

Unità operativa complessa proponente : Relazioni con il Pubblico/ Responsabile Trasparenza

OGGETTO: Presa d'atto della Carta della Qualità dell'ASL NA 3 Sud (Delibera CIVIT n°3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici).

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla **U.O.C. Relazioni con il Pubblico** e delle risultanze e degli atti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico a mezzo di sottoscrizione della presente.

Visti :

- **Il DLgs n° 150/09** “ Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni;
- **La Delibera n° 3 del 2012** della Commissione Indipendente per la Valutazione , la Trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche “ **Linee Guida** per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici;
- **Il regolamento della Regione Campania n°12 del 15 dicembre 2011 “Ordinamento Amministrativo della Giunta Regionale della Campania”** (art.4 ed art.5) pubblicato sul B.U.R.C. n°77/2011;
- **Delibera ASL NA 3 Sud n° 58 del 31/01/2012 “ Presa d'atto proposta “ Piano della Trasparenza e dell'Integrità”** Dlgs 150/09, ove era individuato tra gli obiettivi per l'elaborazione del **primo documento sulla Qualità in base alle indicazioni della CIVIT**; Deliberazione n°1551 del 28/12/2010 con oggetto “ Dlgs 150/09 Istituzione Albo Pretorio Informatico ove veniva individuata la funzione **del Responsabile della Trasparenza** dell'ASL NA 3 Sud nell'incarico di direttore UOC Relazioni con il Pubblico;
- La nota n°1965 del 6 giugno 2011 a firma del Direttore UOC Relazioni con il Pubblico con oggetto “ **Linee Guida per la Pubblicazione delle Guide ai Servizi distrettuali**” che si allega (All.n°1);
- La nota n° 1978 del 06/06/2011 a firma del Direttore UOC Relazioni con il Pubblico con oggetto” **Linee guida per la pubblicazione delle Guide ai servizi dei Presidi ospedalieri “ che si allega (All.n°2);**
- La nota n° 1982 del 08/06/2011 a firma del Direttore UOC Relazioni con il Pubblico “ **Linee Guida per la pubblicazione delle Guide ai Servizi dei Dipartimenti Strutturali ASL NA 3 SUD**” che si allega (**All.n°3**);
- **La Delibera ASL Napoli 3 Sud n° 129 del 13/03/012 “ Istituzione Comitato Partecipativo e Consultivo ASL Napoli 3 SUD”**(**visibile sul sito istituzionale link Comitato Partecipativo e Consultivo**);
- La nota ASL Napoli 3 SUD n° 31894 del 17/05/012 con oggetto **D.l.gs 150/09 Delibera Civit 3/012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici**” Adempimenti , con la quale **si costituiva il gruppo di lavoro** per l'elaborazione del primo documento aziendale per la carta della qualità ASL NA 3 SUD in applicazione della delibera CIVIT citata, con la responsabilità organizzativa strutturale dell'UOC Relazioni con il Pubblico(**All.n° 4**);



- La delibera Asl Napoli 3 Sud n ° 332 del 05/06/012 con oggetto “ **Assegnazione obiettivi prestazionali 2012**”(Visibile sito istituzionale Link operazione trasparenza valutazione e merito).

Considerato che :

- la delibera n° 3 / 2012 della CIVIT costituisce un approfondimento in materia di standard di qualità dei servizi resi ai cittadini;
- **l'elenco dei servizi resi al cittadino ed i relativi standard di qualità devono confluire nella Carta dei Servizi dell'ASL NA 3 Sud e che ciò costituisce lo strumento principale per l'implementazione della riforma della P.A. in materia di qualità dei servizi pubblici;**
- La Direzione Generale ha commissionato ad un gruppo di lavoro ed alla UOC Relazioni con il Pubblico, nell'attesa della definitiva organizzazione aziendale successiva alla emanazione delle linee guida sull'atto aziendale della Regione Campania, la elaborazione della prima Carta della Qualità dell'ASL Napoli 3 sud quale strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione, verso tutti i portatori di interesse interni ed esterni istituzionali e non, della metodologia che verrà adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi, che verranno assunti come impegno formale dell'Asl napoli 3 sud per l'elaborazione delle carte dei servizi per area di bisogno, così come stabilito nello stesso piano triennale della trasparenza e dell'integrità ;

Vista

- la proposta della **prima Carta della Qualità dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud** in coerenza con le linee guida presentate dalla Civit nella delibera n° 3/012 elaborata dalla UOC Relazioni con il Pubblico e dalla dr.ssa Anna de Simone, dirigente psicologo responsabile UOS dell'UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale, componente del gruppo di lavoro precedentemente citato(All n°5).

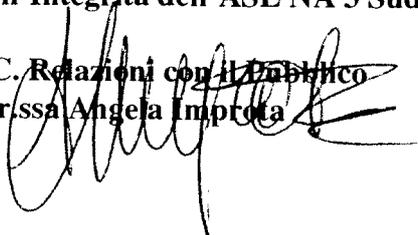
Il Direttore
UOC Relazioni con il Pubblico
Dr.ssa Angela Improta

Propone al
Direttore Generale

Di prendere atto:

- **della proposta della prima CARTA DELLA QUALITA' dell'ASL Napoli 3 Sud, quale strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione della metodologia che verrà adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi erogati da tutte le strutture dell'ASL Napoli 3 Sud, così come stabilito tra gli obiettivi del Piano della Trasparenza e dell'Integrità dell'ASL NA 3 Sud (All.n° 5);**

U.O.C. Relazioni con il Pubblico
Dr.ssa Angela Improta



Il Direttore Generale

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico, nonché della legittimità tecnica ed amministrativa resa dal direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede, ed acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario, nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

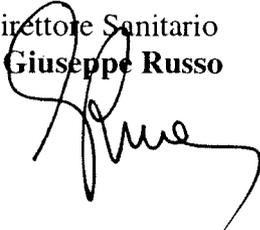
DELIBERA

Di:

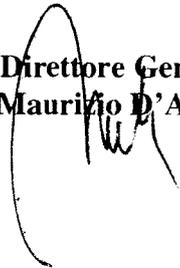
- prendere atto della proposta della prima CARTA DELLA QUALITA' dell'ASL Napoli 3 Sud, presentata dalla U.O.C. Relazioni con il Pubblico e dalla dr.ssa Anna De Simone, dirigente psicologo responsabile UOS dell'UOC Formazione ed Aggiornamento Professionale quale strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione della metodologia che verrà adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi erogati da tutte le strutture dell'ASL Napoli 3 sud, così come stabilito tra gli obiettivi del Piano della Trasparenza e dell'Integrità dell'ASL NA 3 Sud (All.n° 5);

Il servizio proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione curandone tutti i consequenziali adempimenti, anche per quanto riguarda la trasmissione alla CIVIT della documentazione prevista dalla Delibera n°3 del 2012.

