla formazione predisposta dall'A.GE.NA.S per conto del Ministero della Salute finalizzata all'acquisizione delle competenze di auditor/valutatore dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) e all'iscrizione nel rispettivo elenco nazionale ai sensi del decreto del direttore Generale della Programmazione Sanitaria del 19 luglio 2017

-Predisposizione degli standard per il Manuale Nazionale dell'OTA/adempimento D: "Definire la pianificazione, effettuazione e valutazione delle proprie attività anche al fine del loro miglioramento"


-Mantenimento delle competenze di auditor/valutatori OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) partecipando alla formazione periodica messa a punto dall'A.GE.NA.S per conto del Ministero della Salute

-Valutazione di opportunità (tempi e modalità) su esecuzione di istanza di autorizzazione e accreditamento provvisori per i posti letto di lungodegenza ad alta Intensità di Cure –LAIC da attivare c/o la UOC AMAPA Area Medica di Assistenza Post Acuzie di Maratea (delibera n.685 del 2-11-2017)

-Consulenza per la U.O.S.D. Formazione sul Sistema di Gestione Qualità ai fini del rilascio dell'accreditamento standard del provider ECM dell'ASP

-Partecipazione al corso per comprendere ed applicare la Norma ISO 9001/2015 (vigente da febbraio 2018) organizzata dall'UNI c/o la propria sede di Milano

-Partecipazione c/o la Regione Basilicata all'avvio delle attività di Revisione del Manuale Regionale di Accredimento delle Strutture Sanitarie (DGR n.2753/2005) ai fini dell'adeguamento dello stesso ai requisiti e criteri contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 nel rispetto del

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 13 di 33</p>
--	--	----------------------

cronoprogramma stabilito nell'accordo stato-Regioni del 19 febbraio 2015, recepito con DGR n. 1471/2015.

-Predisposizione scheda tecnica per i cittadini e stakeholders sull'Accreditamento Istituzionale all'interno del Bilancio Sociale dell'ASP, anno 2017

5.1.2 – Attività per l'anno 2018

Le azioni per l'anno 2018 sono le seguenti:

Predisposizione del Piano della Qualità (relativamente alla Qualità e Accreditamento Istituzionale) anno 2018

Sperimentazione scheda di riconciliazione farmacologica presso le unità operative di medicina fisica e riabilitazione e di lungodegenza medica del POD di Venosa ai fini della predisposizione di una specifica procedura

Contestualizzazione/adattamento di linee guida internazionali su aree di miglioramento dell'attività erogata con possibile avvio di un audit clinico nelle unità operative di medicina fisica e riabilitazione del POD di Venosa, lungodegenza riabilitativa del POD di Chiaromonte e nella RSA-R2 del POD di Maratea

Predisposizione ed attuazione della procedura sulla gestione della cartella/scheda sanitaria ambulatoriale in coerenza con il Manuale Regionale di Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private, rev.01, di prossimo recepimento nei DD.SS.BB. Di Melfi e Venosa


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 di cui all'art.16, c.14 della L.R. n.28/2000 e s.m.i. per tutte le nuove strutture sanitarie aziendali al fine di consentire l'immediata operatività delle stesse

Predisposizione di istanze di autorizzazione definitiva per le strutture sanitarie aziendali previste dalla DGR n.190/2018

Predisposizione di istanze di autorizzazione provvisoria e di accreditamento transitorio delle strutture sanitarie aziendali nel rispetto della DGR n.1598/2006

Revisione della procedura di gestione della documentazione a seguito L.R. n.2/2017 di riordino del servizio Sanitario Regionale che ha sancito il passaggio degli ospedali di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro all'AOR San Carlo di Potenza

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 14 di 33</p>
--	--	----------------------

Partecipazione alla revisione del Manuale Regionale di Accreditamento delle strutture Sanitarie Pubbliche e Private a seguito DGR 1471/2015 di recepimento 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/valutatore OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) a seguito formazione predisposta dall'A.GE.NA.S per conto del Ministero della Salute

Partecipazione per conto del Ministero della Salute agli audit sugli OTA 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 del 19-7-2017

Partecipazione al corso di formazione dal titolo "dalla gestione del rischio alla sicurezza dei pazienti" presso la fondazione GIMBE di Bologna

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

Con il definitivo passaggio degli ospedali per acuti di Melfi-Villa d'Agri e Lagonegro all'AOR San Carlo, ai sensi della L.R. n./2017, l'attività erogata a favore di detti ospedali ed in particolare della medicina trasfusionale non è più erogata dall'ASP per l'anno 2018



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 .

