



|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 1 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

**Delibera del direttore Generale n. 1090 dell'8-11-2010**

**MANUALE DELLA QUALITA'**  
**PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**  
**DELLE STRUTTURE SANITARIE DELL'ASP**

| Redazione   |      |       | Verifica  |      |       | Approvazione          |      |       |
|---|------|-------|---|------|-------|-----------------------|------|-------|
| Funzione  | Data | Firma | Funzione  | Data | Firma | Funzione              | Data | Firma |
| RESPONSABILI<br>QUALITÀ<br>EX ASL1<br>EX ASL 2<br>REFERENTE<br>ACCREDITAMENTO<br>EX ASL 3 |      |       | DIRETTORE<br>AMMINISTRATIVO<br>DIRETTORE<br>SANITARIO |      |       | DIRETTORE<br>GENERALE |      |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 2 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

## INDICE

### **1. OGGETTO/PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA**

### **2. SCOPO**

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

### **4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**

### **5. DEFINIZIONI E SIGLE**

### **6. RESPONSABILITÀ**


### **7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI VENOSA**

#### **7.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

- 7.1.1. Carta dei servizi
- 7.1.2. Accesso
- 7.1.3. Informazione
- 7.1.4. Consenso
- 7.1.5. Reclamo
- 7.1.6. Privacy
- 7.1.7. Comfort
- 7.1.8. Ascolto

#### **7.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)**

- 7.2.1. Leadership (mission, vision)
- 7.2.2. Partnership
- 7.2.3. Risorse umane
- 7.2.4. Formazione e aggiornamento del personale

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 3 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

- 7.2.5. Risorse tecnologiche/servizi
- 7.2.6. Sistema informativo
- 7.2.7. Miglioramento della qualità

### **7.3.0. MACROAREA PERCORSI ASSISTENZIALI**

### **7.4.0. DESCRIZIONE DI ALCUNI PROCESSI CRITICI AZIENDALI NON ESPRESSAMENTE PRESCRITTI DALL'ACCREDITAMENTO**

## **8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI POTENZA**

### **8.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

- 8.1.1. Carta dei servizi
- 8.1.2. Accesso
- 8.1.3. Informazione
- 8.1.4. Consenso
- 8.1.5. Reclamo
- 8.1.6. Privacy
- 8.1.7. Comfort
- 8.1.8. Ascolto


### **8.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)**

- 8.2.1. Leadership (mission, vision)
- 8.2.2. Partnership
- 8.2.3. Risorse umane
- 8.2.4. Formazione e aggiornamento del personale
- 8.2.5. Risorse tecnologiche/servizi
- 8.2.6. Sistema informativo
- 8.2.7. Miglioramento della qualità

## **9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI LAGONEGRO**

### **9.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

- 9.1.1. Carta dei servizi
- 9.1.2. Accesso
- 9.1.3. Informazione
- 9.1.4. Consenso
- 9.1.5. Reclamo
- 9.1.6. Privacy
- 9.1.7. Ascolto


|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 4 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

## **9.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)**

- 9.2.1. Leadership (mission, vision)
- 9.2.2. Partnership
- 9.2.3. Risorse umane
- 9.2.4. Formazione e aggiornamento del personale
- 9.2.5. Risorse tecnologiche/servizi
- 9.2.6. Sistema informativo
- 9.2.7. Miglioramento della qualità

## **10. ACCESSIBILITA'**

## **11. ALLEGATI**

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITÀ PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 5 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|---|--|

## 1. OGGETTO/PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP), istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008 è subentrata alle Aziende Sanitarie soppresse n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, racchiude l'intera provincia di Potenza, comprende 100 comuni e una popolazione complessiva di circa 387.300 abitanti, distribuiti su una superficie di 6.546 Km<sup>2</sup> in gran parte montuosa, intersecata di vallate e servita da infrastrutture non sempre sufficienti a garantire adeguati collegamenti. Il territorio della provincia si caratterizza per la molteplicità delle tipologie degli ambienti che lo compongono: al suo interno sono presenti poli industriali, aree protette e parchi, l'area urbana di Potenza, capoluogo di provincia in cui sono concentrati la maggior parte dei servizi della pubblica amministrazione. Le popolazioni della provincia presentano ampie differenze culturali, persino etniche, che si traducono in rapporti di non completa coesione. Vasti strati di popolazione dimostrano un crescente radicamento alle loro realtà locali e ai loro ambiti territoriali che si manifestano con l'esigenza di sostituire ai meccanismi di delega, forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Tuttavia, nei singoli ambiti territoriali la relazione con il contesto sociale di riferimento non prescinde da un patrimonio acquisito di partecipazione sociale. Sul piano comportamentale è evidente la volontà di "prendere parte" ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone .....In via transitoria, sino all'individuazione definitiva degli ambiti territoriali delle Comunità Locali, i territori dei distretti socio-sanitari coincidono con le perimetrazioni previste dalla tabella A della Legge Regionale n.30/94 e la sede di ciascun distretto rimane quella della corrispondente azienda sanitaria soppressa. (*.....dall'atto aziendale*).

## 2. SCOPO

Il presente Manuale della Qualità dell'ASP è finalizzato a descrivere il Sistema Qualità aziendale nell'ottica dell'Accreditamento Istituzionale, presente nelle disciolte aziende sanitarie. Costituisce per tutti i livelli aziendali un costante riferimento nell'applicazione e mantenimento del Sistema Qualità. In esso sono documentati i requisiti di Gestione della Qualità dei prodotti/servizi erogati per garantire il soddisfacimento delle aspettative degli utenti.


Il M.Q. viene utilizzato per:

- addestrare il personale all'applicazione del Sistema di Qualità aziendale
- dimostrare all'esterno in quale modo l'ASP gestisce il proprio Sistema di Qualità
- facilitare i valutatori regionali nelle visite per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie dell'ASP.

Il manuale deve essere letto e utilizzato integrando il contenuto con la documentazione (atti di indirizzo, procedure, piani, tabelle) in esso richiamati.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il M.Q. è ottemperato dal personale presente nelle articolazioni aziendali dell'ASP nel rispetto dei requisiti presenti nelle macroaree diritti dei pazienti, sistema di supporto e percorsi assistenziali

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITÀ PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 6 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|---|--|

previsti dal Manuale Regionale di accreditamento, nonché per le procedure riportate non espressamente prescritte dall'accREDITAMENTO istituzionale.

I capitoli del Manuale della Qualità per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie dell'ASP saranno rivisti ed aggiornati ogniqualvolta i soggetti interessati all'attuazione dei requisiti delle macroaree previste nel "Manuale per l'AccREDITAMENTO della Regione Basilicata" ravviseranno la necessità di introdurre modifiche e/o sostituzioni della documentazione.

#### **4. DOCUMENTI/PROVVEDIMENTI DI RIFERIMENTO**

Decreto Legislativo n.502 e s.m.i.

DGR n. 2753 del 30/12/2005 di Approvazione del Manuale Regionale di AccREDITAMENTO

DGR n.1598 di Approvazione del procedimento amministrativo per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Basilicata

Decreto legislativo 196/2003 e s.i.m.

Decreto Legislativo n.196 e s.m.i.

#### **5. DEFINIZIONI E SIGLE**

ASP= Azienda Sanitaria di Potenza

SGQ= Sistema di Gestione Qualità

MQ= Manuale della Qualità

#### **6. RESPONSABILITÀ**


La responsabilità del SGQ è in capo al Direttore Generale dell'ASP che si avvale delle articolazioni aziendali, dei responsabili ad esse preposte, dei referenti della qualità disseminati in tutte le unità operative ospedaliere e territoriali e di tutti gli operatori per l'attuazione ed il controllo della documentazione già pianificata nelle sopresse aziende sanitarie e per l'implementazione della nuova documentazione ASP. La responsabilità specifica del coordinamento del SGQ e dei singoli percorsi è strettamente legata all'attuazione dell'atto aziendale.

