

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA MATERA

PIANO DELLA QUALITA'
Cod. PSGQ-06-03 ed. 1 rev. 00

Piano della Qualità
Triennio 2018 - 2020
Azienda Sanitaria Matera

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni				
	Redazione		Verifica		Approvazione
0.0	Data 06/03/2018	Staff SGO Dott. Vito Petrarà Dott.ssa Chiara Gentile	Data 08/03/2018	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Domenico Adduci Direttore Amministrativo	Data 08/03/2018 Commissario con i poteri del Direttore Generale: Dott. Pietro Quinto

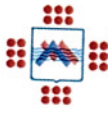
Ratifica	DATA: 08/03/2018	COMMISSARIO CON I POTERI DEL DIRETTORE GENERALE
----------	------------------	---

Distribuzione:

☐ copia originale
☒ copia in distribuzione controllata
 ☐ copia in distribuzione non controllata

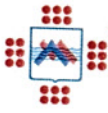
Note:

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della Procedura è dei destinatari di questa documentazione. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03	COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM	REV. 0.0	Pagina 2/28

INDICE

1. PREMESSA	
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 3
3. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 4
4. POLITICA DELLA QUALITA'	pag. 4
5. OBIETTIVI DELLA QUALITÀ	pag. 5
5.1 Obiettivi generali, elenco delle attività e definizione delle tempistiche	pag. 6
5.2 Obiettivi specifici, elenco delle attività e definizione delle tempistiche	pag. 7
6. CHECK LIST	pag. 16
7. REPORT FINE ATTIVITA'	pag. 24
8. VALUTAZIONE	pag. 27
9. CONTROLLI	pag. 28

 azienda sanitaria locale materà	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 3/28

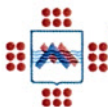
1. PREMESSA

La promozione della Qualità è individuata dalla politica sanitaria della Regione Basilicata quale fattore essenziale di cambiamento per rispondere al nuovo bisogno di salute, espresso dai cittadini attraverso attese sia implicite che esplicite e ben definite.

Il Piano della Qualità inteso come il Documento che definisce gli ambiti di azione, gli obiettivi, le metodologie, ed il cronoprogramma delle attività relative al Sistema di Gestione della Qualità dell'ASM, basato sulla centralità del cittadino e sul perseguimento della sua soddisfazione attraverso il miglioramento continuo della qualità dei servizi, delle prestazioni erogate e dell'efficienza organizzativa, è stato redatto in conformità alle norme cogenti ed ai documenti di riferimento di seguito riportate:

- **MANUALE DI ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE REGIONE BASILICATA**
 - 1. "Diritti del Paziente"
 - 2. "Sistemi di Supporto"
 - 3. "Percorsi Assistenziali"
- **UNI EN ISO 9001:2008**
 - 5.3 "Politica per la Qualità"
 - 5.4 "Pianificazione"
 - 5.4.1 "Obiettivi per la Qualità" della norma UNI EN ISO 9001:2008
 - 5.4.2 "Pianificazione del sistema di gestione per la qualità" della norma UNI EN ISO 9001:2008 che richiede che l'alta direzione assicuri che:
 - a) La pianificazione del sistema di gestione per la qualità sia condotta in modo da ottemperare ai requisiti riportati in 4.1 e conseguire gli obiettivi per la qualità;
 - b) L'integrità del sistema di gestione per la qualità sia conservata quando sono pianificate ed attuate modifiche al sistema stesso.
 - 7.1 "Pianificazione della realizzazione del Prodotto"
 - 8.1 "Misurazione, Analisi e Miglioramento";
- **UNI EN ISO 9001:2015**
 - 5.2 "Politica"
 - 5.2.1 "Stabilire la Politica per la Qualità"
 - 5.2.2 "Comunicare la Politica per la Qualità"
 - 6.2 "Obiettivi per la Qualità e pianificazione per il loro raggiungimento"
 - 8.2 "Requisiti per i Prodotti e i Servizi";
- **MANUALE DELLA QUALITA' ASM AZIENDA SANITARIA MATERA**
 - SEZIONE 2 Punto 2.3 e 2.4.: "Politica per la Qualità – Obiettivi per la Qualità – Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità: *"L'alta direzione deve assicurare che, per i pertinenti livelli e funzioni dell'organizzazione, siano stabiliti gli obiettivi per la qualità, compresi quelli necessari per ottemperare ai requisiti delle prestazioni"*.