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;
- 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	- elaborazione dei dati raccolti, interpretare i

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	Piano della Qualità Aziendale Anno 2018	pag. 16 di 33
--	--	---------------

dei risultati	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 2010-2017

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.

Di seguito vengono riportate le attività svolte fino al 2017.

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

	Piano della Qualità Aziendale Anno 2018	pag. 17 di 33
---	--	---------------


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
2017	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Potenza, Melfi e Senise	368 utenti

5.2.3 – Attività per l'anno 2018.

Nell'anno 2018 l'indagine sulla qualità percepita riguarderà il servizio delle Cure Domiciliari su tutti i Distretti sanitari dell'Azienda.


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 il Direttore dell'UOC "Oncologia Critica territoriale , Cure domiciliari e Palliative" , svilupperà il progetto esecutivo dell'attività, definendo: .

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

	Piano della Qualità Aziendale Anno 2018	pag. 18 di 33
---	--	---------------

**SCHEDA TECNICA
INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION PRESSO IL SERVIZIO DELLE
CURE DOMICILIARI.**

FINALITA'	Rilevazione e valutazione della qualità percepita nel servizio delle cure domiciliari ; 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 il Servizio delle Cure Domiciliari , attestato all'UOC "Oncologia critica territoriale, Cure domiciliari e Palliative" e riguarderà tutto l'ambito aziendale.
AREA E FATTORI INDAGATI	Oggetto dell'indagine è la valutazione degli utenti rispetto ad alcuni fattori di qualità riguardanti i seguenti aspetti : informazioni per accedere al servizio , tempi di attesa , valutazione sulle varie prestazioni (assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, ecc) , professionalità degli operatori sanitari; riservatezza , informazioni ricevute , benefici avuti dal servizio , 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) ; il questionario sarà definito in collaborazione con l'UOC "Oncologia critica territoriale, Cure domiciliari e Palliative" .
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 .
CAMPIONE	Per problemi di organizzazione ed economicità per l'indagine si utilizzerà un campione rappresentativo e determinato sul numero degli assistiti in carico alle Cure Domiciliari al 30.7.2018 con riferimento ai pazienti ad alta intensità di assistenza . Nel campione comunque saranno inseriti i pazienti già in carico al servizio almeno da 1-2 mesi .
ORGANIZZAZIONE	L'indagine sarà comunicata ufficialmente al Direttore dell'UOC " Oncologia critica territoriale, Cure domiciliari e Palliative" e sarà presentata attraverso un incontro organizzativo dal Responsabile della Struttura di Staff "URP Comunicazione" per definire le modalità di sviluppo del campione , e i tempi dell'indagine. 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.
COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI	Il Report finale sarà trasmesso alla Direzione Aziendale ed alla UOC "Oncologia critica territoriale, Cure domiciliari e Palliative" che avrà il compito di attivare , ove necessario, un piano di miglioramento in base a quanto emerge dall'indagine ; inoltre

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 19 di 33</p>
--	--	----------------------

	<p>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>
<p>CRONOPROGRAMMA IPOTETICO</p>	<p>Giugno –Luglio 2018 : predisposizione questionario ; Settembre 2018 : sviluppo del campione (utenti da intervistare) Ottobre 2018 :interviste telefoniche; Novembre –Dicembre 2018: validazione questionari ed inserimento dati; Gennaio 2019: elaborazione dati , produzione Report e diffusione dei risultati.</p>



5.3 - Gli standard di qualità dal punto di vista del cittadino.

5.3.1. La normativa nazionale nel settore sanitario.


Nel settore della sanità, con riferimento agli ultimi 20 anni, il settore della qualità è stato al centro di numerosi provvedimenti normativi tenuto conto anche della delicatezza dei servizi sanitari e dell'impatto che hanno sull'utente. A porre le basi sul tema della qualità ed in particolar modo sugli aspetti della qualità percepita quali, la personalizzazione, l'umanizzazione, l'informazione ecc. è senza dubbio il **Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502** e sue successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria).

Il D. L.vo n.502/92 dedica un intero articolo 14, ai temi della qualità in rapporto con il cittadino; in particolare:

- prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione;
- pone a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;
- impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti, sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità.