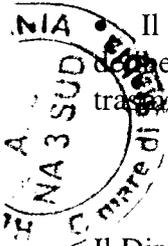
Il Direttore Sanitario
Dr. Giuseppe Russo



Il Direttore Generale
Dr. Maurizio D'Amora



RP/AL



Prot. 1965 del 06//06/011

Direttori Distretti Sanitari
Direttore Dipartimento di Prevenzione
Direttore Dipartimento Assistenza Farmaceutica
Direttore Dipartimento di Salute Mentale
Direttore Dipartimento Assistenza Riabilitativa
Direttori UU.OO.CC. Ser.T.
Direttore UOC Fasce Deboli
Direttore UOC Coordinamento Sociosanitario
Direttore UOC Ass. Distrettuale
Direttore UOC Ass. M.I. Territoriale
Coordinamento Medicina Legale
Coordinatore CUP/Tessera Sanitaria
Direttore UOC G.T.O.S.I.
Referenti UU.OO. Relazioni con il Pubblico.

Oggetto: Linee guida per la pubblicazione delle Guide ai servizi.

Si trasmette in allegato la proposta delle linee guida per la pubblicazione delle guide ai servizi distrettuali dell'ASL NA 3 SUD.

Attendo i Vostri contributi, per discuterne così come previsto all'ordine del giorno, all'interno della prima assemblea delle relazioni Pubbliche del 9 giugno 2011 (nota 1778 del 23/05/011).

A disposizione per chiarimenti

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico
Angela Imbrota

**Linee guida per la pubblicazione sul portale dell'ASL Napoli 3 Sud
delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dei
Distretti
(“Guida ai Servizi”)**

Premessa

Il Decreto Legislativo **27 ottobre 2009, n. 150**, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, all’art. 11 comma 1 cita: *“La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione”.*

Viste:

- le linee guida per la pubblicazione dei siti istituzionali;
- il Codice dell’Amministrazione digitale;
- gli obiettivi inseriti nelle linee guida per l’elaborazione dei piani della

trasparenza e della performance adottate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni pubbliche (Tutte informazioni visibili sul sito istituzionale link trasparenza).

E’ necessario stabilire i contenuti essenziali dei siti relativi a distretti, ospedali e dipartimenti, ed UU.OO.CC di livello centrale quale obiettivo 2011, inserito nel piano della trasparenza di prossima adozione aziendale.

Criteri di indirizzo della “Guida ai Servizi” Distretti Asl Napoli 3 Sud

Negli ultimi anni la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con lo sviluppo di Internet, hanno reso necessario un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per implementare una strategia comunicativa efficace.

Uno dei tanti strumenti con cui restituire informazioni ai Cittadini sull’organizzazione pubblica, quale è la nostra ASL, è rappresentato dalla “Guida ai servizi”.



"Guida ai servizi" non più intesa nel senso tradizionale di documento cartaceo, in molti casi unidirezionale in cui le informazioni vengono fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione delle stesse, ma compatibile con la nuova forma di comunicazione dettata dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

La nuova concezione di "Guida ai servizi", nei suoi contenuti, ha l'onere di rispettare una serie di **obblighi** quali:

- l' accertata utilità;
- la semplificazione dell'interazione tra amministrazione e cittadini e cittadine;
- la trasparenza dell'azione amministrativa;
- la facile reperibilità e fruibilità dei contenuti;
- il costante aggiornamento;

di **impegni** quali:

- **informare** in modo trasparente sulle attività dei Distretti: **chi** siamo, **come** contattarci, **dove** siamo, **quando** ci siamo, con la consapevolezza che una buona informazione è un ulteriore passo avanti per offrire un servizio di qualità;
- **orientare** , garantendo ai nostri cittadini migliori opportunità in termini di prevenzione, cura e riabilitazione ed interagendo con Essi, per promuovere così una collaborazione più attiva tra chi garantisce e chi beneficia dei servizi;

e di **principi** quali:

- **essere percepibile e contestualizzabile** per cui le informazioni relative alle attività erogate dai Distretti devono essere sempre disponibili, aggiornate e percettibili;
- **essere comprensibile** per cui le informazioni devono essere facili da capire e da usare;
- **essere operabile** per cui le informazioni devono consentire una scelta immediata delle azioni necessarie al raggiungimento dell'obiettivo;
- **essere coerente** per cui i simboli, i messaggi e le azioni che si vogliono trasmettere devono avere lo stesso significato;
- **essere trasparente** per cui si devono comunicare le informazioni reali, vere nel rispetto del principio di necessità ex Dlvo 196/03 Codice Privacy;;
- **essere di facile apprendimento** per cui deve possedere caratteristiche di utilizzo facile e rapido .



Struttura della “Guida ai servizi” Distretti Asl Napoli 3 Sud

I Distretti dell'ASL Napoli 3 sud sono dodici, e pertanto, per uniformare le notizie da fornire ai cittadini, l'UOC Relazioni con il Pubblico fornirà a ciascun Distretto un contenitore già strutturato **in formato word** nel quale inserire le informazioni relative al rispettivo Distretto, con i riferimenti specifici del territorio, come: indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, restituendo le risposte a quattro parole chiave **chi come, dove, quando**.

