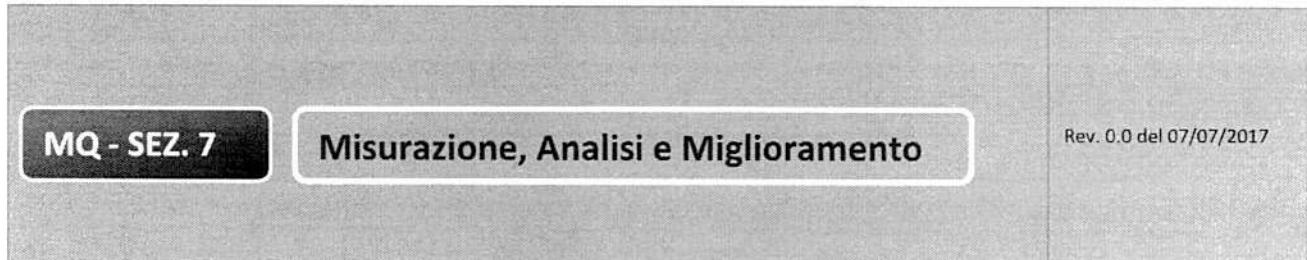
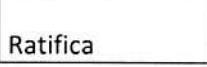


 <i>azienda sanitaria locale matera</i>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 1/8



### Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni				
	Redazione		Verifica		Approvazione
0.0 07/07/2017	<b>Data</b> 30/06/2017	<b>Staff SGQ:</b> Dott. Vito Petrara Dirigente Responsabile SGQ  	<b>Data</b> 07/07/2017	<b>Direttore Amministrativo</b> <b>ASM Matera</b>  Dott.ssa Maria Benedetto	<b>Data</b> 07/07/2017
<b>Ratifica</b> 		<b>07/07/2017</b> 		<b>Direttore Generale: Dott. Pietro Quinto</b> 	

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	<p><b>Manuale</b></p>	<p><b>COD: MQ-7</b></p>	
	<p><b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b></p>	<p>REV. 0.0 Data 07/07/2017</p>	<p>Pagina 2/8</p>

**SOMMARIO:**

**SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO**

- 7.1 Generalità
- 7.2 Monitoraggi e misurazioni
  - 7.2.1 Soddisfazione del cliente/utente interno
  - 7.2.2 Soddisfazione del cliente/utente esterno
  - 7.2.3 Audit – Verifiche interne
  - 7.2.4 Monitoraggio e misurazione dei processi
  - 7.2.5 Monitoraggio e misurazione del prodotto/servizio
- 7.3 Tenuta sotto controllo del prodotto non conforme
- 7.4 Analisi dei dati
- 7.5 Miglioramento
  - 7.5.1 Miglioramento continuo
  - 7.5.2 Azioni correttive
  - 7.5.3 Azioni preventive

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 3/8

## 7.1 Generalità

Questa Sezione comprende i requisiti, i cui contenuti sono esplicitati dalla Norma UNI EN ISO 9001 Sez.8 punto 8.1,8.2,8.3,8.4,8.5.

L'Organizzazione pianifica e attua un articolato sistema di misurazione e monitoraggio, al fine di garantire la conformità del SGQ e il miglioramento continuo nel tempo del Sistema di Gestione per la Qualità. La presente sezione pertanto, ha lo scopo di definire le attività di misurazione (controllo) e di monitoraggio (andamento dei risultati nel tempo) necessarie a dimostrare la conformità dell'azienda al SGQ e la conformità dei prodotti ai requisiti previsti. L'analisi sistematica dell'andamento dei risultati consente di identificare sia i punti di forza che le aree di debolezza, in modo da migliorare continuamente le prestazioni dell'azienda e la soddisfazione degli utenti.

A tale riguardo, l'azienda ha messo in atto le seguenti attività:

- monitoraggio della soddisfazione dei Clienti;
- misurazioni e monitoraggio del servizio
- audit interni sul SGQ;

Tali attività sono rivolte a verificare la qualità dei prodotti forniti e l'adeguatezza del sistema di gestione della qualità.