Successivamente con **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995**, in applicazione del DPCM 27 Gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", viene approvato uno Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari che ricomprende quanto previsto dalla normativa precedente sopra indicata: informazione sui servizi erogati e modalità di accesso, standard di qualità e impegni, tutela del cittadino e forme di partecipazione al miglioramento dei servizi; più in particolare lo schema di riferimento proposto prevede alla sezione terza l'indicazione degli standard di qualità, gli impegni e i programmi volti al miglioramento della qualità del servizio.

L'anno successivo, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 14 del Decreto Legislativo n. 502/92, viene emanato il **Decreto del Ministero della Sanità 15 Ottobre 1996**, con il quale vengono approvati gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	Piano della Qualità Aziendale Anno 2018	pag. 21 di 33
--	--	---------------

dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Di seguito riportiamo una tavola riassuntiva degli indicatori suddivisi per area assistenziale

	Ass. Collett. Amb. Vita e lavoro	Ass. Sanitaria di base	Ass. Special. Semires e territ	Assistenz a Ospedalie ra	Assist. Sanit residenz.	Aspetti generali
Personalizzazioni/ Umanizzazione		6	5	86	4	
Diritto all'informazione	1		2	5	2	2
Prestazioni alberghiere			1	18	16	
Aspetti della prevenzione	3	1		2		3
Totale generale = 79	4	7	8	33	22	5

Il **DM 12.12.2001** per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, prevede un set di indicatori fra i quali tre per la verifica di qualità del processo :

- percentuale di segnalazioni e/o reclami relativi ai tempi di attesa;
- percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta;
- percentuale di UU.OO. di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

Da quanto sopra emerge che nel settore della sanità già prima del D. L.vo n.150/2009 il tema della qualità e degli strumenti per monitorarla (Standard e impegni) , era stato già sufficientemente sviluppato , fornendo quindi una serie di indicazioni alle quali le aziende Sanitarie possono fare riferimento .

5.3.2. La normativa regionale e il contesto ASP di riferimento.

La Basilicata nelle leggi regionali del settore sanitario riprende quanto previsto dalla normativa nazionale , prevedendo gli strumenti volti al controllo di qualità e a garantire la partecipazione e tutela degli utenti nei servizi sanitari.

Più in particolare la **Legge Regionale 31 Ottobre 2001, n.39 "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale "** prevede :



- all'art. 45 Controlli di qualità fra gli indicatori da utilizzare anche quelli “ del grado di soddisfazione dell’utenza, sulla base dei dati forniti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti”;
- all'art.46 punto 4 . Le Aziende Sanitarie approvano e aggiornano al Carta dei Servizi e adottano il regolamento di pubblica tutela. La carta dei Servizi definisce gli impegni e prevede gli standard generali e specifici cui i servizi devono attenersi”.

Successivamente la Basilicata con DGR n. 2753 del 2005 approva il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e nella macroarea **Diritto del paziente** prevede otto elementi da tenere in considerazione:

Carta dei Servizi, Accesso, informazione, Consenso, Reclamo, Privacy, Comfort e Ascolto.

Per quanto riguarda il contesto della nostra ASP possiamo dire che il tema della qualità è stato sempre centrale all’interno dei principi ispiratori e della pratica dei servizi sanitari; con riferimento specifico poi alla qualità dal punto di vista del cittadino , l’ASP dagli anni della sua istituzione (2009) ha provveduto a:

- a pubblicare la prima **Edizione della Carta dei Servizi (Anno 2011)** con una Terza Sezione dedicata agli impegni e standard nei settori : *tempestività e altri fattori legati al tempo, semplicità delle procedure di accesso e amministrative, comunicazione e informazione ,aspetti legati all’orientamento e all’accoglienza nelle strutture sanitarie, aspetti legati alle strutture fisiche ed alla logistica, aspetti legati alla personalizzazione e all’umanizzazione del trattamento sanitario, aspetti alberghieri e comfort, tutela ascolto e verifica;*
- ad approvare il **Regolamento di Pubblica Tutela (Anno 2010)** al fine di garantire la tutela del cittadino nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni sanitarie garantite dalla ASP con pubblicazione sul Sito aziendale del Report annuale sull’andamento dei reclami;
- a programmare e svolgere annualmente in un servizio della ASP una **Indagine sulla soddisfazione degli utenti** con pubblicazione sul Sito Aziendale, rientrante anche negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a predisporre e pubblicare annualmente sul Sito Aziendale il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione , rientrante anche questo negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a sottoscrivere **protocolli di intesa** con le Associazioni di volontariato e di tutela maggiormente rappresentative (Anno 2016 – Protocollo d’intesa fra ASP e Cittadinanzattiva-TDM).

