



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## Piano della Qualità Aziendale Anno 2014

pag. 1 di 15

**Delibera del Direttore generale n. 221 del 28-04-2014**

### **PIANO DELLA QUALITA' AZIENDALE – ANNO 2014.**

**Redazione :**

G. Cascini

L. Falanga



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## Piano della Qualità Aziendale Anno 2014

pag. 2 di 15

### INDICE

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



## 1- Scopo

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

## 2- Politica per la qualità

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

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

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

## 3- Fonti ispiratrici del piano della qualità


-Carta di Lubiana (1997)

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

-DPCM 27 Gennaio 1994

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

-DPCM 19 Maggio 1995

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</p>	<p>pag. 4 di 15</p>
--	--	---------------------

-Direttiva 24 Marzo 2004 del Ministro della Funzione Pubblica

-Manuale dell'Accreditamento della Regione Basilicata D.G.R n. 2753 del 30.12.2005

-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

-Atto Aziendale Delibera del Direttore Generale n.346 del 31.03.2010.

#### **4- Obiettivi aziendali per la qualità**

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

**4.1** Proseguire nel percorso dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie aziendali definito nel Manuale dell'Accreditamento Regionale che costituisce occasione di miglioramento per i servizi sanitari

**4.2** 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

**4.3** 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

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

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



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

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

## **5-Azioni**

Le azioni per il perseguimento degli obiettivi su indicati, previsti dalla DGR 606/2010, dalla DGR 298/2012, n.337/2013 e dalla programmazione aziendale, rappresentano obiettivi di budget specifici della qualità per le unità operative dell'ASP

### **5.1- L'Accreditamento Istituzionale**

#### **Premessa**

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

#### **5.1.1 – Attività svolta nel periodo 2009-2013**

Sulla base di tale logica negli anni 2009/2013 sono state garantite le azioni previste nei precedenti piani della qualità, tra le quali:

- predisposizione del manuale di gestione della qualità aziendale in riferimento alla norma regionale dell'accREDITamento istituzionale,
- unificazione delle procedure di sistema (gestione documentazione e gestione audit e di audit di 2° parte –delibera n. 750/2011),
- audit di 2° parte in tutti i laboratori analisi dell'ASP, ospedalieri e territoriali (attività preliminare agli audit sperimentali regionali)



-reaudit presso i laboratori ospedalieri dell'ASP finalizzati alla verifica della messa in atto delle azioni di miglioramento a seguito delle azioni correttive suggerite nel corso degli audit di 2° parte

-pianificazione e verifica standard di prodotto nelle uu.oo. dell'area nord dell'ASP (anni 2010 e 2011)

-realizzazione di due audit clinici nell'ospedale di Melfi su performance cliniche da migliorare (parti cesarei primari e interventi fratture di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento entro e non oltre due giorni) che rivestono importanza strategica per l'ASP, previste dalla DGR n.298/2012

-Avvio audit clinico presso l'ospedale di Villa d'Agri su sull'embolia polmonare, grave patologia per la quale i clinici delle unità operative di pneumologia, UTIC, PSA, UTI e medicina hanno ritenuto di volersi confrontare con le migliori prassi in uso nel mondo e valutare la possibilità di una eventuale revisione del percorso assistenziale in atto.

-Individuazione elenco prodotti ospedali e nel DSM dell'ASP, predisposti nel rispetto della missione di ciascuna unità operativa e distinti per branca specialistica (anno 2012)

-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

Attività di formazione :

-sulla costruzione del percorso organizzativo degli standard di prodotto agli operatori del CDA di Chiaromonte

- di preparazione ai preaudit regionale per l'accreditamento istituzionale dei laboratori analisi ASP agli operatori dei laboratori analisi dei seguenti ospedali: Lagonegro, Maratea, Lauria, Chiaromonte, Melfi e Venosa

-predisposizione del piano di verifica sulla sussistenza dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture aziendali e delle conseguenti azioni da intraprendere alla data del 20-09-2013

-predisposizione dello stato dell'arte delle strutture aziendali alla data del 9-08-2013 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 dell'undici giugno 2013