## 7.2 Monitoraggi e misurazioni

### 7.2.1 Soddisfazione del cliente/utente interno

La misurazione ed il monitoraggio della soddisfazione del cliente (interno ed esterno) viene rilevata dall'Unità Operativa "Comunicazione U.R.P. - Ufficio Stampa – Privacy", mediante l'ascolto dei cittadini e indagini ad hoc, e processi di verifica della qualità percepita e di gradimento dei servizi da parte degli utenti. L'indagine avviene attraverso la compilazione da parte dell'utente di un questionario inerente il prodotto e il servizio dell'azienda.

Lo scopo principale della compilazione del questionario è di stimolare i commenti dell'utente e di capire le sue aspettative, al fine di migliorare l'organizzazione ed i processi aziendali per creare il massimo valore per l'utente stesso.

La "Valutazione della Qualità Percepita" e la redazione delle relative relazioni, vengono effettuate periodicamente, predisponendo nel contempo, le azioni migliorative sulla base dei risultati ottenuti.

### 7.2.2 Soddisfazione del cliente/utente esterno

L'Azienda ASM ha istituito una Unità Operativa di Psicologia del Lavoro inserita all'interno della U.O C. di Psicologia aziendale e che lavora in stretta relazione con l'U.O. Risk Management ed il Servizio di prevenzione e protezione aziendale.

Tale U.O. eroga i propri servizi sia per l'utenza esterna che per i dipendenti.

Tra questi ultimi servizi, si evidenziano le seguenti attività:

- in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione è stato elaborato ed implementato il protocollo per la valutazione del rischio stress lavoro correlato che ha coinvolto tutte le UU.OO. I risultati sono in corso di analisi per le individuazione delle criticità su cui intervenire negli anni successivi;
- Focus group su richiesta di alcune UU.OO.;
- Interventi di miglioramento organizzativo (Safety Walk Around) in diverse UU.OO. in collaborazione con U.O. Risk Management;
- Attivazione di uno sportello Mobbing, aperto a tutti i dipendenti un giorno alla settimana;
- Proposta di interventi formativi al fine di migliorare il Benessere ed il clima lavorativo.

La ASM, inoltre, ha aderito all'indagine per la rilevazione del clima interno, promossa dalla Regione Basilicata in collaborazione con il Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine di clima, rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda si propone i seguenti obiettivi:

 <i>azienda sanitaria locale matera</i>	Manuale	COD: MQ-7	
	SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 4/8

- identificare criticità ed aree di forza nell'ambito del contesto organizzativo di riferimento al fine di attivare efficaci processi di miglioramento
- interpretare in chiave strategica le variabili di maggiore rilevanza che alimentano il senso di appartenenza di un individuo all'organizzazione in cui opera.

L'Azienda ha provveduto ad attivare i principali processi di comunicazione ai dipendenti e alle rappresentanze delle professioni in ordine alle modalità e ai tempi di svolgimento dell'indagine per sensibilizzarli alla partecipazione all'indagine, utilizzando i seguenti strumenti:

- intranet
- mail
- lettera del Direttore Generale ai dipendenti.

I questionari da compilare da parte dei dipendenti sono resi disponibili su apposita piattaforma web, a cui gli stessi possono accedere, 24 ore su 24 e da qualsiasi postazione tramite la login e la password opportunamente consegnate nel pieno rispetto della tutela della privacy.

I dati inseriti sono raccolti e trasmessi alla ASM.

Quest'ultima, una volta ricevuti i dati, assicurerà le successive fasi di analisi, valutazione con l'individuazione delle eventuali aree di criticità, ed avvio di azioni per rimuoverne le cause o comunque promuovere processi di miglioramento.

### 7.2.3 Gli Audit - Verifiche interne

L'azienda adotta una metodologia per accettare, attraverso la conduzione di Audit interni, la coerenza del Sistema Gestione Qualità Aziendale adottato rispetto alla Norma UNIENISO9001 e il livello di efficacia dello stesso, con particolare attenzione alla sua piena attuazione ed all'aggiornamento.