5.3.3. Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP .

Di seguito si riporta l'elenco degli standard di qualità che è lo stesso già allegato al Piano della Performance 2016-2018 e che è stato inserito all'interno della Carta dei Servizi Edizione 2017.

Precisiamo che gli standard di qualità riguardano gli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e pertanto vengono esclusi gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Che cosa sono gli standard di qualità.

Gli standard di qualità sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario. Per questo devono essere dichiarati pubblicamente all'interno della **Carta dei Servizi**, in modo da essere conosciuti dall'utente e devono essere formulati in modo comprensibile.

Di seguito si riporta un prospetto per spiegare la tabella riepilogativa degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini ,così come in appresso specificati:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*

VOCE TABELLA	DEFINIZIONE/SPIEGAZIONE
Obiettivo di Qualità/Impegno	Descrive l'obiettivo di qualità/impegno assunto dall'Azienda su quella particolare area o dimensione (aspetti relazionali, umanizzazione, informazione , ecc.)
Indicatore	E' la misura di riferimento , qualitativa o quantitativa, che consente di valutare l'esito sullo specifico Obiettivo di qualità/impegno , assunto dall'Azienda.
Standard	Lo standard è il valore atteso per l'indicatore , da intendersi come l'obiettivo cui tende l'Azienda . Lo standard può essere quantitativo(espresso con un numero o una %) o qualitativo (espresso con un impegno o programma aziendale)

Gli standard di qualità dell'ASP , saranno monitorati periodicamente dall'Area di Staff "URP Comunicazione" in collaborazione con i Direttori / Responsabili dei servizi interessati.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 24 di 33

ASPETTI RELAZIONALI

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	N. personale dotato del cartellino di riconoscimento /N. totale del personale	100% del personale
2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi	N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami Corsi di formazione sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Decremento % reclami sugli aspetti relazionali Almeno 1 iniziativa di formazione all'anno sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza



UMANIZZAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
3. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza	<p>Procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore sia in ambito residenziale che nei servizi territoriali.</p> <p>Corsi di formazione sulla terapia del dolore e cure palliative e umanizzazione del fine vita</p> <p>N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative necessarie in ambito residenziale</p> <p>N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative richieste nel Servizio ADI</p>	<p>Presenza documenti informativi ai pazienti sulla terapia palliativa e del dolore, sia in ambito residenziale che territoriale</p> <p>Almeno 1 Corso di formazione all'anno sulla terapia del dolore e palliative e umanizzazione del fine vita</p> <p>100% dei pazienti</p> <p>100% dei pazienti</p>
4. Garantire quanto necessario per l'umanizzazione e per il rispetto della privacy nel momento della morte	<p>Procedura che garantisca il rispetto della persona e chi gli è vicino negli ultimi momenti della vita;</p> <p>Procedura di presa in carico della salma;</p> <p>Presenza stanza dedicata al commiato;</p>	<p>Presenza procedura in tutti i Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)/Hospice</p> <p>Presenza procedura in tutti i POD /Hospice</p> <p>Esistenza stanza in tutti i POD</p>
5. Garantire a pazienti fragili o con bisogni complessi, la continuità assistenziale attraverso protocolli di dimissione protetta, tra ASP e AO San Carlo, che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali	<p>Esistenza di Protocolli di dimissione protetta concordati con i servizi territoriali (ADI, RSA, Lungodegenze , ecc.)</p>	<p>Esistenza di Protocolli di dimissione protetta nel 100% dei PP.OO.</p>



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 26 di 33

6. Garantire, al momento della dimissione, la consegna ad ogni utente ricoverato nei POD della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	N. dimissioni con relazione sanitaria/ su numero delle dimissioni	100% delle dimissioni
--	---	-----------------------