Il Piano della Qualità è stato redatto dal Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità e Accreditamento Aziendale, e dal Responsabile di P.O. delle Procedure ed Istruzioni Operative Aziendale dell'ASM, approvato e ratificato dalla Direzione Strategica Aziendale.

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 4/28

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente Piano è definire gli obiettivi, le strategie, gli ambiti di azione, la metodologia da adottare ed il cronoprogramma delle attività per promuovere il miglioramento continuo della qualità, nel rispetto delle direttive regionali per il triennio 2018 – 2020.

Il Piano della Qualità ha pertanto come obiettivo principale quello di avviare processi organizzativi finalizzati alle buone pratiche e all'appropriatezza delle prestazioni, in grado di produrre valore aggiunto per i cittadini.

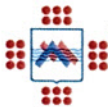
In particolare, attraverso il Piano della Qualità, si intende introdurre una metodologia di lavoro atta a garantire la qualità dell'intervento progettuale, sia per quanto riguarda l'attuazione delle attività previste, sia per quanto riguarda i risultati e i prodotti che saranno generati.

Nel contempo, si intende promuovere nei diversi ambiti sanitari ed amministrativi, una cultura della qualità basata su modelli e strumenti di lavoro, accompagnati da un percorso formativo mirato alle diverse esigenze.

Il presente Piano triennale si applica ai Presidi Ospedalieri, agli Ospedali Distrettuali, ai Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi ed a tutti i Servizi dell'ASM.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

D.P.R. 14/01/1997	<i>"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"</i>
D.Lgs 30/12/1992 n. 502 art. 14	<i>"Diritti dei cittadini"</i>
D.Lgs 229/1999	<i>"Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30/11/1998, n. 419"</i>
DGR n. 298/2012	<i>"Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2012-2013"</i>
DGR n.337/2013	<i>"Conferma Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata anni 2012-2013"</i>
Norma UNI EN ISO 9001 2008	Punto 5.3 <i>"Politica per la Qualità"</i> Punto 5.4 <i>"Pianificazione"</i>
Norma UNI EN ISO 9001 2015	Punto 7.1 <i>"Pianificazione della realizzazione del Prodotto"</i> Punto 8.1 <i>"Misurazione, Analisi e Miglioramento"</i>
Norma UNI EN ISO 19011	Linee Guida per Audit di Sistema di Gestione
Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali 5° Edizione 2014	
Manuale di Accreditamento Strutture Sanitarie Pubbliche e Private - Regione Basilicata	

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 5/28

4. POLITICA DELLA QUALITA'

“Qualità, Centralità della persona, Umanizzazione, Universalità, Unicità ed Equità, Trasparenza e Sostenibilità del sistema, sono i valori di riferimento e i principi cui si ispira il Sistema Sanitario Regionale della Regione Basilicata”¹

L'Azienda Sanitaria di Matera ha fatto propri questi principi esplicitandoli nella Politica della Qualità Cod. PSGQ-05-02. Essa infatti è orientata ad una chiara identificazione dei bisogni e delle esigenze dei cittadini, alla definizione di standard di qualità, alla ottimizzazione dei costi in relazione all'ottimizzazione delle prestazioni richieste.