#### **7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI VENOSA**

##### **7.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

###### **7.1.1. Carta dei Servizi**

La Carta dei servizi dell'ex azienda sanitaria di Venosa, denominata "Riconosci la tua ASL", aggiornata all'anno 2008, è stata pubblicata nel mese di giugno 2008 (in forma cartacea e sul sito Web dell'ex ASL n.1), comprende le modalità di accesso alle strutture sanitarie ospedaliere e

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 7 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

territoriali dell'ex ASL n.1, gli orari degli ambulatori, i prodotti erogati (mission) e gli impegni e standard assunti (vision), le informazioni utili ai cittadini concernenti i servizi ospedalieri e territoriali: la tipologia di assistenza garantita nell'ambito territoriale di Venosa, gli operatori presenti in ogni articolazione aziendale, la funzione svolta da ciascuno di loro all'interno dell'organizzazione, informazioni sulla distribuzione diretta dei farmaci, sul rilascio della documentazione sanitaria, sul trasporto in ambulanza, sulle regole da rispettare in ospedale e su tutto quanto è utile al cittadino nel momento in cui accede alle strutture sanitarie dell'ex ASL di Venosa. L'opuscolo informativo aziendale è stato distribuito nelle unità operative ospedaliere e territoriali, alle associazioni di volontariato e agli organi istituzionali.

#### 7.1.2. Accesso

L'ASP con delibera n. 637/2009 ha predisposto il Piano aziendale per il contenimento delle liste di attesa nel rispetto delle direttive regionali comprendente le azioni messe in atto per contenere i tempi di attesa alle prestazioni ambulatoriali.

Nella ex ASL di Venosa, al fine di monitorare i tempi di attesa delle visite e prestazioni ambulatoriali, il gruppo di lavoro aziendale con delibera n. 572 del 2-09-2005 ha predisposto il piano aziendale delle attività ambulatoriali delle aree critiche finalizzato ad individuare le azioni da intraprendere per il superamento delle criticità e monitorare i risultati a seguito della messa in atto delle azioni di miglioramento. Successivamente, per perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva, con delibere n. 573 del 2-9-2005 e n. 58 del 26-01-2006 l'ex ASL 1 ha inteso regolamentare l'accesso per branche specialistiche critiche secondo classi di accesso per priorità RAO e avviare la relativa sperimentazione con delibera n. 87 del 2-2-2006. Infine, con delibera n. 84 del 16-02-2007 è stato adottato il regolamento che prevede le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche/esami strumentali e la gestione delle agende di prenotazione in caso di sospensione per gravi ed eccezionali motivi, recependo il relativo disciplinare tecnico regionale di cui alla DGR n.1961 del 10-12-2006. La modalità di prenotazione delle visite e prestazioni ambulatoriali per via telematica è avviata da oltre dieci anni, con l'istituzione del CUP prima aziendale e poi regionale, fornendo, in tal modo, la possibilità di prenotare su tutto il territorio regionale attraverso appositi sportelli ubicati nelle strutture ospedaliere e territoriali. Successivamente sono stati abilitati alla prenotazione elettronica: le farmacie territoriali, i medici di medicina generali, i pediatri di libera scelta e gli stessi utenti. Dal 2007 è attivo il call center regionale.


Per quanto attiene l'accesso ai documenti amministrativi è stato predisposto il regolamento interno sulle modalità di accesso agli atti e servizi amministrativi nel rispetto della legge n.241/90, recepito con delibera n. 411 del 20 giugno 2007.

#### 7.1.3. Informazione

Le informazioni da fornire agli utenti riguardante la logistica, l'organizzazione e gli aspetti clinici sono riportate nell'opuscolo informativo "Riconosci la tua ASL".

#### 7.1.4. Consenso

L'ex azienda sanitaria di Venosa ha predisposto l'atto di indirizzo per l'acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario (ADP4), di cui si è preso atto con delibera n. 296 del 10/05/2007. L'atto di indirizzo è stato portato a conoscenza dell'Ufficio di direzione, che dopo attenta valutazione ha deciso di utilizzare moduli differenziati di consenso informato all'atto sanitario e non un modello unico per tutte le unità operative.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 8 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

#### 7.1.5. Reclamo

Nell'ex azienda sanitaria di Venosa la gestione dei reclami è garantita con il regolamento di pubblica tutela, parte integrante della delibera n. 746 del 17/11/2005. Nel corso dell'omogeneizzazione delle procedure tra le ex aziende è stata predisposta la bozza del regolamento di pubblica tutela dell'ASP.

#### 7.1.6. Privacy

L'ASP con delibera n. 300 del 07/04/09 ha approvato i Documenti Programmatici per la Sicurezza 2009 procedendo ad unificare i tre distinti DPS delle disciolte aziende sanitarie nel solo documento programmatico sulla sicurezza 2009, distinto in tre sezioni, una per ciascuna della tre ex ASL. Con tale Documento l'ASP ha inquadrato lo stato dell'arte della sicurezza informatica dell'Azienda in materia di trattamento di dati personali, definito le politiche di sicurezza ed i criteri organizzativi per la loro attuazione. Nel dicembre c.a. l'ASP in data 15/12/2009 con delibera n. 1208 ha individuato gli amministratori di sistema alla luce del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali del 27/11/2008 e s.m.i.


#### 7.1.7. Comfort

Per gli aspetti del comfort, in particolare per la sanificazione degli ambienti dell'ospedale di Melfi, uffici sanitari extraospedalieri e parte dell'ospedale di Venosa (della restante parte è garantita da personale dipendente), l'ex ASL 1 ha predisposto con delibera n. 760 del dicembre 2007 procedura di gara per l'affidamento del servizio di pulizia contenente il disciplinare tecnico cui adeguarsi per la garanzia della pulizia degli ambienti. A seguito di aggiudicazione di gara l'attività di sanificazione è stata affidata alla ditta vincitrice. Inoltre, negli ospedali di Melfi e Venosa sono state istituite camere a pagamento nel rispetto delle direttive nazionali e regionali; l'ultimo aggiornamento risale al 2004 con la delibera n. 46. E' stato altresì, predisposto il regolamento di accesso agli ospedali da parte dei badanti con l'estensione del servizio mensa delibera n. 261 del 5/07/1999 (ultimo aggiornamento).

#### 7.1.8. Ascolto

Con delibera n.190 del 23/03/2007 l'ex ASL di Venosa ha predisposto l'atto di indirizzo sulle modalità di valutazione della soddisfazione dell'utenza (ASS23) e successivamente con delibera n. 244 del 17/04/2007 ha costituito il gruppo di progettazione per la messa in atto della customer satisfaction, eseguita nello stesso anno. Con delibere nn. 420 e 304 del 2008 è stato istituito e regolamentato il comitato consultivo dell'ex ASL di Venosa.



|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 9 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|--|

## 7.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)

### 7.2.1. Leadership

L'Azienda Sanitaria ASP con delibera n. 1038 del 23-10-2009 ha approvato l'atto aziendale per la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'azienda sanitaria locale di Potenza, nel quale ha definito la propria Mission e Vision, le funzioni, l'assetto istituzionale, gli organi aziendali, il modello di organizzazione e di funzionamento dei servizi.

Ciascuna unità operativa, ospedaliera e territoriale ha predisposto l'elenco dei prodotti/servizi erogati, gli standard, gli indicatori e le modalità di monitoraggio adottate, comprensive delle responsabilità relative alla rilevazione ed elaborazione dei dati; degli stessi si è preso atto con delibera n.358 del 30/05/2007.