Il SGQ dell'Azienda, sta predisponendo un sistema documentato di Audit con l'obiettivo di valutare:

- l'efficienza e l'efficacia del SGQ
- il rispetto delle norme
- il rispetto delle procedure aziendali del SGQ

Gli Audit del SGQ costituiscono un riesame sistematico ed indipendente di tutti gli elementi del SGQ (cioè di tutte le attività e gli eventi descritti o a cui si fa riferimento nel presente MQ). Esse sono volte a determinare se le attività sono in accordo con quanto pianificato e se quanto prescritto viene attuato efficacemente, mantenuto aggiornato e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Le modalità di pianificazione, conduzione e gestione degli Audit del SGQ, sono descritte nella Procedura PSGQ AUDIT INTERNI.

### Esecuzione della verifica

La verifica è indirizzata ai seguenti aspetti:

- esame dei documenti normativi applicabili all'area da verificare ( Manuale Qualità, procedure, istruzioni di lavoro, prescrizioni legislative, ecc.);
- colloqui con il personale mirati ad accettare la disponibilità e la conoscenza della documentazione di pertinenza;
- osservazione diretta del modo di operare, accertando la conformità o meno delle attività svolte rispetto a quanto prescritto;
- accertamento che eventuali Richieste di azioni correttive relative a verifiche precedenti (interne ed esterne) siano state attuate e risultino efficaci.

La verifica è focalizzata solo per i processi di realizzazione e controllo del prodotto/servizio.

La verifica è svolta dallo staff del SGQ e con il supporto della rete dei referenti della Qualità, attraverso incontri con il personale per quanto riguarda la conoscenza e l'applicazione delle procedure operative in atto, ed attraverso analisi dirette, per la verifica dei livelli di applicazione delle procedure stesse.

 <b>azienda sanitaria locale matera</b>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 5/8

Al termine della verifica lo staff SGQ, stila il Rapporto di Verifica interna, con le indicazioni generali sulla verifica, il numero di non conformità rilevate, un giudizio generale sull'andamento della verifica e le eventuali osservazioni emerse.

Le non conformità possono riguardare i seguenti aspetti:

- adeguatezza e integrità della documentazione (es. procedure non aggiornate o non applicate, nuovo processo non documentato, ecc.)
- modo di operare rispetto alle prescrizioni (es. deviazioni dalla procedura, mancanza di un controllo previsto, ecc.)

A seguito di una non conformità si apre una Richiesta di Azione Correttiva

Nel caso l'esito della verifica abbia comportato "Richieste di Azioni Correttive", queste verranno poi gestite secondo quanto specificato nella Procedura PSGQ04 AZIONI CORRETTIVE, PREVENTIVE E DI MIGLIORAMENTO. I risultati delle verifiche ispettive costituiscono parte integrante dei dati da analizzare durante il riesame della direzione.

I Documenti di registrazione che scaturiscono dalle attività di Audit interno, sono conservati e raccolti dal RSGQ e sottoposti all'attenzione della Direzione Strategica Aziendale durante le attività periodiche di riesame della Direzione.

#### 7.2.4 Monitoraggio e misurazione dei processi

L'Azienda verifica le attività di erogazione al fine di assicurare la propria capacità di rispondere alle richieste del cliente/utente. Le non conformità sui processi, emerse a seguito di esiti negativi dei controlli sono periodicamente analizzate.

Tale sistema, gestito dal RSGQ descrive le modalità di raccolta e di analisi dei dati relativi ai processi descritti nelle tre Macroaree (SEZIONI 4 – 5 – 6 del presente Manuale) riferite a:

- Diritti dei pazienti
- Sistemi di supporto
- Percorsi assistenziali.

Ogni macroarea 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.

La macroarea "Diritti del paziente" contiene elementi quali: carta dei servizi, accesso, informazione, consenso, reclamo, privacy, comfort, ascolto.

La macroarea "Sistemi di supporto" contiene elementi quali: leadership, partnership, risorse umane, risorse tecnologiche, sistema informativo, formazione e aggiornamento, miglioramento della qualità.

La macroarea "Percorsi assistenziali" contiene fasi quali: accesso, trattamento, dimissione e follow up; ogni fase del percorso è divisa in elementi.

I requisiti sono inseriti in una tabella costruita rappresentando il ciclo di Deming e gli elementi specifici di ogni macroarea.