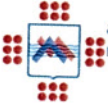
Tali principi sono stati sviluppati per condurre l'organizzazione verso il miglioramento continuo delle prestazioni attraverso la realizzazione di un sistema integrato:

- Organizzazione orientata al cliente
- Qualità dell'assistenza sanitaria, prevenzione e sicurezza delle cure
- Leadership
- Etica
- Visione sistemica della gestione qualità aziendale
- Coinvolgimento del personale
- Miglioramento continuo
- Approccio basato sui processi

In tal senso, le attività pianificate hanno lo scopo di:

- individuare obiettivi significativi e standard centrati sul benessere del paziente,
- definire responsabilità e risultati attesi;
- garantire al cittadino trattamenti sanitari appropriati alle necessità, sicuri, basati su evidenze scientifiche
- assicurare la continuità della cura attraverso lo sviluppo di percorsi facilitati di presa in carico del paziente;
- tutelare l'informazione, la riservatezza e la dignità del paziente;
- migliorare i percorsi finalizzati all'assistenza personalizzata; all'umanizzazione delle cure;
- identificare, ed eventualmente migliorare la qualità, di processi sanitari ed amministrativi, come itinerari da percorrere nel sistema di erogazione delle prestazioni.

¹ Estratto dal Documento “Il Sistema Sanitari della Regione Basilicata nel 2010-2011 Ammalarsi meno, curarsi meglio”

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03	COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM	REV. 0.0	Pagina 6/28

5. OBIETTIVI DELLA QUALITA'

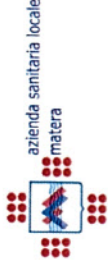
L'Azienda intende proseguire nel percorso di Qualità e Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie aziendali definito nel Manuale dell'Accreditamento Regionale, una costante promozione e diffusione della cultura della Qualità. Sulla base di tale logica, nell'anno 2015, sono state garantite le azioni previste nella scheda obiettivi della Valutazione della Performance:

- predisposizione del manuale di gestione della qualità aziendale in riferimento alla norma regionale dell'accreditamento istituzionale,
- unificazione delle procedure di sistema gestione documentazione delibera n. 1095 del 30/09/2014.

Nel rispetto delle direttive regionali e aziendali, il Piano della Qualità dell'ASM pianificato per il triennio 2018 – 2020, intende porre in essere le azioni per il raggiungimento degli obiettivi suddivisi in:

- N. 5 Obiettivi Generali e N. 17 Requisiti
- N. 4 Obiettivi Specifici e N. 12 Requisiti

Per ogni obiettivo sono specificati i relativi requisiti.

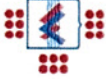
	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 7/28

5.1 Obiettivi Generali, elenco delle attività e definizione delle tempistiche

Il RSGQ, in ottemperanza al punto “Sistema di Gestione per la Qualità” della norma UNI EN ISO 9001:2008, della norma UNI EN ISO 9001:2015 e del Manuale Qualità dell’ASM al fine di attivare un sistema organizzativo e gestionale che valorizzi la competenza del personale e favorisca processi di miglioramento continuo della qualità, individua i seguenti obiettivi generali/requisiti:

OBBIETTIVO GENERALE N.1 Miglioramento della Qualità Organizzativa, Professionale e Documentale

Requisiti	: Elaborazione Procedure del Sistema Gestione Qualità		Attività previste
Requisito 1	PSGQ 01	Gestione e controllo della documentazione e delle registrazioni per la Qualità	Elaborazione della Procedura, approvazione ed implementazione.
Requisito 2	PSGQ02	Audit Interni	Elaborazione della Procedura, approvazione. Collaborazione con il Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini, per l’eventuale pianificazione, validazione ed attuazione di percorsi formativi rivolti ai referenti aziendali della Qualità. Attività di collaborazione per la revisione della Procedura, con i seguenti Servizi: ■ Pianificazione, Controllo Strategico e di Gestione ■ Economato-Provveditorato ■ Gestione Risorse Finanziarie
Requisito 3	PSGQ 07	Gestione del Sistema della Pianificazione Programmazione e Controllo strategico, direzionale e operativo	Collaborazione con il Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini per l’eventuale pianificazione, validazione ed attuazione di percorsi formativi rivolti ai referenti aziendali della Qualità. Attività di collaborazione per la revisione della Procedura, con i seguenti Servizi: ■ Economato-Provveditorato ■ Gestione Risorse Finanziarie ■ Direzione Attività Tecniche e Gestione Patrimonio ■ Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini.
Requisito 4	PSGQ 12	Gestione del Sistema Economico Finanziario e Contabile	Collaborazione con il Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini per l’attivazione di percorsi formativi rivolti ai referenti aziendali della Qualità.
Requisito 5	PSGQ03	Gestione delle non Conformità e degli Scostamenti	Elaborazione della Procedura, approvazione ed implementazione