### Mission

1. L'Azienda è un Ente Pubblico senza scopo di lucro, che attraverso specifici interventi sanitari, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata secondo i principi di equità nell'accesso, adeguatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza. Nel favorire la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza, come definiti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, l'Azienda svolge il ruolo di produttore diretto dei servizi e di acquirente di prestazioni da soggetti accreditati ponendosi come centro di una rete di erogatori autonomi, ma coordinati.


2. L'attività dell'Azienda è inoltre finalizzata a contribuire alla promozione, al mantenimento ed allo sviluppo dello stato di salute della comunità per la quale opera, non limitandosi dunque a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, favorendo l'attività di prevenzione e concorrendo all'eliminazione degli ostacoli al reinserimento sociale delle persone che soffrono situazioni di marginalità.

3. L'Azienda deve essere capace di esercitare con autorevolezza il ruolo di governance clinica di sistema, orientando le mission dei singoli produttori, monitorando e valutando l'appropriatezza dei consumi tramite l'esercizio di un efficace ruolo di moral persuasion. Competenze bilanciate tra governo della produzione e dei consumi favoriranno lo sviluppo di competenze complessive di tutela della salute.

4. L'ASP gestisce le risorse che le sono affidate informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza ed economicità e di equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati. Essa persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

5. L'Azienda realizza *attività formative* e in collaborazione con la Regione Basilicata con l'Azienda Ospedaliera Regionale, l'IRCS regionale e l'Università di Basilicata ed altri Enti, promuovendo attività di ricerca e di sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa.

6. L'Azienda persegue *l'integrazione* fra le attività di assistenza sanitaria e gli interventi di natura sociale, in collaborazione con gli enti locali, nelle forme previste dalla normativa e dalla programmazione regionale, concordate localmente.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 10 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

7. L'Azienda è impegnata a ricercare *forme di integrazione* con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio, per arricchire il capitale sociale già fortemente radicato nella provincia e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini. La complessità e pluralità dei bisogni, i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta, impensabili per un unico soggetto, da cui la necessità di sviluppare alleanze con tutti i soggetti sia pubblici che privati operanti nel campo sanitario, produttivo, sociale e assistenziale, culturale, formativo e della qualità della vita. L'Azienda promuove una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

8. Al fine di conseguire più elevati gradi di efficienza ed efficacia l'azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuove forme innovative di gestione quali le sperimentazioni gestionali, mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico-privato, di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento convenzionale tra enti diversi e fondazioni Onlus (*.....dall'atto aziendale*).


## Vision Strategica

1. La visione strategica dell'Azienda è rivolta a perseguire la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità ai servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni e attese, orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili. Per la realizzazione della sua prospettiva strategica l'Azienda deve ricercare ed offrire il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di determinare il raggiungimento dei suoi obiettivi. A tal fine individua nella concertazione e nella rendicontazione con le organizzazioni sindacali e le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, gli strumenti di relazione ottimale.

2. L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione a rete, al tempo stesso differenziata ed integrata al suo interno e con le altre aziende sanitarie con cui intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di qualità sostenibili nel tempo; un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita e di sviluppo ai professionisti che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno.

3. Per il perseguimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'azione dell'Azienda si avvale di sinergie con le altre aziende sanitarie della Regione ed in particolare con l'Azienda Sanitaria di Matera, con l'Azienda Ospedaliera regionale, l'IRCCS - CROB.

L'Azienda vede nell'integrazione sovradistrettuale per aree territoriali il modo di realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare assistenza di elevata qualità e a costi sostenibili a tutta la popolazione della provincia, in un quadro organizzativo generale in cui le scelte di sviluppo differenziate e complementari dei diversi *Distretti della Salute* si accordano in un modello a rete integrata con nodi sovraordinati (modello Hub&Spoke).

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 11 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

4. L'integrazione in aree territoriali interdistrettuali e/o sovradistrettuali avviene su tre livelli e secondo le previsioni del presente Atto aziendale:

- a) livello di programmazione o di governo, finalizzato all'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra distrettuale, alla definizione della loro distribuzione e del rispettivo sistema di governo.
- b) Livello organizzativo-gestionale, per la definizione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili e con estensione a tutto il territorio di tale processo di ottimizzazione.
- c) Livello professionale, indispensabile alla promozione delle migliori pratiche assistenziali. Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle clinical networking (reti cliniche integrate) e affida alla Direzione Sanitaria aziendale la pianificazione delle azioni specifiche da realizzare in coerenza con gli obiettivi di miglioramento della qualità concordati a livello di Direzione Generale (*.....dall'atto aziendale*).

#### 7.2.2. Partnership

L'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con i partner dell'ex azienda sanitaria di Venosa sono regolati da appositi e specifici convenzioni, accordi, regolamenti e contratti. I partner che collaborano con l'ex ASL 1 sono rappresentati da più tipologie:

-Partner che erogano prestazioni sanitarie e/o attività di supporto alle stesse per i quali è previsto un compenso professionale o la remunerazione delle prestazioni sanitarie: professionisti, ospedali regionali ed extraregionali, cooperativa sociale di supporto ai punti salute, centri esterni accreditati (CEA)

-Partner per i quali non è previsto un compenso professionale: (Ufficio di coordinamento distrettuale –UCAD, Comitato dei Sindaci, Commissione mista conciliativa prevista dal regolamento di pubblica tutela)

-Ditte aggiudicatrici di appalto per fornitura di beni e servizi


#### 7.2.3. Risorse umane

L'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane dell'ASP è strettamente subordinato all'attuazione dell'atto aziendale. Per quanto attiene compiti e responsabilità del personale, ad oggi, sono vigenti specifiche delibere: n. 451/2006 per il personale dirigente e n. 302/2008 per le posizioni organizzative del personale del comparto, rispettivamente di ricognizione e proroga degli incarichi in precedenza assegnati.

Con delibera n 195 del 26/03/2007 l'ex ASL ha preso atto delle modalità di pianificazione di indagini di soddisfazione degli operatori (ASS24) e con delibera n.173/2008 è stato costituito il team per la messa in atto dell'indagine di soddisfazione degli operatori. L'indagine è stata effettuata e i risultati inviati alla direzione generale. Con disposizione del direttore sanitario n. 406/2005 e delibera del direttore generale n. 296/2007 si è preso atto rispettivamente delle procedure predisposte per l'inserimento del personale neo assunto/trasferito del comparto (PG01) e del personale laureato (PSS7) .

#### 7.2.4. Formazione e aggiornamento del personale

L'ASP con delibera n. 219 del 16/03/2009 ha approvato il piano di formazione provvisorio per il triennio 2009/2011 che racchiude i programmi delle disciolte aziende sanitarie 1-2-3. Detto piano sarà aggiornato rimodulando le iniziative previste nel piano provvisorio, accorpando le attività

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 12 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

formative trattanti gli stessi argomenti ed estendendole a tutto il personale aziendale, dando priorità ad iniziative formative vertenti sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Con delibera n.337 del 18/3/2009 l'ASP ha approvato la Costituzione dei fondi provvisori per l'attività di formazione e di aggiornamento e con delibera n. 538 del 8/6/2009 la disciplina provvisoria dell'attività di formazione.