-partecipazione all'accreditamento istituzionale di 1° e 2° livello delle strutture sanitarie private della Regione Basilicata con team predisposti dall'Ufficio Regionale competente (audit di 3° parte)

-pianificazione del percorso assistenziale di Medicina di Laboratorio presso gli ospedali dell'ASP come da Manuale di Accredimento Regionale delle strutture sanitarie pubbliche e private

predisposizione richieste di autorizzazione e accreditamento alla Regione Basilicata:

-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

#### **5.1.2 – Attività per l'anno 2014**

In coerenza con gli obiettivi regionali e aziendali le azioni da mettere in atto nell'anno 2014 sono le seguenti:

- ricomporre la rete aziendale per la Qualità e l'Accreditamento Istituzionale (Rete Q. e A.) con l'individuazione dei referenti di 2° livello all'interno dei dipartimenti aziendali
- ultimare l'unificazione della documentazione del percorso assistenziale di medicina di laboratorio inglobando l'attività del laboratorio analisi del poliambulatorio di Potenza a quella già preordinata dei laboratori ospedalieri dell'ASP
- supportare i laboratori analisi nella predisposizione delle azioni di miglioramento suggerite dal team regionale durante i preaudit di 3° parte, propedeutici all'accREDITAMENTO istituzionale, prevedendo anche la pianificazione dello standard di prodotto presso il laboratorio ubicato nel poliambulatorio di Potenza
- definire lo schema tipo del Manuale di AccREDITAMENTO del Dipartimento Aziendale e supportare i referenti per la Q e A del dipartimento di medicina di laboratorio nella predisposizione dello stesso per la parte concernente le macroaree di sistema
- predisporre, nel rispetto del manuale di accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private, la procedura per l'inserimento del neo assunto/trasferito, unica per l'intera ASP, a partire dai laboratori analisi e centri trasfusionali
- garantire il supporto metodologico agli operatori dei centri trasfusionali aziendali nella pianificazione delle procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale di tali strutture
- ultimare l'audit clinico nell'Ospedale di Villa d'Agri sull'embolia polmonare unitamente delle unità operative di pneumologia, UTI, cardiologia-UTIC, PSA e medicina

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</p>	<p>pag. 8 di 15</p>
--	--	---------------------

-promuovere ed organizzare il corso sulla gestione degli audit clinici per i referenti della qualità e accreditamento

-avviare n.1 audit clinico presso l'ospedale di Lagonegro su un percorso clinico assistenziale critico

-supportare le seguenti unità operative : CRA,DCA, RSA-R2 di Maratea, RSA-R3 di Chiaromonte e Maratea, USIB di Lauria e Senise nel monitoraggio degli standard di prodotto ai fini della verifica del loro raggiungimento predisponendo specifici format database

-supportare il referente della Rete (Q. e A.) nella predisposizione di 1 progetto di miglioramento all'interno di una macroarticolazione aziendale

-avviare il percorso di definizione degli standard di prodotto/percorso organizzativo e i relativi indicatori di valutazione, in conformità al manuale regionale di accreditamento, per le unità operative degli ospedali per acuti dell'ASP

-partecipare all'attività dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie private regionali ed alle verifiche sperimentali presso le strutture sanitarie pubbliche regionali, predisposte dalla Regione Basilicata

-predisporre istanze di autorizzazione e accREDITAMENTO provvisori e di autorizzazione definitiva per le strutture sanitarie dell'area nord dell'ASP

La realizzazione di dette azioni è strettamente connessa alla partecipazione attiva delle unità operative aziendali e all'assetto organizzativo della tecnostruttura di Staff Area per la Qualità

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

### **Premessa**

L'attività di rilevazione della qualità percepita dai cittadini si inserisce nel contesto generale delle politiche della qualità in sanità e muove da un assunto di base che considera il cittadino non solo il destinatario dei servizi ma anche una risorsa strategica fondamentale per valutare la rispondenza dei servizi erogati ai bisogni e alle esigenze reali. Per questo motivo la Regione Basilicata ha individuato anche la customer satisfaction fra gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ( DGR n.606/ 2010 e ultima DGR n. 298/2012 ).