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 8/28

Requisito 6	PSGQ04	Azioni correttive, preventive e di miglioramento	Elaborazione della Procedura, approvazione ed implementazione
Requisito 7	PSGQ 05	Politica della Qualità e Riesame della Direzione	Elaborazione della Procedura, approvazione ed implementazione
Requisito 8	PSGQ 06	Definizione e Gestione dei Piani della Qualità	Elaborazione della Procedura, approvazione ed implementazione
Requisito 9	PSGQ 8	Valutazione della Soddisfazione dei Cittadini/Utenti e delle Parti Interessate	Collaborazione e supporto al Responsabile dell'U.O. "Comunicazione – U.R.P. – Ufficio Stampa – Privacy" per l'elaborazione approvazione ed implementazione della Procedura. Collaborazione con il Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini, per la pianificazione, validazione ed implementazione di percorsi formativi sull'Umanizzazione delle Cure
Requisito 10	PSGQ 9	Definizione e Gestione della Carta dei Servizi	Collaborazione e supporto al Responsabile dell'U.O. "Comunicazione – U.R.P. – Ufficio Stampa – Privacy" per l'elaborazione approvazione ed implementazione della Procedura. Collaborazione con il Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini, per l'eventuale pianificazione, validazione ed implementazione di percorsi formativi
Responsabili	Responsabile Servizio Sistema Gestione Qualità Accreditemento Aziendale Responsabile P.O. Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative Responsabile Servizio Economo-Provveditorato Responsabile Servizio Gestione Risorse Finanziarie Responsabile Servizio Direzione Attività Tecniche e Gestione Patrimonio Resp. UOSD Programmazione e Controllo di Gestione Centro di Controllo Strategico Formazione ECM e Tirocini		
Scopo	Migliorare la Qualità Organizzativa e Professionale attraverso l'adozione di Procedura prevista dalle norme cogenti e dal Manuale della Qualità Aziendale		
Metodologia	Attività di revisione della letteratura scientifica e delle norme cogenti, attività di analisi del contesto, attività di elaborazione degli strumenti		
Indicatori	N.10 PSGQ prodotte e proposte alla DSA		
Valore atteso	N. 3 Corsi per la formazione/addestramento dei RQ		
Monitoraggio	80%		
Comunicazione	Annuale		
Cronoprogramma	Invio Procedure, incontri formativi, riunioni operative, report alla Direzione Strategica Aziendale.		
	Come da schema sottostante:		

 azienda sanitaria locale materà	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 9/28

OBIETTIVO 1 CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2018 - 2020												
ANNO 2018												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure:												
1) PSGQ01												
2) PSGQ02												
3) PSGQ05												
4) PSGQ06												
Approvazione e Ratifica												
Monitoraggio												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure:												
5) PSGQ03												
6) PSGQ04												
7) PSGQ07												
8) PSGQ12												
Approvazione e Ratifica												
Monitoraggio												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure:												
9) PSGQ08												
10) PSGQ09												
Approvazione e Ratifica												
Monitoraggio												

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 10/28

OBBIETTIVO GENERALE N.2 Implementazione del Miglioramento Continuo della Qualità basato sull'approccio per processi e coinvolgimento del personale