La piattaforma on line di ogni Distretto è suddivisa **in 12 sezioni**:

1° sezione - Struttura: Organizzazione del distretto Unità operative, Uffici, Ambulatori, ecc. Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC (ogni distretto avrà la sua mappa per il COME SI RAGGIUNGE?);

2° sezione - Prestazioni sanitarie erogate (Costi – Tempi di Attesa – Dove e quando)

3° sezione - Informazione: avvisi, informazione sanitaria e sociale, problematiche ticket sanitari, popolazione di riferimento – Tutte le informazioni di tipo epidemiologico forniti dal Dipartimento di Prevenzione (Cause di Morte e determinanti della Salute) anche in considerazione che la programmazione territoriale (art.4 ex Dlvo 502/92 è a carichi dei direttori dei distretti);

4° sezione - Sistema integrato di accesso ai servizi per le fasce deboli per porta unitaria di accesso secondo le tipologie di bisogno, in questo spazio inoltre vanno inserite tutte le informazioni circa gli Enti Locali di competenza di quel distretto (N° telefonici utili servizi sociali- protezione civile- polizia municipali ed inoltre Ambito sociale di riferimento con l'informazione su tutti i servizi erogati dall'ambito sociale e n° di telefono più nome e cognome del Coordinatore dell'Ufficio di Piano di riferimento);

5° sezione - Urgenze: SAUT-118, Continuità Assistenziale, ecc.

6° sezione – Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD)

Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010);

7° sezione - Tutte le Informazioni circa le farmacie territoriali (Indirizzi Numeri di telefono e turni di apertura e chiusura, importante turni ferie 2011;

8° sezione – Tutte le Informazioni Circa i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta (Indirizzi Telefoni Convenzioni ed accordi specifici) ;

9° sezione - Tutte le Informazioni circa i centri di erogazione di prestazioni inserite nel processo di accreditamento con il Sistema Sanitario Regionale;

10° sezione- Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale (Nome e Cognome del Professionista Tariffa tempo di attesa);

11° sezione – Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio e presenti nel Comitato Consultivo e partecipativo di prossima costituzione dell'ASL NA 3 Sud;

12° sezione- Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore del Distretto Sanitario.(Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – news etc)



Responsabilità e tempi “Guida ai servizi” Distretti Asl Napoli 3 Sud

Entro il **15 giugno 2011** (Il Format sarà presentato all'interno del **Coordinamento aziendale delle relazioni pubbliche del 9 giugno 2011**) sarà fornito dall'UOC RP alle Direzione dei Distretti dell'Asl Na 3 Sud il contenitore già strutturato “Guida ai servizi” **in formato word**, modificabile ed adattabile alla propria realtà distrettuale, seguendo comunque il comune denominatore che lo contraddistingue e da restituire quale prima bozza al Servizio Relazioni con il Pubblico entro il **30 settembre 2011** (obiettivo distrettuale anno 2011) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it. , infatti il 6 ottobre , nella seconda assemblea delle relazioni con il pubblico saranno analizzati i punti di forza e di debolezza del lavoro e saranno concordate azioni di miglioramento del prodotto offerto.

Inoltre tra i fattori su elencati in merito agli oneri da rispettare nella nuova concezione di “Guida ai servizi” vi è quello della corretta **contestualizzazione delle informazioni** da pubblicare sul sito.

Per evitare che sul sito siano presenti informazioni non aggiornate è **importante** verificarne periodicamente la validità temporale. Pertanto le pagine descrittive dell'organizzazione distrettuale, delle sue funzioni, ecc. vanno riviste periodicamente almeno ogni 30 giorni, o ogni qualvolta avvengano dei cambiamenti organizzativi, partendo dalla data dell'ultimo aggiornamento. (Aggiornamento costante diventa indicatore di **performance** di quella struttura).

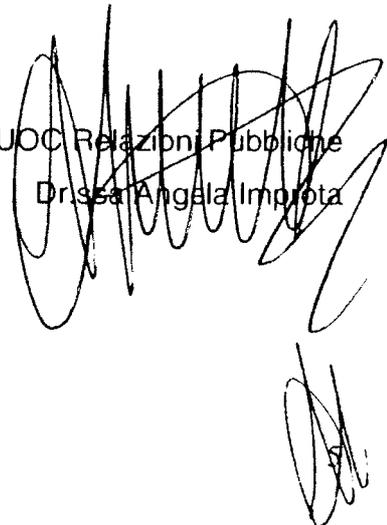
La responsabilità di quanto sopra descritto è demandata alla Direzione di Distretto la quale sarà supportata da **un gruppo di lavoro chiamato “Comitato di Redazione Distrettuale” individuato dal Direttore del distretto stesso**, nel quale è d'obbligo la presenza del **referente distrettuale dell' U.O. Relazioni con il Pubblico**.

Il Comitato di Redazione , per il tramite del Referente distrettuale dell'U.O. Relazioni con il Pubblico, comunicherà sollecitamente al Servizio Relazioni con il Pubblico ogni cambiamento ed aggiornamento della realtà distrettuale (come indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, ecc, ecc,) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it.

Quando si partirà con la pubblicazione del Nuovo Portale aziendale, al distretto saranno assegnate delle password, con le quali gestirà direttamente il proprio spazio web all'interno del sito www.aslnapoli3sud.it. (Il Personale individuato dai direttori dei distretti sarà formato alla gestione tecnica dello spazio con un supporto e coordinamento delle attività dell'UOC R.P.).

Tutti i riferimenti normativi sono visibili sul sito istituzionale link operazione trasparenza.

Direttore UOC Relazioni Pubbliche
D.ssa Angela Imbrota



All. n. 2.

Prot. 1978 del 06//06/011

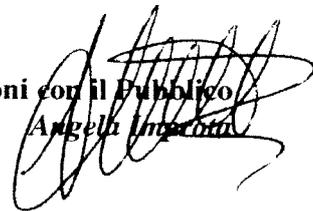
Direttori Sanitari PP.OO.
Direttori Amministrativi PP.OO.
Direttore UOC Assistenza Ospedaliera
Dr. Franklin Picker

Oggetto: Linee guida per la pubblicazione delle Guide ai servizi Presidio Ospedaliero.