### 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:

<b>Descrizione delle fasi</b>	<b>Attività da svolgere</b>
<b>1° Fase- preparazione e progettazione della rilevazione</b>	-verifica dati già disponibili e altre indagini svolte, conoscenza del servizio da indagare, ecc;
<b>2° Fase - raccolta dei dati</b>	-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.
<b>3° Fase - elaborazione e interpretazione dei risultati</b>	- elaborazione dei dati raccolti, interpretare i dati per valutare la soddisfazione dei cittadini cercando di evidenziare le aree di criticità del servizio ma anche i punti di forza, ecc;
<b>4° Fase - presentazione e utilizzazione dei risultati.</b>	- 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 2009-2013

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<b>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</b>	pag. 10 di 15
--	--	---------------


Le tre ex ASL di Lagonegro, Venosa e Potenza, confluite nella ASP, hanno svolto negli anni passati, anche se con metodologie diverse, l'attività di rilevazione della qualità percepita nei vari servizi ospedalieri e territoriali; pertanto uno dei primi obiettivi è stato quello di uniformare gli strumenti e le modalità tecniche di svolgimento delle indagini al fine di pervenire a risultati confrontabili.

A tale riguardo il Gruppo tecnico formato dai Responsabili degli URP e dell'Ufficio Qualità (ambito di Potenza), d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale, nel triennio 2009 -2011 ha unificato gli strumenti e le modalità tecniche pervenendo a rilevazioni su vari servizi della ASP; di seguito vengono riportate le attività svolte fino al 2012.

<b>Anno</b>	<b>Tipologia Servizio</b>	<b>Servizi oggetto dell'indagine</b>	<b>Campione utenti intervistato</b>
2010	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Genzano, Villa d'Agri e Senise	426 utenti
2011	Assistenza Ospedaliera	Pronto Soccorso Attivo di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri	377 ricoverati
2012	Laboratorio analisi	Servizi di Chiaromonte, Lagonegro, Lauria, Maratea, Potenza, Melfi, Venosa e Villa d'Agri	815 utenti
2013	Assistenza Specialistica	Poliambulatorio di Potenza, Rionero e Rotonda	386 utenti

### 5.2.3 – Attività per l'anno 2014.

Nell'anno 2014 l'indagine sulla qualità percepita dagli utenti riguarderà l'Assistenza Ospedaliera ed in particolare i Pronto Soccorso Attivi di Lagonegro Melfi e Villa d'Agri; ciò in considerazione anche del fatto che gli stessi presidi ospedalieri sono stati oggetto nel 2013-2014 del Progetto "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" (vedere punto 5.3). Di seguito si riporta una scheda preliminare dell'indagine fermo restando che l'U..O.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<h2>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</h2>	<p>pag. 11 di 15</p>
--	--	----------------------

“Comunicazione e Relazioni Esterne”- URP , d’intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale e i Direttori dei PP.OO. , svilupperà il progetto esecutivo dell’attività, definendo: .


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

Inoltre sempre nell’anno 2014 sarà sperimentato un sondaggio on-line, attraverso un questionario da compilare direttamente dagli utenti sul Sito dell’ASP; il servizio da valutare , sarà individuato anche sulla base della collaborazione che dovranno assicurare i Responsabili , che in questo tipo di sondaggi appare fondamentale.