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Attivare la Rete dei Referenti Qualità Aziendale	Predisposizione ed invio di una lettera firmata dal Direttore Sanitario Aziendale, indirizzata a tutti i Direttori di Dipartimento/di U.O.C./U.O.S./Posizioni Organizzative/Coordinatori, per l'individuazione di non meno di n.1 Dirigente e n.2 Operatori del Comparto per la composizione della Rete dei Referenti Qualità Aziendale
Requisito 2	Formazione/Addestramento	Attività di collaborazione con il Responsabile del Servizio Formazione ECM e Tirocini per pianificazione, implementazione e valutazione di un percorso di formazione/addestramento rivolto ai componenti della Rete dei Referenti Qualità Aziendale, sull'Accreditamento e Qualità Aziendale e sulla pianificazione ed attuazione di Audit Interni.
Requisito 3	Costituire ed avviare gruppi di lavoro per:	Costituire ed avviare gruppi di lavoro per:
		■ analizzare i processi aziendali che hanno immediata ricaduta sulla qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari ed amministrativi erogati, attraverso la pianificazione di specifici audit; ■ collaborare con le UU.OO. coinvolte per l'implementazione di interventi di miglioramento volti alla risoluzione delle criticità; ■ redigere procedure, istruzioni operative e documenti del Sistema Qualità; ■ pianificare, diffondere monitorare, le azioni e gli strumenti del miglioramento continuo della Qualità; ■ collaborare con i Servizi di Staff per l'implementazione delle azioni relative agli obiettivi specifici (come di seguito riportati); ■ collaborare con i Dipartimenti/UU.OO per l'implementazione delle azioni relative agli obiettivi specifici.
Responsabile		RSGQ Responsabile Sistema Gestione Qualità Accredittamento Aziendale RSPI Responsabile Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative
Scopo		Migliorare la Qualità Organizzativa e Professionale attraverso: ■ lo sviluppo delle competenze degli operatori sanitari ed amministrativi nel campo della Qualità e dell'Accreditamento ■ l'adozione di strumenti previsti dalle norme cogenti e dal M.Q. ■ il coinvolgimento di Stakeholder interni ed esterni all'Azienda.
Metodologia		Attività di revisione della letteratura scientifica e delle norme cogenti, attività di analisi del contesto, attività di analisi di reclami e/o suggerimenti del cittadino, attività di elaborazione degli strumenti previsti dal Piano Qualità Aziendale.
Indicatori		Elaborazione e pubblicazione intranet, del Documento sulla "Rete Aziendale dei Referenti della Qualità"
Valore atteso		N. 2 Corsi per la formazione/addestramento dei Referenti Qualità.
Monitoraggio		80%
Comunicazione		Annuale
Cronoprogramma		Pubblicazione Intranet – incontri formativi – riunioni operative –report alla Direzione Strategica Aziendale.
		Come da schema sottostante:
		10

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 11/28

OBIETTIVO N.2: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2017 - 2019												
ANNO 2018												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Individuazione dei Referenti della Qualità. Elaborazione Documento RQ da proporre alla Direzione Strategica												
Approvazione e Ratifica del Documento da parte della Direzione Strategica Aziendale												
Attivazione Corsi di formazione/addestramento dei RQ												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione, implementazione strumenti/documenti/processi previsti dal SGQ												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo attività di Elaborazione, implementazione strumenti/documenti/processi previsti dal SGQ- Monitoraggio degli strumenti adottati.												

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0 Pagina 12/28

OBBIETTIVO GENERALE N.3 Sviluppo di una Visione sistemica della gestione qualità aziendale