Si trasmette in allegato la proposta delle linee guida per la pubblicazione delle guide ai servizi ospedalieri dell'ASL NA 3 SUD:

Attendo i Vostri contributi, per discuterne così come previsto all'ordine del giorno, durante la prima assemblea delle relazioni Pubbliche del 9 giugno 2011 (nota 1778 del 23 maggio c.a.

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico
Angela Imperia



**Linee guida per la pubblicazione sul portale dell'ASL Napoli 3 Sud
delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dei
Presidi Ospedalieri
("Guida ai Servizi")**

Premessa

Il Decreto Legislativo **27 ottobre 2009, n. 150**, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", all'art. 11 comma 1 cita: "*La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione*".

Viste:

- le linee guida per la pubblicazione dei siti istituzionali;
- il Codice dell'Amministrazione digitale;
- gli obiettivi inseriti nelle linee guida per l'elaborazione dei piani della trasparenza e della performance adottate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche (Tutte informazioni visibili sul sito istituzionale link trasparenza).

E' necessario stabilire i contenuti essenziali dei siti relativi a distretti, ospedali e dipartimenti, ed UU.OO.CC di livello centrale quale obiettivo 2011, inserito nel piano della trasparenza di prossima adozione aziendale.

Criteri di indirizzo della "Guida ai Servizi" Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

Negli ultimi anni la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con lo sviluppo di Internet, hanno reso necessario un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per implementare una strategia comunicativa efficace.

Uno dei tanti strumenti con cui restituire informazioni ai Cittadini sull'organizzazione pubblica, quale è la nostra ASL, è rappresentato dalla "Guida ai servizi".

AM

“Guida ai servizi” non più intesa nel senso tradizionale di documento cartaceo, in molti casi unidirezionale in cui le informazioni vengono fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione delle stesse, ma compatibile con la nuova forma di comunicazione dettata dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

La nuova concezione di “Guida ai servizi”, nei suoi contenuti, ha l’onere di rispettare una serie di **obblighi** quali:

- l’ accertata utilità;
- la semplificazione dell’interazione tra amministrazione e cittadini e cittadine;
- la trasparenza dell’azione amministrativa;
- la facile reperibilità e fruibilità dei contenuti;
- il costante aggiornamento;

di **impegni** quali:

- **informare** in modo trasparente sulle attività dei Presidi Ospedalieri: **chi** siamo, **come** contattarci, **come** prenotare, **dove** siamo, **quando** ci siamo, con la consapevolezza che una buona informazione è un ulteriore passo avanti per offrire un servizio di qualità;
- **orientare** , garantendo ai nostri cittadini migliori opportunità in termini di cura e riabilitazione ed interagendo con Essi, per promuovere così una collaborazione più attiva tra chi garantisce e chi beneficia dei servizi;

e di **principi** quali:

- **essere percepibile** e **contestualizzabile** per cui le informazioni relative alle attività erogate dai Presidi Ospedalieri devono essere sempre disponibili, aggiornate e percettibili;
- **essere comprensibile** per cui le informazioni devono essere facili da capire e da usare;
- **essere operabile** per cui le informazioni devono consentire una scelta immediata delle azioni necessarie al raggiungimento dell’obiettivo;
- **essere coerente** per cui i simboli, i messaggi e le azioni che si vogliono trasmettere devono avere lo stesso significato;
- **essere trasparente** per cui si devono comunicare le informazioni reali, vere nel rispetto del principio di necessità ex D.l.vo. 196/03 Codice Privacy;;

- **essere di facile apprendimento** per cui deve possedere caratteristiche di utilizzo facile e rapido .

Struttura della “Guida ai servizi” Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

I Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 3 sud sono in continuo e costante cambiamento, e pertanto, per uniformare le notizie da fornire ai cittadini, l'UOC Relazioni con il Pubblico fornirà a ciascun P.O. un contenitore già strutturato **in formato word** nel quale inserire le informazioni, con i riferimenti specifici del territorio, come: indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, restituendo le risposte a quattro parole chiave **chi, come, dove, quando**.

La piattaforma on line di ogni Presidio Ospedaliero è suddivisa **in sezioni**:

1° sezione - Struttura: Organizzazione del P.O. Unità operative,

Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC (ogni P.O. avrà la sua mappa per il COME SI RAGGIUNGE?); Modalità per il ricovero come accedere alle prestazioni sanitarie ;

2° sezione - Prestazioni sanitarie erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici che operano nei reparti e nei servizi.

3° sezione - Il sistema del Pronto Soccorso Cosa è il Triage. Cosa è il Codice Bianco e come si paga. E tutte le informazioni che il comitato di redazione ritiene utile;

5° sezione - Urgenze: SAUT-118, Continuità Assistenziale, ecc.

6° sezione – Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell'ASL NA 3 SUD) **Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010);**

7° sezione - Come comportarsi in Ospedale le regole di convivenza – Orario Pasti – Orario Visite , Sostegno per la libertà di culto, Rapporto con il Medico di Famiglia ed Il Pediatra di Libera Scelta Le modalità per le dimissioni protette. E rapporto con il distretto di residenza del cittadino. Servizio Sociale?

8° sezione- Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale **attività intramoenla**(Nome e Cognome del Professionista Tariffa e tempo di attesa);

9° sezione – Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio e presenti nel Comitato Consultivo e partecipativo di prossima costituzione dell'ASL NA 3 Sud;

10° sezione Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni etc.

11° sezione Iniziative di tipo scientifico, Eventi etc.

12° sezione- Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero(Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – news etc)

Responsabilità e tempi “Guida ai servizi” Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

Entro il **15 giugno 2011** (**Il Format sarà presentato all'interno del Coordinamento aziendale delle relazioni pubbliche del 9 giugno 2011**) sarà fornito dall'UOC RP alle Direzione dei PP.OO dell'Asl Na 3 Sud il contenitore già strutturato **“Guida ai servizi” in formato word**, modificabile ed adattabile alla propria realtà , seguendo comunque il comune denominatore che lo contraddistingue e da restituire quale prima bozza al Servizio Relazioni con il Pubblico entro il **30 settembre 2011** (obiettivo distrettuale anno 2011) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it , infatti il 6 ottobre , nella seconda assemblea delle relazioni con il pubblico saranno analizzati i punti di forza e di debolezza del lavoro e saranno concordate azioni di miglioramento del prodotto offerto.