La valutazione nel sistema di accreditamento prevede 2 livelli:

- Accreditamento di 1° livello (necessario per poter accedere agli accordi contrattuali)
- Accreditamento di 2° livello

 <b>azienda sanitaria locale matera</b>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	<b>REV. 0.0 Data 07/07/2017</b>	<b>Pagina 6/8</b>

Il passaggio da un livello al successivo avviene attraverso l'estensione della numerosità dei requisiti posseduti così come descritto nello "Schema possesso requisiti", di seguito presentato.

#### **7.2.5 Monitoraggio e misurazione del prodotto/servizio**

Il presente paragrafo tratta del monitoraggio messo in atto dal SGQ per assicurare che ogni singolo prodotto, abbia i requisiti conformi a quanto definito nelle tre macroaree descritte precedentemente.

Le attività che implicano controlli di accertamento della conformità, sono normalmente le seguenti:

- Monitoraggio durante il processo di erogazione
- Monitoraggio per revisione del prodotto/processo.

Sono stati definiti per tutti i processi i relativi indicatori al fine di verificare la capacità di ogni singolo processo di ottemperare alle finalità prestabilite.

Nel caso in cui dai monitoraggi emergano non conformità, vengono applicate le prescrizioni relative al trattamento delle non conformità descritte nella Procedura PSGQ Gestione delle non conformità e degli scostamenti.

Il Sistema di misurazione e di monitoraggio si fonda su tutta la documentazione di pianificazione e di registrazione delle attività svolte su supporto cartaceo ed informatico. Tali attività sono eseguite dal personale del SGQ e sono appositamente documentate.

#### **7.3 Tenuta sotto controllo del Prodotto non conforme**

Con il termine non conformità si intende la mancata ottemperanza ad un requisito definito o implicito o obbligatorio. Il Sistema di Gestione e Trattamento delle Situazioni di Non Conformità, descritto in una specifica Procedura PSGQ03 GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' E DEGLI SCOSTAMENTI, prevede che i vari responsabili all'atto del riscontro di tali situazioni le identifichino prontamente. Le Non Conformità a questo punto sono registrate in appositi Rapporti di Non Conformità che evidenziano i seguenti aspetti:

- la classificazione della Non Conformità;
- la descrizione sintetica della Non Conformità;
- i provvedimenti, i tempi rispettivamente adottati o previsti, e le responsabilità coinvolte per la correzione e il trattamento della Non Conformità, con l'eventuale coinvolgimento, laddove richiesto o ritenuto utile, dei rappresentati del Cliente/Utente o di Autorità aventi titolo;
- eventuali suggerimenti atti a focalizzare le cause della Non Conformità;
- la verifica dell'esito delle azioni di correzioni e di trattamento.

Le Non Conformità, possono essere individuate e segnalate da tutto il personale interno.

Il RSGQ in concomitanza con i Riesami della Direzione ha il compito di elaborare opportunamente le Non Conformità al fine di permettere una valutazione rapida ed efficace delle stesse, che consenta di intraprendere eventuali azioni di miglioramento.

#### **7.4 Analisi dei dati**

Lo staff del SGQ ha strutturato un sistema informatico che consente di strutturare una consistente base di dati, che scaturiscono in particolare dalle attività di registrazione, misurazione, monitoraggio e controllo delle attività. Le registrazioni e le elaborazioni dei dati, sono poi sottoposti alla Direzione Strategica Aziendale per le ulteriori analisi, in concomitanza delle attività di riesame della Direzione.

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 7/8

## 7.5 Miglioramento

### 7.5.1 Miglioramento Continuo

La Direzione in coerenza con la missione e la politica per la qualità aziendale (vedi sez. 2 del presente Manuale) ha la responsabilità di pianificare e gestire i processi necessari per il miglioramento continuativo del sistema di gestione per la qualità; si struttura quindi un sistema di gestione delle azioni di miglioramento.

Le Azioni di miglioramento adottate dall'organizzazione sono costituite da Azioni Correttive (AC) ed Azioni Preventive (AP) che vengono attuate per migliorare e risolvere le Non Conformità, prassi aziendali errate e/o non coerenti, anche potenzialmente, con la politica i processi, gli elementi e gli obiettivi definiti nel Manuale di Accreditamento della Regione Basilicata.