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Definizione Schema Manuale di Accreditamento Dipartimentale	Definire lo schema tipo del Manuale di Accreditamento per i Dipartimenti.
Requisito 2	Elaborazione di almeno 1 Manuale di Qualità Dipartimentali/U.O.C.	Individuazione ed avvio gruppi di lavoro per Elaborazione di un Manuale di Accreditamento del Dipartimento. Attività di supporto ai Referenti Qualità del Dipartimento/U.O.C. per la predisposizione dello stesso per la parte concernente le macro-aree di sistema. Attività di supporto ai Referenti Qualità per l'elaborazione di programmi da realizzare presso ciascun Servizio/U.O.
Responsabile		RSGQ Responsabile Sistema Gestione Qualità Accreditamento Aziendale
Scopo		RSPI Responsabile Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative
Metodologia		Migliorare la Qualità Organizzativa e Professionale
Indicatori		Attività di revisione della letteratura scientifica e delle norme cogenti, costituzione ed avvio di gruppi di lavoro
Valore atteso		N.1 Manuale della Qualità Dipartimentale/U.O.C.
Monitoraggio		100%
Comunicazione		Annuale
Cronoprogramma		Pubblicazione Intranet – riunioni operative – report alla Direzione Strategica Aziendale.
		Come da schema sottostante:

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 13/28

OBIETTIVO N.3: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2018 - 2020												
ANNO 2018												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Definire lo schema tipo del Manuale di Accreditamento del Dipartimento.												
Individuazione ed avvio gruppi di lavoro per Elaborazione di un Manuale di Accreditamento del Dipartimento.												
ANNO 2019-2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo gruppi di lavoro												

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 14/28

OBIETTIVO GENERALE N.4 Audit Regionali

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Audit regionali	Partecipazione agli incontri di Audit pianificati dalla Regione Basilicata, in qualità di Valutatore delle attività di Accreditemento
Responsabile		RSGQ Responsabile Sistema Gestione Qualità Accreditemento Aziendale
Scopo		Collaborazione nelle attività di accreditemento istituzionale delle strutture sanitarie private regionali ed alle verifiche sperimentali presso le strutture sanitarie pubbliche regionali, predisposte dalla Regione Basilicata
Metodologia		Audit
Indicatori		Rapporto N. attività di Audit effettuati rispetto a quelli pianificati dalla Regione Basilicata
Valore atteso		100%
Monitoraggio		Annuale
Comunicazione		Relazione verifica obiettivi
Cronoprogramma		Come da pianificazione regionale

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 15/28

OBBIETTIVO GENERALE N.5 SERVIZI DI SUPPORTO: gli Audit Interni per la Verifica della Qualità Organizzativa e Gestionale

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Audit Interni	Pianificazione ed implementazione di Audit Interni, denominati anche "Audit di Prima Parte",
Responsabile		RSQG Responsabile Sistema Gestione Qualità Accredитamento Aziendale RSPI Responsabile Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative Aziendale
Scopo		Avviare processi sistematici e documentati al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono stati soddisfatti.
Metodologia		Audit secondo la Norma UNI EN ISO 19011/2012
Indicatori		N. attività di Audit pianificate ed implementati
Valore atteso		80%
Monitoraggio		Annuale
Comunicazione		Relazione verifica obiettivi
Cronoprogramma		Da pianificare

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 16/28

5.2 Obiettivi specifici, elenco delle attività e definizione delle tempistiche

Gli obiettivi specifici si riferiscono ai requisiti distribuiti nelle tre macro-aree del Manuale di Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della Regione

Basilicata suddivise in:

1. Diritti dei Pazienti
2. Sistemi di Supporto
3. Percorsi Assistenziali

OBIETTIVO SPECIFICO N.1 DIRITTI DEL PAZIENTE: La Carta dei servizi

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Carta dei Servizi	Avvio di gruppi di lavoro multidisciplinari con supporto della rete dei RQ e con RSGQ e RSPI
Requisito 2	Documento di Atto di Indirizzo Regolamento modalità di Accesso Strutture e Servizi	
Requisito 3	Documento di Atto di Indirizzo per le informazioni da fornire agli utenti (Logistica Organizzazione)	
Requisito 4	Documento Aspetti del Comfort da garantire agli utenti	
Responsabile		U.R.P.- Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy
Scopo		Miglioramento della Qualità Organizzative ed Assistenziale attraverso l'umanizzazione delle cure, la tutela delle informazioni ed il rispetto della dignità del paziente
Metodologia		Incontri operativi finalizzati alla Revisione della letteratura, all'analisi del contesto, all'elaborazione dei documenti richiesti dal Sistema di Gestione della Qualità.
Indicatori		Elaborazione di N. 2 Carte di Servizio ed Documento Definizione Aspetti Comfort
		Elaborazione di N. 1 Documento di Atto di Indirizzo Modalità di Accesso Utenti
		Elaborazione di N. 1 Documento di Atto di Indirizzo per le Informazioni da fornire agli Utenti
Valore atteso		100%
Monitoraggio		Annuale
Comunicazione		Pubblicazione Intranet – Report Annuale alla DSA
Cronoprogramma		Come da schema sottostante:

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 17/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.1: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2018 – 2020												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione di n. 1 Carta di Servizio – Avvio gruppi di lavoro e Documento Aspetti Comfort												
Elaborazione Documento Atto di Indirizzo Regolamento modalità di Accesso Utenti												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo gruppi di lavoro												

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 18/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.2 SISTEMI DI SUPPORTO: Risorse Umane

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Elaborazione Procedura Inserimento del Neoassunto/Trasferito Medico	Avvio di gruppi di lavoro multidisciplinari con supporto della rete dei RQ e con RSGQ e RSPI
Responsabile		Direttore Sanitario
Scopo		Miglioramento della Qualità Organizzativa, Professionale, e Sicurezza delle Cure
Metodologia		Incontri operativi finalizzati alla Revisione della letteratura, all'analisi del contesto, all'elaborazione dei documenti richiesti dal Sistema di Gestione della Qualità.
Indicatori		N. 1 Procedura Generale di Inserimento del Neoassunto/Trasferito Medico
Valore atteso		100%
Monitoraggio		Annuale
Comunicazione		Pubblicazione Intranet – Report Annuale alla DSA
Cronoprogramma		Come da schema sottostante:

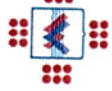
	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 19/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.2: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2018 – 2020												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedura Inserimento del Neoassunto/Trasferito Medico												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo gruppi di lavoro												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo gruppi di lavoro												

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0 Pagina 20/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.3 SISTEMI DI SUPPORTO: Risorse Tecnologiche e servizi

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Elaborazione Procedura della Manutenzione Ordinaria e straordinaria impianti/attrezzature/ e gestione dei beni da dismettere	Avvio di gruppi di lavoro multidisciplinari con supporto della rete dei RQ e con RSGQ e RSPI
Responsabile		U.O.C. Gestione Tecnica: Progettazione – Manutenzione – Gestione Appalti e Lavori Pubblici U.O.C. Economato e Provveditorato
Scopo		Responsabile P.O. Gestione Technology – Assessment
Metodologia		Miglioramento della Qualità Organizzativa, Documentale e Sicurezza sul Lavoro
Indicatori		Incontri operativi finalizzati alla Revisione della letteratura, all'analisi del contesto, all'elaborazione dei documenti richiesti dal Sistema di Gestione della Qualità.
Valore atteso		N. 1 Procedura Aziendale
Monitoraggio		100%
Comunicazione		Annuale
Cronoprogramma		Pubblicazione Intranet – Report Annuale alla DSA
		Come da schema sottostante:

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 21/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.3: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2018 – 2020												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedura della Manutenzione Ordinaria e straordinaria impianti/attrezzature/ e gestione dei beni da dismettere												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Proseguo gruppi di lavoro												

 azienda sanitaria locale materà	PSGQ-06-03	COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0 Pagina 22/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.4 SERVIZI DI SUPPORTO E PERCORSI ASSISTENZIALI: Risk management