Inoltre tra i fattori su elencati in merito agli oneri da rispettare nella nuova concezione di “Guida ai servizi” vi è quello della corretta **contestualizzazione delle informazioni** da pubblicare sul sito.

Per evitare che sul sito siano presenti informazioni non aggiornate è **importante** verificarne periodicamente la validità temporale. Pertanto le pagine descrittive dell'organizzazione ospedaliera, delle sue funzioni, ecc. vanno riviste periodicamente

Handwritten signature

almeno ogni 30 giorni, o ogni qualvolta avvengano dei cambiamenti organizzativi, partendo dalla data dell'ultimo aggiornamento. (Aggiornamento costante diventa indicatore di **performance** di quella struttura).

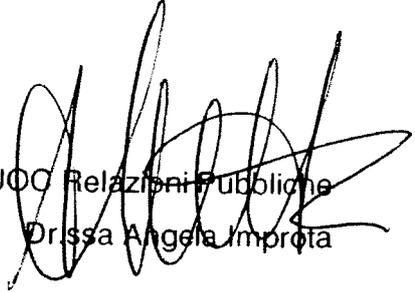
La responsabilità di quanto sopra descritto è demandata alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa del Presidio Ospedaliero la quale sarà supportata da **un gruppo di lavoro chiamato "Comitato di Redazione "** , nel quale è d'obbligo la presenza del **referente dell' U.O. Relazioni con il Pubblico.**

Il Comitato di Redazione , per il tramite del Referente dell'U.O. Relazioni con il Pubblico, comunicherà sollecitamente al Servizio Relazioni con il Pubblico ogni cambiamento ed aggiornamento della realtà distrettuale (come indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, ecc, ecc,) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it.

Quando si partirà con la pubblicazione del Nuovo Portale aziendale, all'Ospedale saranno assegnate delle password, con le quali si gestirà direttamente il proprio spazio web all'interno del sito [www.aslnapoli3sud](http://www.aslnapoli3sud.it). (Il Personale individuato dai direttori sanitari ed amministrativi dei presidi ospedalieri sarà formato alla gestione tecnica dello spazio con un supporto e coordinamento delle attività dell'UOC R.P.).

 Tutti i riferimenti normativi sono visibili sul sito istituzionale link operazione trasparenza.

Direttore UOC Relazioni Pubbliche
Dr.ssa Angela Improta





Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia NA
U.O.C. Relazioni con il Pubblico
Responsabile Trasparenza
Tel 0818729029; fax 081872032;
e-mail relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it
PEC relazioni_pubbliche@pec.aslnapoli3sud.it
Sito: www.aslnapoli3sud.it

Prot. 1982 del 08//06/011

**Direttore Dipartimento Di Prevenzione
Direttore Dipartimento di Salute Mentale
Direttore Dipartimento assistenza Farmaceutica**

Oggetto: Linee guida per la pubblicazione delle Guide ai servizi Dipartimenti ASL NA 3 SUD.

Si trasmette in allegato la proposta delle linee guida per la pubblicazione delle Guide ai Dipartimenti dell'ASL NA 3 SUD:

Attendo i Vostri contributi, per discuterne così come previsto all'ordine del giorno, durante la prima assemblea delle Relazioni Pubbliche del 9 giugno 2011 (nota 1778 del 23 maggio c.a.).

Grazie per l'attenzione



Direttore UOC Relazioni con il Pubblico
Angela Improta

**Linee guida per la pubblicazione sul portale dell'ASL Napoli 3 Sud
delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dei
Dipartimenti Strutturali
("Guida ai Servizi")**

Premessa

Il Decreto Legislativo **27 ottobre 2009, n. 150**, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", all'art. 11 comma 1 cita: "*La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione*".

Viste:

- le linee guida per la pubblicazione dei siti istituzionali;
- il Codice dell'Amministrazione digitale;
- gli obiettivi inseriti nelle linee guida per l'elaborazione dei piani della trasparenza e della performance adottate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche (Tutte informazioni visibili sul sito istituzionale link trasparenza).

E' necessario stabilire i contenuti essenziali dei siti relativi a distretti, ospedali e dipartimenti, ed UU.OO.CC di livello centrale quale obiettivo 2011, inserito nel piano della trasparenza di prossima adozione aziendale.

Criteri di indirizzo della "Guida ai Servizi" Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

Negli ultimi anni la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con lo sviluppo di Internet, hanno reso necessario un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per implementare una strategia comunicativa efficace.

Uno dei tanti strumenti con cui restituire informazioni ai Cittadini sull'organizzazione pubblica, quale è la nostra ASL, è rappresentato dalla "Guida ai servizi".

“Guida ai servizi” non più intesa nel senso tradizionale di documento cartaceo, in molti casi unidirezionale in cui le informazioni vengono fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione delle stesse, ma compatibile con la nuova forma di comunicazione dettata dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

La nuova concezione di “Guida ai servizi”, nei suoi contenuti, ha l'onere di rispettare una serie di **obblighi** quali:

- l' accertata utilità;
- la semplificazione dell'interazione tra amministrazione e cittadini e cittadine;
- la trasparenza dell'azione amministrativa;
- la facile reperibilità e fruibilità dei contenuti;
- il costante aggiornamento;

di **impegni** quali:

- **informare** in modo trasparente sulle attività dei Presidi Ospedalieri: **chi** siamo, **come** contattarci, **come** prenotare, **dove** siamo, **quando** ci siamo, con la consapevolezza che una buona informazione è un ulteriore passo avanti per offrire un servizio di qualità;
- **orientare** , garantendo ai nostri cittadini migliori opportunità in termini di prevenzione, cura e riabilitazione ed interagendo con Essi, per promuovere così una collaborazione più attiva tra chi garantisce e chi beneficia dei servizi;

e di **principi** quali:

- **essere percepibile** e **contestualizzabile** per cui le informazioni relative alle attività erogate dai Dipartimenti devono essere sempre disponibili, aggiornate e percettibili;
- **essere comprensibile** per cui le informazioni devono essere facili da capire e da usare;
- **essere operabile** per cui le informazioni devono consentire una scelta immediata delle azioni necessarie al raggiungimento dell'obiettivo;
- **essere coerente** per cui i simboli, i messaggi e le azioni che si vogliono trasmettere devono avere lo stesso significato;
- **essere trasparente** per cui si devono comunicare le informazioni reali, vere nel rispetto del principio di necessità ex D.l.vo. 196/03 Codice Privacy;;

- **essere di facile apprendimento** per cui deve possedere caratteristiche di utilizzo facile e rapido .