Negli anni 2006 e 2007 nell'ex ASL di Venosa il momento formativo, preliminare alla pianificazione dei requisiti previsti dal Manuale Regionale di Accreditamento, progettato e organizzato dal responsabile dello staff sistema di assicurazione qualità, che ne ha anche assicurato la docenza, ha rappresentato la strategia ottimale per l'implementazione delle procedure previste dall'accREDITAMENTO istituzionale. Il corso accREDITATO dalla commissione Nazionale ECM (e 8 repliche dello stesso), rivolto a medici, sanitari laureati non medici, personale del comparto (infermieri professionali, ostetriche, tecnici di radiologia, di laboratorio, fisioterapisti), e ad alcuni operatori dei ruoli tecnico ed amministrativo, ha garantito la partecipazione di numerosi operatori e offerto agli stessi, indipendentemente dalla professione, conoscenze sull'accREDITAMENTO istituzionale, abilità e competenze nella costruzione degli strumenti previsti dal manuale di accREDITAMENTO regionale.


#### 7.2.5. Risorse tecnologiche/servizi

Con delibera n.773 del 27 luglio 2009 l'ASP ha adottato la proposta di programma pluriennale degli investimenti dei tre ambiti territoriali di Venosa, Potenza e Lagonegro, predisponendo elenchi aggiornati, allegati alla delibera citata. Il commissario liquidatore dell'ex ASL di Venosa con delibere n. 2 del 21.01.2009 e n. 69 del 20 aprile 2009 ha approvato l'inventario dei beni mobili ed immobili esistenti al 31.12.08 e il relativo l'ammortamento. L'ex ASL n.1 con delibera n.649/2007 ha attribuito al responsabile dell'unità operativa, che ha in dotazione i singoli beni, la responsabilità per l'utilizzo del bene/servizio, con delibera n. 304 dell'11/05/2007 ha predisposto ed attuato il piano di manutenzione programmata degli impianti elettrici, riscaldamento, condizionamento, gas medicali, idrici, infissi e opere murarie (PRSS13) e la procedura di gestione e manutenzione attrezzature (tecnologie biomediche) (PSS13). L'addestramento del personale all'uso di nuovi beni/servizi è effettuato dalle rispettive ditte fornitrici.

#### 7.2.6. Sistema informativo

Con delibera n. 624 del 25 settembre 2007 è stato pianificato nell'ex ASL di Venosa il documento sui flussi informativi (DSS14) in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità. Per la gestione della documentazione è stata predisposta ed attuata specifica procedura (PSS15), approvata con delibera n. 215 del 29 marzo 2007, rettificata in alcune parti con delibera n. 222 del 3/4/2007. Tale procedura descrive le modalità attraverso cui è gestita e tenuta sotto controllo la documentazione utilizzata nell'ex ASL 1 (gestione dispositivi e documentazione specifica per il SGQ). La procedura prevede la codifica, la struttura della documentazione per il governo di percorsi e macroaree previste espressamente e, non, dal SGQ finalizzato all'accREDITAMENTO istituzionale, le responsabilità e le azioni di chi emette la documentazione ed i format per la pianificazione della documentazione.

Con delibera n.472 del 28.06.2006 l'ex ASL 1 ha adottato il Documento Programmatico sulla Sicurezza ai sensi del punto 19 del disciplinare tecnico, allegato B del decreto legislativo 196/2003, nel quale ha previsto, ai sensi della regola 19.4, misure di sicurezza di tipo fisico con lo scopo di mantenere un ambiente di lavoro protetto che impedisca perdite di informazioni e di patrimonio intellettuale di proprietà dell'azienda. L'ASP con l'approvazione del Documento programmatico per

|  |   |   |
|--|---|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITÀ PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 13 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|---|---|

la sicurezza (DPS) adottato con delibera n. 300 del 07.04.09 ha recepito i tre DPS delle disciolte aziende, inquadrato lo stato dell'arte della sicurezza informatica nei tre ambiti territoriali in materia di trattamento di dati personali, definito le politiche di sicurezza ed i criteri organizzativi per la loro attuazione.

#### 7.2.7. Miglioramento della qualità

Il Piano della Qualità, recepito con delibera n. 341 del 25/5/2007, esplicita la Politica per la Qualità che la ex ASL ha inteso perseguire, gli obiettivi, le azioni e le risorse per l'implementazione e sviluppo del SGQ, nonché le modalità adottate per la messa in atto della formazione agli operatori, finalizzata all'apprendimento di abilità e capacità di analisi della propria organizzazione, in riferimento ai principali prodotti/servizi erogati e strumenti e metodi per la gestione della qualità secondo il modello regionale per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.

##### percorsi assistenziali

Nell'ex ASL di Venosa sono stati pianificati i percorsi assistenziali previsti dal Manuale Regionale di AccredITAMENTO, presenti nelle strutture sanitarie. In particolare i percorsi assistenziali: paziente nefropatico cronico e paziente oncologico sono stati considerati limitatamente all'attività presente nei servizi aziendali, rispettivamente di dialisi, attività di sostegno psicologico per il paziente oncologico operato e alla presa in carico dello stesso alla dimissione (requisiti 8 e 9).

Gli standard contenuti nella documentazione di tutti i maggiori percorsi assistenziali pianificati sono stati monitorati (ad eccezione dei requisiti 8 e 9 del percorso paziente oncologico, dei centri di rieducazione funzionale e dell'ambulatoriale specialistica medica e chirurgica); il risultato del monitoraggio degli standard comprensivo delle azioni di miglioramento individuate per gli standard non raggiunti sono stati oggetto di delibera ASP n. 356 del 17-04-2009.

##### Standard di prodotto (TSS19)

Le unità operative, ospedaliere e territoriali, dell'ambito territoriale di Venosa, relativamente al requisito standard di prodotto hanno attuato l'intero ciclo di Deming e riavvato, a piccoli passi, un successivo ciclo di miglioramento continuo, in particolare:

-disposto l'elenco dei prodotti/servizi erogati, individuato gli indicatori e standard di prodotto, allestito il sistema di verifica degli standard individuando le responsabilità per la rilevazione ed elaborazione dei dati (plan-do) –delibera n. 358 del 30-05-2007-

-monitorato gli standard di prodotto e gli impegni verso i cittadini (check)- delibera n. 684 del 14-10-2008

-predisposto le azioni di miglioramento per gli standard non conseguiti (act) –delibera n. 829 del 18-12-2008

-verificato gli standard, a seguito della messa in atto delle azioni correttive, nelle seguenti unità operative che al 1° monitoraggio non hanno conseguito tutti gli standard di prodotto.


Nel corso dell'anno 2010 nell'ambito territoriale di Venosa le uu.oo. ospedaliere e territoriali hanno effettuato la 1° revisione dei prodotti erogati e individuato nuovi standard di prodotto. Tanto nella consapevolezza che gli stessi rappresentano:

-la misurazione di obiettivi di miglioramento da realizzare nel breve – medio periodo, in termini di accuratezza, affidabilità, efficacia, appropriatezza, tempestività e sicurezza delle cure

-obiettivi di budget e oggetto di valutazione da parte degli organismi preposti.

##### risk management

Nell'ex ASL1 sono stati pianificati i piani di gestione del rischio derivante dalle infezioni ospedaliere–delibera n. 619 del 21/09/2007, piaghe da decubito delibera n. 413 del 20/06/2007,

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 14 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

somministrazione farmaci e cadute dei pazienti delibera 461 del 6/07/2007. Il monitoraggio non è stato avviato, ritenendo utile prevederlo unico per l'intera regione, con l'utilizzo di specifici programmi informatici.

E' stato pianificato il documento sugli audit clinici (DSS21)–delibera n. 347 del 27/05/2007 ed avviati gli stessi nelle unità operative ospedaliere. Con delibera ASP n. 356 del 17-04-2009 si è preso, altresì, atto dello stato di attuazione degli audit clinici.

Sono state predisposte indicazioni scritte sulla qualità della cartella clinica (DSS22), contenente criteri di revisione, modalità di compilazione e di conformità alla scheda di dimissione ospedaliera–delibera n. 462 del 6/07/2007.