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

OBIETTIVI DI QUALITÀ/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
7. Garantire una piena e costante informazione ai cittadini sui servizi sanitari e sulle modalità per l'accesso	a) Esistenza di URP e numero telefonico dedicato all'informazione b) Presenza Sito Aziendale con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni	a) presenza di URP e numero telefonico b) presenza Sito Aziendale contenente informazioni sempre aggiornate
8. Garantire al paziente all'atto del ricovero nei POD una completa informazione sul presidio e sul reparto di ricovero	a) Presenza di opuscolo informativo sul POD completo di foglio di accoglienza di reparto riportante le notizie utili al paziente; b) Presenza di manifesti affissi in reparto riportante informazioni su: nominativi del personale, orario di ricevimento dei medici, orario di visita in reparto, norme per i visitatori.	a) Distribuzione del 100% dei ricoverati dell'opuscolo informativo/foglio di accoglienza b) Presenza manifesti affissi in tutti reparti.
9. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie e per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso	Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente	Consegna della modulistica al 100% dei pazienti interessati con le modalità previste dalla procedura
10. Garantire l'informazione agli utenti sull'orario dell'attività ambulatoriale della medicina generale e sulle forme di medicina associativa	a) Presenza all'ingresso degli studi dei medici di un cartello indicante l'orario di apertura b) Presenza presso gli studi di un cartello indicante i nominativi dei medici associati e numero di telefono	Affissione sul 100% degli studi, dell'orario di apertura ambulatoriale Affissione del cartello sul 100% degli studi interessati



TEMPI E ACCESSIBILITA'

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
11. Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto, il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali su base aziendale (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni strumentali)	N. prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto assicurate nei tempi massimi previsti/N. totale prime visite richieste/prenotate.	90% sia su prestazioni specialistiche che diagnostiche
12. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max, salvo particolari esami	N. referti consegnati entro 5 giorni/N. totale referti consegnati escluso tipologie particolari	100% referti consegnati entro 5 giorni
13. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche	Esistenza di un CUP che assicuri le prenotazioni telefoniche su tutta l'ASP, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche.	Presenza di un CUP per prenotare telefonicamente tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche.
14. Garantire pubblicità sulle modalità e i tempi di consegna copia della cartella clinica per i pazienti ricoverati nei POD (max 10 giorni)	a) Informazioni riportate su opuscoli accoglienza del Presidio e sul Sito Aziendale b) N. copie cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni dalla richiesta / N. totale richieste	a) Consegna opuscolo informativo al 100 % dei ricoveri e presenza scheda informativa sul Sito b) 100% delle richieste da evadere entro 10 giorni
15. Garantire l'attivazione del Piano assistenziale nelle Cure Domiciliari di I,II,III livello entro 5 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti
16. Garantire l'attivazione del Piano assistenziale a pazienti in Cure Domiciliari Palliative entro 3 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 29 di 33

STRUTTURA E LOGISTICA

OBIETTIVI DI QUALITÀ/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
17. Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile	Idonea segnaletica in tutte le strutture	Presenza di idonea segnaletica
18. Garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei portatori di handicap o cittadini fragili	Non presenza nelle strutture sanitarie di barriere architettoniche	100% delle strutture

ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI

OBIETTIVI DI QUALITÀ/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
19. Garantire la facilitazione di procedure amministrative/sanitarie complesse	a) Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse; b) Possibilità di scaricare la modulistica dal Sito Aziendale	Predisposizione di fogli informativi su n. <u>2</u> procedure ad es. : richiesta per protesi, attivazione ADI, ecc.

TUTELA, ASCOLTO E VERIFICA

OBIETTIVI DI QUALITÀ/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD
20. Garantire la tutela dei cittadini attraverso una procedura per la gestione dei reclami, che assicuri la risposta in un tempo non superiore a 30/45 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità	Esistenza di procedura per la gestione dei reclami	Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura e pubblicazione Report sul Sito Aziendale
21. Effettuare nei servizi sanitari la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti	Effettuazione di una indagine sulla qualità percepita dagli utenti su un servizio scelto annualmente	Almeno una indagine all'anno con pubblicazione del Report sul Sito Aziendale




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Qualità Aziendale Anno 2018

pag. 30 di 33

22.Mettere a disposizione delle Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità spazi dedicati per attività di accoglienza e informazione	Spazi dedicati per Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa	Presenza di spazi dedicati
--	---	----------------------------

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 31 di 33</p>
--	--	----------------------

6- Risorse

La messa in campo delle azioni finalizzate a condurre le strutture sanitarie aziendali verso la qualità e l'accreditamento saranno a cura del Dirigente dell'Ufficio Accreditamento che si avvale nella sua funzione dei referenti della qualità presenti nelle unità operative.

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

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

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2018</p>	<p>pag. 32 di 33</p>
--	--	----------------------

- La quarta fase relativa all'ACT consiste :
 - 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