Struttura della “Guida ai servizi” Dipartimenti Asl Napoli 3 Sud

I Dipartimenti dell’ASL Napoli 3 sud sono in continuo e costante cambiamento, e pertanto, per uniformare ed standardizzare le notizie da fornire ai cittadini, l’UOC Relazioni con il Pubblico fornirà a ciascun Dipartimento un contenitore già strutturato **in formato word** nel quale inserire le informazioni, con i riferimenti specifici del territorio, come: indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, restituendo le risposte a quattro parole chiave **chi, come, dove, quando**.

La piattaforma on line di ogni Presidio Ospedaliero è suddivisa **in sezioni**:

1° sezione - Struttura: Organizzazione del Dipartimento. Unità operative

complete e semplici Uffici, Ambulatori, ecc. Chi, Dove- Quando- Come Tel. Fax E-mail PEC (La sede dipartimentale avrà la sua mappa per il **COME SI RAGGIUNGE?**);

2° sezione - Prestazioni sanitarie erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota, cosa fare per ottenere.....) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici e medici veterinari nel caso del dipartimento di prevenzione, farmacisti nel caso del dipartimento assistenza farmaceutica che operano nelle rispettive UU.OO..

3° sezione . Tutti i procedimenti Amministrativi con nomina responsabili dei procedimenti e tempi di esecuzione (censimento già effettuato nell’ASL NA 3 SUD)

Modulistica con inserito sempre il logo aziendale (delibera n°1101 del 04/10/2010) divisi per UU.OO. e per tipologia di attività;

4° sezione- Tutte le informazioni circa l’erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale **attività intramoenia**(Nome e Cognome del Professionista Tariffa e tempo di attesa);

5° sezione – Tutte le associazioni di tutela presenti sul territorio con le quali quel dipartimento ha rapporti ed inoltre le Associazioni presenti nel Comitato Consultivo e partecipativo di prossima costituzione dell’ASL NA 3 Sud;

6° sezione Tutte le informazioni per accedere alla copia della cartella clinica ad altre attestazioni etc. Informazione per tipologia di pazienti (Si pensi ai diabetici per il dipartimento farmaceutico)

7° sezione Iniziative di tipo scientifico, Eventi etc.

8° sezione- Tutte le informazioni ritenute utili dal Comitato di redazione coordinato dal Direttore del Dipartimento(Le Domande più frequenti – Circolari – accordi con le associazioni – Accordi con le attività dei distretti degli Ambiti Sociali si pensi al Dipartimento di Salute mentale news etc)

Responsabilità e tempi “Guida ai servizi” Dipartimenti Asl Napoli 3 Sud

Entro il **15 giugno 2011** (**Il Format sarà presentato all'interno del Coordinamento aziendale delle relazioni pubbliche del 9 giugno 2011**) sarà fornito dall'UOC RP alle Direzione dei Dipartimenti dell'Asl Na 3 Sud il contenitore già strutturato “Guida ai servizi” **in formato word**, modificabile ed adattabile alla propria realtà , seguendo comunque il comune denominatore che lo contraddistingue e da restituire quale prima bozza al Servizio Relazioni con il Pubblico entro il **30 settembre 2011** (obiettivo distrettuale anno 2011) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it , infatti il 6 ottobre , **nella seconda assemblea** delle relazioni con il pubblico saranno analizzati i punti di forza e di debolezza del lavoro **e saranno concordate azioni di miglioramento del prodotto offerto.**

Inoltre tra i fattori su elencati in merito agli oneri da rispettare nella nuova concezione di “Guida ai servizi” vi è quello della corretta **contestualizzazione delle informazioni** da pubblicare sul sito.

Per evitare che sul sito siano presenti informazioni non aggiornate **è importante** verificarne periodicamente la validità temporale. Pertanto le pagine descrittive dell'organizzazione dipartimentale, delle sue funzioni, ecc. vanno riviste periodicamente almeno ogni 30 giorni, o ogni qualvolta avvengano dei cambiamenti organizzativi, partendo dalla data dell'ultimo aggiornamento. (Aggiornamento costante diventa indicatore di **performance** di quella struttura).

 4

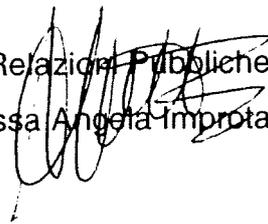
La responsabilità di quanto sopra descritto è demandata alla Direzione del Dipartimento, la quale sarà supportata da **un gruppo di lavoro chiamato “Comitato di Redazione”**, nel quale è d’obbligo la presenza del **referente dell’ U.O. Relazioni con il Pubblico**.

Il Comitato di Redazione, per il tramite del Referente dell’U.O. Relazioni con il Pubblico, comunicherà sollecitamente al Servizio Relazioni con il Pubblico ogni cambiamento ed aggiornamento della realtà distrettuale (come indirizzi, numeri di telefono, orari, modalità di accesso, ecc, ecc,) tramite P.E.C. al seguente indirizzo: relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it.

Quando si partirà con la pubblicazione del Nuovo Portale aziendale, ai Dipartimenti saranno assegnate delle password, con le quali si gestirà direttamente il proprio spazio web all’interno del sito www.aslnapoli3sud.it. (Il Personale individuato sarà formato alla gestione tecnica dello spazio con un supporto e coordinamento delle attività dell’UOC R.P.).