Infine è stata predisposta la procedura per gli audit interni (PSA01AI), della stessa si è preso atto con delibera n. 342 del 25/05/2007.

### 7.3.0. MACROAREA PERCORSI ASSISTENZIALI


La documentazione relativa ai percorsi assistenziali, presente presso lo Staff Sistema di Assicurazione Qualità e le articolazioni aziendali, limitatamente alla parte di propria pertinenza, è stata oggetto di specifiche deliberazioni del direttore generale dell'ex ASL n.1. Ciascun percorso assistenziale, contrassegnato da una sigla individuata dal Manuale Regionale di Accreditamento, prevede tre fasi: accesso (amministrativo e sanitario), cura e trattamento (presa in carico del paziente e performance clinico-terapeutiche), dimissione e follow-up; ciascuna fase contiene più requisiti. La documentazione pianificata specifica per ogni requisito del percorso (procedura, tabella, piano) è individuata con una precisa sigla definita in base alla procedura gestione documentazione.

Le deliberazioni ex ASL 1 di presa d'atto della documentazione pianificata per ciascun percorso assistenziale sono le seguenti:

Percorso assistenziale Medicina di Laboratorio (MD) delibera n. 612 del 19/09/2007

Per il Percorso assistenziale Medicina di Laboratorio sono state descritte le modalità garantite nelle unità operative di laboratorio analisi degli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso amministrativo (è stato condiviso con la committenza il processo di accettazione, predisposto il catalogo aggiornato delle prestazioni di laboratorio erogate e descritte le procedure per la gestione della documentazione fornita dal cliente esterno ed interno)
- l'accesso sanitario (è stata pianificata la modalità di raccolta del consenso informato, della corretta compilazione della richiesta di esami, della rintracciabilità del campione e le modalità di richiesta appropriata degli esami da parte dei medici ospedalieri e medici di base)
- la cura e trattamento/presa in carico del paziente (sono state definite le modalità di verifica e miglioramento continuo della qualità per la preparazione del paziente, per le modalità di prelievo, raccolta e trattamento)
- la cura e trattamento/fase analitica (sono state definite le procedure per la verifica ed il miglioramento della qualità per l'esecuzione di ogni esame, per la gestione del rischio associato ad errori preanalitici, analitici e post analitici)
- dimissione e follow-up / refertazione (sono stati definiti: il contenuto dei referti, i tempi, i modi di consegna, la loro conservazione ed archiviazione; nonché indicate le procedure con

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 15 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

chi ha il ruolo di committenza che definiscono circostanze, tipologia dei pazienti e modalità di chiamata di coloro per i quali sono necessarie rivalutazioni diagnostiche).

Percorso assistenziale Diagnostica per Immagini (DI) delibera n. 610 del 19/09/2007

Per il Percorso assistenziale Diagnostica per Immagini sono state descritte le modalità garantite nelle unità operative di radiologia degli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso amministrativo (è stato condiviso con la committenza il processo di accettazione amministrativa e predisposte le procedure per la gestione delle liste di attesa)
- l'accesso sanitario (sono state predisposte le modalità per la gestione della documentazione sanitaria fornita dal cliente interno ed esterno, per la definizione di tempi e modalità di accesso in relazione alle priorità cliniche e per la corretta compilazione della scheda paziente) la cura e trattamento/presa in carico del paziente (è stata predisposta la procedura per la valutazione e preparazione del paziente all'esame diagnostico)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (sono state evidenziate le linee guida utilizzate per la corretta esecuzione degli esami e predisposte le procedure per la gestione del rischio)
- dimissione/refertazione (sono stati definiti i tempi di attesa per la refertazione e definite le modalità di consegna dei referti e dell'archiviazione degli stessi)
- dimissione/follow-up (è stato definito con la committenza la tipologia dei pazienti e le modalità di chiamata di coloro per i quali sono necessarie rivalutazioni diagnostiche)


Percorso assistenziale Ambulatoriale Specialistica Medica (ASM) e ambulatoriale specialistica chirurgica (ASC) delibera n. 637 del 27/09/2007

Per il Percorso assistenziale Ambulatoriale Specialistica Medica (ASM) e ambulatoriale specialistica chirurgica (ASC) sono state descritte le modalità garantite negli ambulatori dell'ex ASL1 relativamente a:

- l'accesso amministrativo (sono state evidenziate le azioni per la gestione dei tempi di attesa e per la gestione della scheda sanitaria)
- l'accesso sanitario (sono descritte le modalità utilizzate per la richiesta di esami clinico-strumentali di preparazione alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale ed evidenziati i protocolli diagnostici terapeutici per le principali patologie trattate negli ambulatori di specialistica medica)
- la cura e trattamento/presa in carico del paziente (sono state evidenziate le modalità di raccolta del consenso informato ed evidenziati i protocolli diagnostici-terapeutici per le prestazioni chirurgiche ambulatoriali trattate)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (per la prevenzione dei rischi legati alla strumentazione chirurgica e prevenire eventuali infezioni negli ambulatori è utilizzata strumentazione monouso; la gestione dell'emergenza è garantita nell'ambiente ospedaliero con personale formato con appositi corsi BLS ed RCP, forniti di idonea strumentazione; negli ambulatori territoriali è presente il carrello dell'emergenza provvisto dei necessari supporti strumentali e farmacologici. Sono state descritte le modalità di gestione della documentazione fornita dall'utente per il percorso assistenziale ambulatoriale specialistica medica).

dimissione/follow-up (sono descritte le modalità utilizzate per la gestione delle informazioni fornite all'utente sul proseguimento delle cure e sull'eventuale accesso ad un altro livello di assistenza).

Percorso assistenziale Centri di Riabilitazione Funzionale (CRF) delibera n. 611 del 19/09/2007.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 16 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

Per il Percorso assistenziale Centri di Rieducazione Funzionale sono state descritte le modalità garantite negli ambulatori dell'ex ASL1 relativamente a:

- l'accesso amministrativo e accesso sanitario (sono state descritte le modalità di accesso alle visite specialistiche di fisioterapia e alle prestazioni di fisioterapia in base alle priorità cliniche (RAO)
- la cura e trattamento/presa in carico del paziente (è utilizzato negli ambulatori di FKT il catalogo delle prestazioni erogate in base al nomenclatore tariffario e ai LEA regionali)

Percorso assistenziale Paziente Chirurgico (PC) delibera n.613 del 19/09/2007

Per il Percorso assistenziale Paziente Chirurgico sono state descritte le modalità garantite nelle unità operative chirurgiche degli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:


- l'accesso amministrativo (sono stati descritti i criteri per l'inserimento nella lista di attesa dei ricoveri dei pazienti di interesse chirurgico)
- accesso sanitario (è stata esplicitato l'iter seguito per l'esecuzione degli esami clinico-strumentali di preparazione all'intervento in regime d'elezione e in day hospital)
- cura e trattamento/ presa in carico del paziente (sono state descritte le modalità di valutazione pre-operatoria del paziente da parte di anestesisti, rappresentato il programma che viene attuato per l'utilizzo della sala operatoria per la chirurgia d'elezione e il day surgery, evidenziate le modalità adottate per la gestione del trattamento dell'emergenza / urgenza chirurgica ed indicata la prassi utilizzata per la raccolta del consenso informato all'atto sanitario)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (sono stati evidenziati i protocolli aggiornati secondo i criteri EBM, descritte le modalità di gestione della profilassi antibiotica del pre e post- operatorio nel paziente chirurgico, pianificate le attività di diagnostica intraoperatorie, e descritte le modalità di gestione del rischio in sala operatoria) dimissione / follow-up (sono state descritte le modalità di coinvolgimento del medico di base e definite le tipologie dei pazienti per i quali sono state necessarie rivalutazioni e controlli periodici dalla dimissione)