Requisiti		Attività previste
Requisito 1	Lesioni da Pressione	Elaborazione Procedure ed Istruzioni Operative Pianificazione ed implementazione di percorsi di formazione/addestramento e divulgazione degli strumenti operativi elaborati.
Requisito 2	Cadute dei pazienti	
Requisito 3	Contenzione	
Requisito 4	Gestione del Sistema Identificativo dei Pazienti	RSGQ Responsabile Sistema Gestione Qualità Accreditemento Aziendale RMLGR Responsabile Medicina Legale e Gestione del Rischio RSPI Responsabile Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative Aziendale Gruppi di Lavoro
Requisito 5	Infezioni Ospedaliere: - la gestione degli accessi venosi - la prevenzione delle infezioni da sito chirurgico	
Requisito 6	Somministrazione dei Farmaci	
Responsabile		RSGQ Responsabile Sistema Gestione Qualità Accreditemento Aziendale RMLGR Responsabile Medicina Legale e Gestione del Rischio RSPI Responsabile Aziendale Procedure ed Istruzioni Operative Aziendale Gruppi di Lavoro
Scopo		Miglioramento della Qualità Organizzativa, Professionale e Sicurezza delle Cure
Metodologia		Incontri interattivi ed operativa di Formazione e di Addestramento
Indicatori		N. 7 Procedure elaborate e Percorsi di Formazione Addestramento pianificati – Validati ECM – implementati.
Valore atteso		80%
Monitoraggio		Annuale
Comunicazione		Pubblicazione Intranet delle Procedure - Report Annuale alla DSA
Cronoprogramma		Come da schema sottostante:

 azienda sanitaria locale materà	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 23/28

OBIETTIVO SPECIFICO N.4: CRONOPROGRAMMA TRIENNIO 2019 – 2020												
ANNO 2018												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure sulla: Prevenzione delle Cadute Accidentali, Lesioni da Pressione, Contenzione, Gestione del Sistema Identificativo dei pazienti. Valutate ed implementate												
ANNO 2019												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure sulla: Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere. Valutate ed implementate												
ANNO 2020												
ATTIVITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione Procedure sulla: Somministrazione dei Farmaci. Valutate ed implementate												

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 24/28

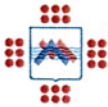
6. CHECK LIST VERIFICA ATTIVITA'

Check List Audit:	N°	Del ____/____/____	Servizio:
-------------------	----	--------------------	-----------

Area/Processi da verificare:			
Lead Auditor:	Gruppo Auditor:		
Scopo della verifica:			

	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 25/28

Rif. ISO	Requisito da verificare	Evidenze	Ciclo di Deming											
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	
			Plan			Do			Check			Act		
			C	Non C		C	Non C		C	Non C		C	Non C	

 azienda sanitaria locale matera	PSGQ-06-03		COD:PSGQ-06-03	
	Piano Triennale della Qualità Anno 2018-2020 ASM		REV. 0.0	Pagina 28/28

8. LA VALUTAZIONE

Il sistema di accreditamento della Regione Basilicata, si basa su una serie di requisiti posseduti così come descritto nello "Schema possesso requisiti" del Manuale di Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private della regione Basilicata e recepiti dal Manuale della Qualità dell'ASM di Matera.

Ogni macro-area contiene degli elementi caratterizzanti propri, nei quali sono distribuiti i requisiti, ma tutte sono affrontate attraverso la visione del ciclo di Deming.

Il ciclo di Deming, come noto, è una metodologia che guida il processo di miglioramento continuativo e che si realizza attraverso un'azione ciclica basata sulla reiterazione sequenziale delle quattro fasi che costituiscono la cosiddetta ruota di Deming:

- PLAN - pianificare, preparare a fondo;
- DO - fare ciò che si è deciso nella prima fase;
- CHECK - verificare i risultati, confrontandoli con ciò che si è pianificato;
- ACT - decidere di mantenere o correggere.

In sede di prima implementazione di questo primo Piano Triennale della Qualità, si chiede di ottemperare alla prima fase del ciclo di Deming.

9. CONTROLLI

Procedure

Documenti

Piano degli Audit