Tutti i riferimenti normativi sono visibili sul sito istituzionale link operazione trasparenza.

Direttore UOC Relazioni Pubbliche
Dr.ssa Angela Imbrota



Allegato 4.

allegato 4

aslnapoli3sud

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 SUD
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia
P.I. e C.F. 06322711216

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0031894 del 17/05/2012 - 15:53



Al Dr.ssa Agnese Borrelli

Alla Dr.ssa Anna De Simone

Alla Dr.ssa Carmela Cannella

E, p.c. Alla Dr.ssa Angela Improta

Dr.ssa Antonella De Stefano

Prof. Maria Triassi

Oggetto: Dlgs 150/09 – Delibere Civit n° 3/2012 “ Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici “ Adempimenti .

Le SS.VV sono individuate quali componenti del gruppo di lavoro per l’elaborazione del primo documento aziendale inerente i contenuti della delibera Civit citata in oggetto.

La dr.ssa Angela Improta, che legge per conoscenza, in qualità di direttore UOC Relazioni con il Pubblico e Responsabile della Trasparenza è responsabile della struttura organizzativa di supporto alle attività del gruppo .

Il Gruppo di lavoro, coordinato dal direttore sanitario dr. Giuseppe Russo, inizierà i propri lavori il giorno 25 maggio 2012 alle ore 10.00 presso la direzione sanitaria aziendale.

Augurando buon Lavoro

Direttore Sanitario

Dr. Giuseppe Russo

Direttore Generale

Dr. Maurizio Di Amora

Servizio Controllo Strategico
di Gestione
Prot. 910 / SCSG del 17/5/2012

CARTA DELLA QUALITA' DELL'ASL NA 3 SUD

1. SCOPO DELLA CARTA

Il presente documento è voluto dalla Direzione Generale dell'ASL quale strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione, sia verso i clienti interni che esterni, della metodologia che verrà adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi, che verranno assunti come impegno formale dell'Azienda nei confronti dei cittadini, con le Carte dei servizi dell'ASL Na 3 Sud.

Tutti gli operatori dell'ASL Na3 Sud sono chiamati a comprendere, attuare e sostenere tale metodologia e, con questa, gli impegni e gli obiettivi assunti dall'Azienda nelle Carte dei Servizi.

2. IL CONTESTO NORMATIVO: RIFORMA DELLA P.A., QUALITA' E PERFORMANCE

La riforma della pubblica amministrazione evidenzia, nelle linee programmatiche, la necessità di migliorare la **Qualità** dei servizi pubblici, promuovendo una gestione orientata al **miglioramento continuo delle performance**, l'adozione di standard di riferimento e la misurazione della soddisfazione degli utenti.



Collocati al centro della programmazione e della valutazione dei servizi erogati, i cittadini non sono più considerati unicamente come consumatori, ma anche come finanziatori e partner nell'erogazione del servizio e in quanto tali, devono poter accedere a tutte le informazioni necessarie ad una partecipazione attiva.

In tale ottica la **Trasparenza e l'Integrità**, intese come accessibilità totale, da parte dei cittadini, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, assurgono a fattori chiave dell'azione amministrativa.

Con la Legge 4 Marzo 2009, n.15 e con il Decreto Legislativo di attuazione (150/2009) della medesima Legge, si evidenzia la necessità di una profonda revisione dei processi produttivi delle amministrazioni, per ottenere risparmi economici e maggiore soddisfazione del cittadino-cliente.

L'obiettivo perseguito dalla norma è quello di raggiungere nell'arco di 3-5 anni gli standard internazionali in termini di:

- migliore organizzazione del lavoro
- progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al pubblico
- adeguamento dei livelli di produttività del lavoro pubblico
- adozione di sistemi di valutazione dell'operato dei dirigenti e del personale moderni e trasparenti, finalizzati al riconoscimento del merito

Per orientare le amministrazioni pubbliche a raggiungere tali standard, la normativa prevede l'attivazione di un **ciclo generale di gestione della performance**, che consente di organizzare le attività in una ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi.

L'implementazione del nuovo **ciclo di gestione della performance** si ripercuote sul rapporto con il personale attraverso l'erogazione di strumenti e consente un'efficace gestione delle risorse.

Il Piano della **performance**, strumento che dà avvio al ciclo di gestione, è un documento programmatico triennale che definisce gli elementi fondamentali (obiettivi,

Handwritten signature or mark at the bottom right of the page.

indicatori e *target*) su cui dovrà basarsi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Nel processo di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa e individuale delle amministrazioni pubbliche intervengono:

- a) un organismo centrale denominato **Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche** di cui all'articolo 13;
- b) gli **Organismi indipendenti di valutazione** della *performance* di cui all'articolo 14;
- c) l'organo di indirizzo politico amministrativo di ciascuna amministrazione;
- d) i dirigenti di ciascuna amministrazione.

Il processo per la definizione e misurazione degli standard di qualità va collocato all'interno dell'impianto metodologico che le amministrazioni pubbliche devono attuare per sviluppare il ciclo di gestione della *performance*. Uno degli ambiti di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa è, infatti, la **qualità del servizio** (come indicato dall' articolo 8 del d. lgs. n. 150/2009). In termini generali, il concetto di qualità del servizio è di natura multidimensionale, e la stessa qualità di un servizio dipende da molteplici fattori, alcuni dei quali empiricamente rilevabili altri non empiricamente rilevabili, comunque variamente connessi tra loro.

Al fine di assicurare una rappresentazione per quanto possibile oggettiva e omogenea dei servizi erogati al pubblico, la *Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche* ritiene che le amministrazioni possano tenere all' individuazione di *standard* idonei a rilevare la **qualità effettiva** dei servizi erogati.