Percorso assistenziale Paziente con Ictus (PI) delibera n. 670 del 11/10/2007

Per il Percorso assistenziale Paziente con Ictus sono state descritte le modalità garantite negli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso amministrativo (sono state descritte le modalità attraverso cui sono registrati i dati anagrafici e clinico-strumentali del paziente con ictus nell'accesso amministrativo alla rete ospedaliera)
- l'accesso sanitario (descritte la gestione territorio-ospedale del paziente con sospetto ictus dall'allarme sanitario all'arrivo in ospedale)
- la cura e trattamento/ presa in carico del paziente (è stata descritta la gestione dell'emergenza cerebrovascolare secondo EBM/ linee guida SPREAD 2005, con particolare attenzione al modello organizzativo di assistenza al malato con ictus nell'ospedale sede di PSA)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (è stato previsto il protocollo per il trattamento dello stroke contenuto nello SPREAD 2005, definito il progetto riabilitativo multidisciplinare e multiprofessionale per la cura dell'ictus, e pianificata la gestione del rischio da piaghe da decubito, da reazioni avverse da farmaci e da trombosi venosa profonda )



|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 17 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

- dimissione/follow-up (è stata pianificata la dimissione in modo da creare il collegamento tra le diverse fasi assistenziali e riabilitative e definite le modalità di follow-up)

Percorso assistenziale Paziente Nefropatico Cronico (PNC), limitatamente all'attività di dialisi delibera n. 634 del 27/09/2007

Per il Percorso assistenziale Paziente Nefropatico Cronico, limitatamente all'attività di dialisi, sono state descritte le modalità garantite negli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso amministrativo (è stata definita la modalità di registrazione dei pazienti)
- l'accesso sanitario (sono state definite le modalità di accesso dei pazienti in elezione ed in urgenza)
- la cura e trattamento/ presa in carico del paziente (sono utilizzati protocolli conformi all'EBM per l'attività di accertamento diagnostico ed esplicitate le modalità per fornire il sostegno psicologico e sociale, è stato pianificato il collegamento con il centro trapianti di riferimento)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (sono previsti protocolli secondo criteri dell'EBM per il trattamento del paziente e il monitoraggio delle complicanze dell'uremia e dialisi, è stata pianificata la gestione del rischio relativo a dispositivi/apparecchiature, a farmaci nefrotossici e la modalità con cui vengono definite le informazioni da fornire al paziente per il rispetto del consenso informato)
- dimissione/follow-up (è stato pianificato il collegamento centro di emodialisi – medico di medicina generale, e definita tipologia dei pazienti, modalità e intervalli temporali per rivalutazione / controlli)

Percorso assistenziale Paziente Oncologico (PO), limitatamente ai requisiti n. 8 e 9, delibera n.636 del 27/09/2007


Per il Percorso assistenziale Paziente Oncologico, limitatamente ai requisiti n. 8 e 9, sono state descritte le modalità garantite negli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'attività di sostegno psicologico dei ricoverati e pianificata la dimissione del paziente che coinvolge il medico di medicina generale e le cure palliative

Percorso assistenziale Nascita (PN) delibera n. 625 del 25/09/2007

Per il Percorso assistenziale Nascita sono state descritte le modalità garantite negli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso amministrativo (è stata pianificata l'attività di prenotazione delle attività ambulatoriali)
- la cura e trattamento/ presa in carico del paziente (è stata pianificata la presa in carico della paziente con protocolli per l'accertamento diagnostico-fetale, l'assistenza al travaglio e parto, all'IVG e il sostegno psicologico; è descritta la modalità di gestione delle gravidanze a rischio secondo il protocollo terapeutico EBM, pianificato l'utilizzo della sala travaglio-parto e sala operatoria, è predisposta la presenza del partner/familiari in caso di richiesta e descritte le modalità di gestione delle attività intraoperatorie routinarie e di emergenza)
- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (è pianificata l'assistenza post-cesareo e all' IVG, l'assistenza post-partum e al puerperio e gli screenings secondo criteri conformi all'EBM. Sono descritte le attività di inizio dell'allattamento al seno e pianificata la gestione del rischio di errata identificazione madre-neonato. Non è pianificato il collegamento con i centri di raccolta per la donazione del cordone ombelicale per la mancata presenza in regione dello specifico collegamento)

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 18 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

- dimissione/follow-up (è pianificata la dimissione della paziente con il coinvolgimento dei medici di base e definito la tipologia di pazienti per rivalutazioni e controllo. Non è stata pianificata l'attività di registrazione delle malformazioni congenite e delle malattie croniche neonatali per la mancanza dello specifico registro regionale)

Percorso assistenziale paziente con IMA delibera n. 635 del 27/09/2007.

Per il Percorso assistenziale paziente con IMA sono state descritte le modalità garantite negli ospedali di Melfi e Venosa relativamente a:

- l'accesso sanitario territoriale/ l'accesso sanitario ospedaliero/cura e trattamento/presa in carico

del paziente (Allertamento e gestione emergenza territoriale 118, Modalità di comunicazione e trasmissione dati tra 118 e rete ospedaliera, Triage e gestione dell'emergenza ospedaliera, Modalità di comunicazione e trasmissione dati tra PSA/DEA e cardiologie, Modalità di gestione dell'emergenza cardiaca a livello locale, Trasporto sanitario intraospedaliero (PTS, PSA, DEA, Cardiologie, UTIC)

- la cura e trattamento/performance clinico-terapeutiche (è descritto il modello organizzativo di assistenza al malato con IMA (SCA) presso l'UTIC dell'Ospedale di Venosa)
- dimissione/follow-up (è pianificata la procedura di dimissione del paziente con IMA, Refertazione, consegna, archiviazione referti follow-up del paziente)

#### **7.4.0. DESCRIZIONE DI ALCUNI PROCESSI CRITICI AZIENDALI NON ESPRESSAMENTE PRESCRITTI DALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

PFO01SK Rev.00 (delibera n. 692 del 10/07/2009) e Rev.01 (delibera n. 914 del 21/09/2009): Procedura per la gestione clinica del Cloruro di Potassio (KCL) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio

PED01CE Rev.00 (ordinanza del direttore sanitario n.23 del 17/09/2009) Protocollo operativo per il ricorso all'endoscopia nei corpi estranei ritenuti nell'apparato digerente

PED02EA Rev.00 (ordinanza del direttore sanitario n.23 del 17/09/2009) Diagnosi e trattamento delle emorragie acute del tratto digestivo superiore


PED03IS Rev.00 (ordinanza del direttore sanitario n.23 del 17/09/2009) Protocollo per il ricorso all'endoscopia nell'ingestione di sostanze caustiche

## **8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI POTENZA**

### **8.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

#### **8.1.1 Carta dei Servizi**

Con deliberazione n. 428 del 4 maggio 2007 è stata approvata la Carta dei servizi aziendale i cui contenuti sono stati divulgati ai cittadini, agli Enti ed alle Associazioni di Volontariato e Tutela. Ciascuna struttura dell'Azienda ha designato un Referente per la Carta dei Servizi a cui spetta il compito di provvedere all'aggiornamento e all'integrazione della Carta in collaborazione con l'URP.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 19 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

### 8.1.2. Accesso

Tutte le informazioni riguardanti gli orari di apertura dei servizi e le modalità di prenotazione per l'utenza sono contenute nelle Guide ai Servizi predisposte dall'URP in collaborazione con i servizi di erogazione.

Dal mese di gennaio 2007 tutti i punti di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state collegate al C.U.P. regionale garantendo l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie con tempi di accesso certi ed adeguati.