#### SCHEDA TECNICA

#### **INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION PRESSO I SERVIZI OSPEDALIERI DELL’ASP – Anno 2014**

<b>FINALITA'</b>	Rilevazione e valutazione della qualità percepita nel servizio di assistenza ospedaliera (ricovero) ; 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.
<b>AREA E FATTORI INDAGATI</b>	Oggetto del monitoraggio è la valutazione degli utenti rispetto ad alcuni fattori di qualità riguardanti i seguenti aspetti : assistenza e cura , organizzazione, relazione, informazione , riservatezza, comfort , aspettative e suggerimenti per migliorare il servizio.
<b>STRUMENTO DI RILEVAZIONE</b>	Questionario a domande chiuse che utilizza prevalentemente una scala di valutazione a cinque (pessimo-insufficiente-così così- buono-ottimo ).
<b>MODALITA' DI RILEVAZIONE</b>	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 . Le interviste osserveranno le norme previste dalla legge sulla privacy.
<b>CAMPIONE</b>	Per problemi di organizzazione ed economicità, per l’indagine si utilizzerà un campione rappresentativo di ricoverati che saranno definiti in modo proporzionale ai ricoveri dell’anno 2013 nei vari reparti presenti nelle strutture ospedaliere.
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	L’indagine sarà comunicata ufficialmente al Direttore del P.O. di competenza e sarà presentata attraverso un incontro organizzativo dal Responsabile dell’URP; nel periodo immediatamente successivo a quello del ricovero gli operatori dell’URP e/o altri collaboratori , provvederanno ad effettuare le interviste telefoniche. Dopo la validazione dei questionari compilati (da intendere validi quelli che hanno almeno l’80% delle risposte date) si procederà all’immissione dei dati utilizzando un programma informatico.
<b>COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI</b>	Il Report finale sarà trasmesso alla Direzione Strategica e alla Direzione dei Presidi Ospedalieri oggetto di indagine che avrà il compito di attivare un piano di miglioramento ed eventuali altre attività di comunicazione ritenute


 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<b>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</b>	pag. 12 di 15
--	--	---------------

	opportune. Inoltre potranno essere organizzati riunioni con gli operatori dei servizi interessati, con le associazioni di tutela e di volontariato; pubblicazione sul sito Aziendale; presentazione nelle Conferenze dei Servizi.
<b>CRONOPROGRAMMA</b>	Sarà definito nel Progetto esecutivo .

### 5.3.- La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino.

La nostra ASP con Deliberazione n. 444/2013 ha aderito al Progetto denominato “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”, rientrante nel programma di ricerca corrente per l’anno 2012 , approvato dal Ministero della Salute. Il progetto , svolto in convenzione con l’Agenas e in collaborazione con l’Agenzia di valutazione Civica di Cittadinanzattiva , ha avuto inizio già nell’anno 2013 e si conclude entro Aprile 2014 e ha interessato le Strutture Ospedaliere di Lagonegro, Melfi e Villa d’Agri. Il Progetto attraverso una checklist intende valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero , prendendo in esame le aree segnate nella tabella che segue.

<b>AREA</b>	<b>SOTTO-AREA</b>
<b>1- Processo assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona</b>	1.1 Attenzione alla fragilità e ai bisogni della persona; 1.2 Rispetto della privacy; 1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale , etnica, religiosa; 1.4 Continuità delle cure.
<b>2- Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura</b>	2.1 Accessibilità fisica; 2.2 Logistica e segnaletica; 2.3 Reparti di degenza a misura d’uomo; 2.4 Confort generale della struttura.
<b>3- Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza</b>	3.1 Semplificazione delle procedure; 3.2 Agevolazione dell’accesso alle informazioni e trasparenza.
<b>4- Cura della relazione con il paziente/cittadino</b>	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente; 4.2 Relazione con il cittadino

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>Piano della Qualità Aziendale Anno 2014</p>	<p>pag. 13 di 15</p>
--	--	----------------------

## 6- Risorse

La messa in campo delle azioni finalizzate a condurre le strutture sanitarie aziendali verso l'accreditamento istituzionale e il loro monitoraggio saranno a cura del responsabile dell'Area di Staff della Qualità che dovrà avvalersi nella sua funzione dei referenti della qualità presenti nelle unità operative.

Le attività di Customer Satisfaction saranno svolte dall'area di Staff Comunicazione e Relazioni Esterne ed in particolare dagli URP aziendali

## 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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## Piano della Qualità Aziendale Anno 2014

pag. 14 di 15

- La fase check – in questa terza fase si verificano i risultati nel rispetto di quanto pianificato
- 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