Le **Azioni Correttive** hanno un'ottica reattiva di risposta e risoluzione ad anomalie e non conformità in generale, mentre le **Azioni Preventive** consentono di agire in maniera più attiva, prima che si verifichino eventi potenzialmente problematici.

Caratteristica di entrambe, che le contraddistingue dalle azioni di correzione delle non conformità che si concentrano sull'eliminazione dell'effetto indesiderato, è che esse si concentrano, in maniera appropriata, sulle cause delle situazioni anomale o potenzialmente anomale al fine di prevenirne il loro ripetersi.

Gli strumenti e i supporti da utilizzare per l'attività di gestione del miglioramento sono la politica per la qualità e gli obiettivi formalizzati e misurabili descritti nel Documento "Piano della Qualità", le registrazioni relative ai risultati degli audit interni (PSGQ02 Audit Interni), le registrazioni riferite all'analisi dei dati, le registrazioni circa la gestione delle non conformità e la gestione delle azioni correttive e preventive (PSGQ03 Gestione delle non Conformità e degli Scostamenti e PSGQ04 Azioni correttive, preventive e di miglioramento) e i verbali di registrazione dei riesami della direzione (PSGQ02 Audit Interni).

### 7.5.2 Azioni Correttive

Ogni Azione Correttiva può essere intrapresa a seguito di:

- emissione di uno o una serie di rapporti di Non Conformità;
- reclami clienti/utenti;
- risultati di Audit interni;
- risultati di audit da parte di Enti di Certificazione; riesami della Direzione.

E' compito di **RSGQ**, in seguito agli "input" descritti sopra, valutare, analizzarne le cause e stabilire le modalità di attuazione, le responsabilità coinvolte per l'esecuzione, il termine dell'azione correttiva.

Il Responsabile dell'Area interessata all'Azione Correttiva ha il compito di far eseguire al personale interessato le azioni necessarie, verificandone la corretta attuazione nei tempi stabiliti. Ogni Azione Correttiva deve correggere efficacemente le cause di Non Conformità o di anomalia che l'hanno generata.

La corretta esecuzione di un'Azione Correttiva e la valutazione dell'efficacia della stessa sono verificate al termine dei tempi indicati per l'attuazione dal Responsabile incaricato; valutati i risultati, si chiude l'azione eseguita. Tutte queste attività sono registrate in appositi documenti.

In concomitanza dei Riesami della Direzione, il **RSGQ** raccoglie le Azioni Correttive di periodo e le sottopone all'attenzione della Direzione.

Per la gestione delle azioni correttive sono state predisposte apposite procedure documentate (PSGQ03 Gestione delle non Conformità e degli Scostamenti e PSGQ04 Azioni correttive, preventive e di miglioramento).

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	<b>Manuale</b>	<b>COD: MQ-7</b>	
	<b>SEZIONE 7: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	REV. 0.0 Data 07/07/2017	Pagina 8/8

### 7.5.3 Azioni Preventive

Le Azioni Preventive scaturiscono dalle attività di riesame da parte della direzione, in seguito a valutazioni di risultati, riepiloghi analitici provenienti dalle diverse aree aziendali, in relazione a potenziali cause di non conformità. E' compito del RSGQ gestire le attività di definizione delle Azione Preventive, individuandone le cause, e stabilire le modalità di attuazione, le responsabilità coinvolte per l'esecuzione e i termini temporali. Ogni Azione Preventiva deve quindi essere intrapresa nei tempi stabiliti dal responsabile incaricato dell'esecuzione.

Il responsabile incaricato, unitamente a RSGQ e se necessario alla DSA, esamina l'efficacia delle azioni preventive effettuate. Al termine dei tempi previsti per la sua attuazione, l'azione effettuata è riesaminata dal Responsabile incaricato con il RSGQ che ne valuta i risultati in ordine agli obiettivi che ci si erano posti. Queste attività sono tutte registrate in appositi documenti. In concomitanza dei Riesami della Direzione, RSGQ raccoglie le Azioni Preventive di periodo e le sottopone all'attenzione della Direzione.

Per la gestione delle azioni preventive sono state predisposte apposite procedure documentate (PSGQ03 Gestione delle non Conformità e degli Scostamenti e PSGQ04 Azioni correttive, preventive e di miglioramento).