A tal fine è stato adottato con Deliberazione n.129 del 19.02.2007 il "Regolamento Aziendale Gestione agende C.U.P." il cui scopo è il recepimento delle norme contenute nel Disciplinary tecnico per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (DGR n. 1961 del 10 dicembre 2006), nonché la definizione di linee guida per l'adozione delle regole a cui l'Azienda dovrà attenersi per uniformare i comportamenti e le risposte da parte dei propri operatori.

### 8.1.3 Informazione

Con il "Documento di indirizzo sulle informazioni rivolte agli utenti nelle strutture dell'Azienda Sanitaria Usl 2" l'Azienda ha inteso garantire livelli di informazione minimi ed omogenei dei servizi sanitari offerti all'utenza.

Il Format elaborato riporta le voci essenziali che devono essere riprese in un depliant informativo, da predisporre a cura dei Dirigenti delle strutture aziendali, sviluppando le informazioni ritenute attinenti alle caratteristiche dei servizi offerti.

### 8.1.4 Consenso

Al fine di assicurare agli assistiti la possibilità di esprimere liberamente e consapevolmente la propria scelta in merito alle opzioni diagnostiche/terapeutiche proposte nelle strutture territoriali e di ricovero si è proceduto alla Definizione di una "Procedura per la gestione del Consenso Informato (CI)" Cod: PRDIS001000 e alla diffusione della stessa nelle strutture sanitarie dell'Azienda.

### 8.1.5 Reclamo


Con la "Carta dei Servizi", approvata con Deliberazione 426 del 04.05.07, è stato altresì adottato il "Regolamento di pubblica tutela", finalizzato a garantire i cittadini rispetto ad atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria.

L'URP è l'ufficio di staff alla Direzione Generale che riceve e valuta le segnalazioni e/o reclami attinenti l'attività sanitaria, e successivamente attiva le procedure per la loro definizione in via amministrativa.

La modulistica per i reclami è disponibile presso le strutture territoriali aziendali, le sedi dell'URP e on line sul sito web dell'azienda.

### 8.1.6 Privacy

Con il "Documento programmatico per la sicurezza", adottato con delibera n. 300 del 07.04.09 e notificato ai responsabili/referenti della Privacy delle disciolte AUSL 1, 2 e 3, l'Azienda Sanitaria Asp ha inquadrato lo stato dell'arte della sicurezza informatica dell'Ente in materia di trattamento di dati personali, definito le politiche di sicurezza ed i criteri organizzativi per la loro attuazione. Nel dicembre c.a. l'ASP in data 15/12/2009 con delibera n. 1208 ha

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 20 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

individuato gli amministratori di sistema alla luce del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali del 27/11/2008 e s.m.i.

#### 8.1.7 Comfort

Il “Documento del Comfort” è il documento attraverso il quale vengono individuati aspetti specifici e concreti in tema di qualità dell’assistenza sulla base dell’esperienza quotidiana del cittadino- utente nelle strutture e servizi aziendali.

Esso costituisce il punto di riferimento per individuare gli aspetti sui quali intervenire per rendere i servizi più aderenti alle attese dei cittadini- utenti.

Detto documento è stato approvato con Delibera Aziendale n. 194 del 05.03.2007 e trasmesso alle UU.OO./Macroarticolazioni aziendali.

#### 8.1.8 Ascolto

La necessità di raccogliere informazioni sulla qualità percepita dagli utenti dei Servizi aziendali ha portato alla stesura delle “Linee Guida per la Customer satisfaction e le indagini di clima” N° Cod:LGQUA001000 - approvate con Delibera Aziendale n. 194 del 05.03.2007 e trasmesse alle UU.OO./Macroarticolazioni aziendali - che costituiscono un supporto metodologico per le strutture che devono procedere alle rilevazioni.

L’obiettivo è di costruire una rete di informazioni sulla qualità percepita attraverso una rilevazione sistematica da realizzarsi nelle strutture sanitarie aziendali utilizzando, oltre lo strumento del questionario, anche la raccolta e l’analisi delle segnalazioni, reclami ed encomi degli utenti.

### 8.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)

#### 8.2.1. Leadership

L’Azienda Sanitaria ASP ha definito la propria Mission e Vision, l’assetto istituzionale, gli organi, il modello di organizzazione e di funzionamento dei servizi nell’Atto aziendale.

Le strutture della ex ASL 2 di Potenza hanno inoltre provveduto a definire la propria Mission, Vision ed il Catalogo dei Prodotti.


#### 8.2.2 Partnership

L’Azienda considera centrale l’impegno di rispondere al territorio e ai suoi bisogni attraverso una collaborazione continua di tutto il sistema pubblico e privato di servizi presenti sul territorio. Intende pertanto sviluppare forme di garanzia e trasparenza nonché percorsi di qualificazione e miglioramento continuo con tutte le istituzioni di servizio sanitario e sociale proseguendo in tal senso l’attività già avviata con la “Carta Interaziendale dei Servizi” tra le Aziende di ricovero pubbliche e private. (tratto da Atto Aziendale)

#### 8.2.3 Risorse umane.

Le Strutture della disciolta Azienda ASL 2 di Potenza hanno provveduto ad elaborare L’Organigramma ed il Funzionigramma .

Al fine di facilitare l’accoglienza e l’inserimento del personale di assistenza neoassunto nelle varie UU.OO. del P.O. di Villa d’Agri è stata redatta la “Procedura di accoglimento e inserimento del

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 21 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

personale infermieristico, ota, oss neoassunto” Cod: PRHDS006000 che prevede il coinvolgimento della Direzione Sanitaria, del dipendente e dei responsabili della U.O. di assegnazione nella costruzione di un percorso partecipato, pianificato, guidato e valutato.

#### 8.2.4 Formazione e aggiornamento del personale

Con deliberazione n. 219 del 16 marzo 2009 è stato adottato il ” Piano di formazione aziendale per il biennio 2009-2011.

Del. ASP N°337 del 18/3/2009 “Costituzione fondi provvisori per l’attività di formazione e di aggiornamento”

Del. ASP N° 538 del 8/6/2009 “Disciplina provvisoria dell’attività di formazione”

#### 8.2.5 Risorse tecnologiche

Con delibera n.773 del 27 luglio 2009 l’ASP ha adottato la proposta di programma pluriennale degli investimenti dei tre ambiti territoriali di Venosa, Potenza e Lagonegro, predisponendo elenchi aggiornati ed allegati alla delibera citata.

#### 8.2.6. Sistema informativo

La disciolta ASL 2 di Potenza ha definito compiti, funzioni e responsabilità relativamente ai flussi informativi.

E’ stata adottata inoltre con Deliberazione aziendale n.194 del 5 marzo 2007 la procedura “Gestione della documentazione correlata all’accreditamento aziendale” Cod:PRDIG001000 che definisce le modalità e le responsabilità per la gestione controllata della documentazione utilizzata per pianificare processi e attività della ex Azienda ASL 2 di Potenza e garantire la pronta disponibilità di documenti aggiornati ed approvati a tutti gli operatori che ne necessitano.


#### 8.2.7 Miglioramento della qualità

Il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza offerta ai cittadini ha sempre costituito l’obiettivo prioritario l’Azienda Sanitaria ASL 2 di Potenza. La consapevolezza che tale obiettivo non può prescindere dall’attenzione verso supporti strategici che consentono l’efficace funzionamento del sistema qualità ha portato alla adozione con Delibera Aziendale n. 194 del 05.03.2007 del “Piano Qualità anni 2007-2009” e i relativi allegati (Piano Qualità Operativo anno 2007, Procedura “Gestione della documentazione correlata all’Accreditamento istituzionale”, Documento del comfort, Linee Guida per la Customer Satisfaction e le Indagini di Clima, Procedura per la “Conduzione delle verifiche ispettive interne”).

Al fine di garantire efficacia ed omogeneità degli interventi ed assicurare il necessario collegamento tra l’Ufficio Qualità aziendale e le varie strutture organizzative è stata creata una “Rete Aziendale della Qualità”.

La Rete si compone di Referenti per la Qualità e per l’Accreditamento individuati dai Responsabili delle Macroarticolazioni/ Unità Operative tra il personale sulla base di caratteristiche quali la motivazione, l’interesse personale e la competenza in materia acquisita attraverso la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento specifici.

Le strutture della disciolta Azienda ASL 2 di Potenza hanno provveduto alla definizione di standard ed indicatori per alcuni dei principali prodotti.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 22 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

Al fine di una più efficace gestione del rischio sono state, inoltre, approntate dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri le procedure di seguito specificate:

“PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE PIAGHE DA DECUBITO” Cod:PRHDS005000

“PROTOCOLLO “ GESTIONE DEI FARMACI” Cod:PIHDS001000

“PROCEDURA PER IL LAVAGGIO DELLE MANI” Cod:PRHDS003000

“PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E DENUNCIA DELLE CADUTE DEI PAZIENTI”  
Cod:PRHDS004000

## **9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ AMBITO TERRITORIALE DI LAGONEGRO**

### **9.1.0 MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI (DP)**

#### 9.1.1 Carta dei Servizi

Deliberazione n. 1097 del 21 Dic. 2005

#### 9.1.2 Accesso

Deliberazione n° 1961 del 19 Dic. 2006 “Disciplinare Tecnico per la regolamentazione delle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali”

Deliberazione n° 112 del 16 Feb. 2007 “ Regolamento CUP Aziendale ASL 3 Lagonegro”

Deliberazione n° 135 del 28 Feb. 2007 “Recepimento DGR n° 907/2006 – Approvazione Piano Aziendale delle Attività ambulatoriali”

#### 9.1.3. Informazione

Deliberazione n. 1097 del 21 Dic. 2005 “ Carta dei servizi e Guida ai servizi sanitari”

Sito Aziendale [www. asl3lagonegro.it](http://www.asl3lagonegro.it)

#### 9.1.4. Consenso

Direttive della Direzione Sanitaria con predisposizione di apposita modulistica


#### 9.1.5. Reclamo

Deliberazione n. 666 del 29 Lug. 2005 “Regolamento di pubblica tutela”

Deliberazione n. 310 del 10 Giu. 2008 “Nomina Commissione mista conciliativa”

#### 9.1.6. Privacy

Con il “Documento programmatico per la sicurezza”, adottato con delibera n. 300 del 07.04.09 e notificato ai responsabili/referenti della Privacy delle disciolte AUSL 1, 2 e 3, l'Azienda Sanitaria Asp ha inquadrato lo stato dell'arte della sicurezza informatica dell'Ente in materia di trattamento di dati personali, definito le politiche di sicurezza ed i criteri organizzativi per la loro attuazione. Nel dicembre c.a. l'ASP in data 15/12/2009 con delibera n. 1208 ha individuato gli amministratori di sistema alla luce del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali del 27/11/2008 e s.m.i.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 23 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

#### 9.1.7. Ascolto

Delibera n° 785 del 20 Dic 2006 “Approvazione piano di qualità Aziendale”

### 9.2.0. MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (SS)

#### 9.2.1. Leadership

L’Azienda Sanitaria ASP ha definito la propria Mission e Vision, l’assetto istituzionale, gli organi, il modello di organizzazione e di funzionamento dei servizi nell’Atto aziendale.

Catalogo dei Prodotti “Pubblicato con la Guida ai Servizi aggiornata al 2008 rif. Carta dei servizi N°1097 del 21/12/2005.

#### 9.2.2 Partnership

L’Azienda considera centrale l’impegno di rispondere al territorio e ai suoi bisogni attraverso una collaborazione continua di tutto il sistema pubblico e privato di servizi presenti sul territorio. Intende pertanto sviluppare forme di garanzia e trasparenza nonché percorsi di qualificazione e miglioramento continuo con tutte le istituzioni di servizio sanitario e sociale proseguendo in tal senso l’attività già avviata con la “Carta Interaziendale dei Servizi” tra le Aziende di ricovero pubbliche e private. (tratto da Atto Aziendale)

#### 9.2.3 Risorse umane.

Atto aziendale delibera n° 30 del 16/1/2006

#### 9.2.4 Formazione e aggiornamento del personale

Con deliberazione n. 219 (339) del 16 marzo 2009 è stato adottato il ” Piano di formazione aziendale per il biennio 2009-2011.

Del. ASP N°337 del 18/3/2009 “Costituzione fondi provvisori per l’attività di formazione e di aggiornamento”

Del. ASP N° 538 del 8/6/2009 “Disciplina provvisoria dell’attività di formazione”

#### 9.2.5 Risorse tecnologiche/servizi

Con delibera n.773 del 27 luglio 2009 l’ASP ha adottato la proposta di programma pluriennale degli investimenti dei tre ambiti territoriali di Venosa, Potenza e Lagonegro, predisponendo elenchi aggiornati ed allegati alla delibera citata.


#### 9.2.6 Sistema informativo

Delibera N° 1056 del 29/1/2001 “ Art. 28 L.R. N°39/2001 istituzione del sistema informativo automatizzato”

#### 9.2.7 Miglioramento della qualità

Delibera N° 785 del 20/12/2005 “Approvazione del Piano della Qualità Aziendale”

Con delibera n° 653 del 04/12/2007 è stata costituita l’Unità di gestione del rischio (U.G.R.) nell’ambito del P.A.R.M. (Progetto Aziendale del Risk Management) al fine di valutare in maniera proattiva il rischio clinico.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>BASILICATA<br/>Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p> | <p>MANUALE DELLA QUALITA' PER<br/>L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> | <p>Sigla MQ<br/>Pag. 24 di 24<br/>Rev. 00<br/>Del (data della delibera)</p> |
|--|--|---|

L'attività svolta ha compreso:

- 1.- la formulazione delle raccomandazioni aziendali in rapporto alla tenuta e gestione della cartella clinica;
- 2.- la formulazione del progetto aziendale della tenuta e gestione dell'armadietto farmacologico di reparto;
- 3.- la formulazione del progetto aziendale per la gestione delle apparecchiature elettromedicali;
- 4.- la formulazione del progetto aziendale di formazione in Risk Management, con la gestione alla U.O. della formazione aziendale di un corso di formazione per molti operatori;
- 5.- la partecipazione da parte del coordinatore e dei componenti alle commissioni U.V.R. (unità di valutazione del rischio) per la gestione degli eventi sentinella che si sono verificati nel nostro ambito aziendale;
- 6.- la consulenza ai reparti che ne hanno fatto richiesta in tema di gestione del rischio clinico.

## 10. ACCESSIBILITA'

Il M.Q. è presente

- in tutte le articolazioni aziendali delle disciolte aziende e posto in luogo noto ed accessibile agli operatori al fine di prevedere un agevole e pronto utilizzo dello stesso
- sul Sito Web dell'ASP con accesso riservato agli operatori.

## 11. ALLEGATI

Gli allegati del M.Q. sono rappresentati da procedure, piani e atti di indirizzo predisposti per i requisiti previsti nelle tre macroaree diritti dei pazienti, sistema di supporto e percorsi assistenziali prescritti dal Manuale Regionale di Accreditamento e per processi critici aziendali non espressamente previsti dall'accREDITAMENTO istituzionale. L'intera documentazione cartacea è presente presso gli uffici qualità delle disciolte aziende e in tutte le articolazioni aziendali, limitatamente alla documentazione di pertinenza di ciascuna.