Per **qualità effettiva** di un servizio si intende l'insieme delle dimensioni rilevanti e delle proprietà che devono caratterizzare l'erogazione del servizio. La qualità effettiva rappresenta un tratto costitutivo dell'efficacia del servizio ed è riconducibile agli effetti positivi, prodotti da alcune specifiche iniziative organizzative sul processo di erogazione del servizio. L'analisi della qualità effettiva di un servizio indica in che modo e in che misura un'organizzazione eroga servizi di qualità, che danno cioè una risposta pronta, coerente ed esauriente alle richieste potenziali degli utenti e minimizza il disturbo, il numero dei passaggi necessari, i disagi o gli imprevisti provocati da disservizi. L'approccio alla qualità effettiva, individuato per la definizione degli *standard* di qualità, non è assimilabile né alla valutazione della qualità dei processi di "produzione" che precedono l'erogazione del servizio finale, né alla valutazione della qualità percepita dall'utente del servizio.

Se il raggiungimento degli *standard* di qualità rappresenta " ...uno degli elementi che contribuiscono alla determinazione del livello complessivo di *performance* dell'amministrazione...", è opportuno che vi sia "...la **massima coerenza** tra gli standard di qualità definiti per i servizi erogati e i contenuti del Piano della *performance*", in altre parole, "...nel Piano della *performance* devono essere previsti obiettivi di *performance* coerenti con il rispetto degli standard di qualità stabiliti" (Delibera Civit n.3/2012).

La finalità dell'intero impianto del ciclo di gestione della *performance* è di dotare le amministrazioni pubbliche di un sistema mediante il quale attivare un processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi pubblici, attraverso una revisione periodica e, quindi, un innalzamento progressivo degli standard di qualità.



3. QUALE METODOLOGIA PER LA QUALITA' ?

Le scuole di pensiero ed i metodi di approccio alla qualità sono molteplici e talvolta contrastanti, o almeno non immediatamente conciliabili: dalla certificazione ISO 9000, all'accREDITAMENTO di "eccellenza", dalla "verifica e revisione della qualità" (VRQ) e dal "miglioramento continuo di qualità" MCQ), all' "analisi partecipata della qualità" (APQ), dal Total Quality Management (TQM), al modello europeo di Qualità totale.

I metodi di valutazione e miglioramento della qualità in ambito sanitario si sono sviluppati secondo varie direzioni, in riferimento alla diversità delle prospettive dei soggetti interessati, al carattere multidimensionale della qualità, alla peculiarità delle aziende.

Per operare una sintesi, si può affermare che in sanità le metodologie di approccio alla qualità si sono incentrate prevalentemente nei seguenti campi:

1. qualità professionale,
2. qualità organizzativa,
3. qualità partecipata e/o percepita.

Entro tali campi di analisi le metodologie maggiormente utilizzate sono:

1. approccio tecnico-professionale:

medical e clinical audit,
miglioramento continuo della qualità (quality assurance, VRQ),
accREDITAMENTO professionale,
linee guida ed evidence based medicine;

2. approccio organizzativo gestionale:

total quality management,
certificazione di qualità (ISO 9000),
accREDITAMENTO autorizzativo e requisiti minimi di qualità,
accREDITAMENTO all'eccellenza;

3. approccio partecipativo:

APQ.

La breve sintesi operata mostra come ciascuna delle metodologie citate, dalla MCQ all'APQ, dalle norme ISO 9000 ai sistemi di qualità totale TQM ecc., focalizza in misura prevalente l'attenzione su una dimensione ritenuta prioritaria, ma non le esaurisce tutte.

D'altronde il prodotto "salute" è l'elemento finale di un complesso processo che ricomprende tutte le citate dimensioni e vede coinvolti numerosi attori, per cui, nonostante le metodologie elencate abbiano dato un valido contributo, la loro azione di miglioramento sulla globalità del processo è rimasta limitata.

Per superare tale limitazione si è andato affermando un nuovo approccio, specificamente sviluppato per le organizzazioni sanitarie: il **Governo Clinico** (libera traduzione dall'inglese *Clinical Governance*)

Per Governo Clinico s'intende "il sistema in base al quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e mantengono elevati livelli di cura, creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili".

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità, in tale ottica, è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al

trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale cui tendere: **sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità.**

Pertanto, il miglioramento della qualità non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto. Essa richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprende i pazienti, i professionisti e l'organizzazione. Nell'approccio del Governo Clinico è quindi necessario che la strategia per la Qualità sia condivisa da tutti gli attori.

Il concetto di Governo Clinico può essere riferito sia alla definizione, mantenimento e verifica della qualità clinica, sia ai meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.

L'efficacia del Governo Clinico è condizionata dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.

Il Governo Clinico richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale. Considerando che la *mission* principale delle Aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la *governance* dell'organizzazione.

Strumenti fondamentali per il perseguimento della Qualità in un'ottica di governo clinico sono l'informazione e la comunicazione, sostenute da opportuni sistemi informativi ed informatici, essenziali per promuovere la Trasparenza ed il "rendere conto" di ciò che viene fatto (*accanuntability*), nella logica della misurazione/ valutazione.

In sintesi, la metodologia di approccio alla Qualità nella prospettiva del Governo Clinico, appare, sotto tutti gli aspetti, la più completa ed adatta a sostenere, in ambito sanitario, la revisione dei processi organizzativi e produttivi della Pubblica Amministrazione introdotta con il D.L.150/2009

4. ANALISI DEL CONTESTO: I PASSI DELL'ASL NA 3 SUD VERSO IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Nel recepire le linee guida e di indirizzo emanate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, l'ASL Na 3 Sud ha stabilito un piano di azioni che, in tappe successive, attraverso l'informazione, il coinvolgimento e la sensibilizzazione delle varie componenti aziendali, formino il terreno su cui impiantare il ciclo di gestione della *performance*.

Per quanto concerne l'OIV, in attesa della definizione da parte della Regione Campania delle modalità di costituzione ~~del~~ tale organismo, le funzioni vengono ricomprese tra quelle del Nucleo di valutazione, mentre le funzioni della struttura tecnica di supporto sono affidate alla U.O.C. Controllo Strategico di Gestione.

Azioni intraprese

- Adozione del **Piano della Trasparenza e dell'Integrità** (Delibera n.58 del 31/01/2012)
- Costituzione del **Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** (Delibera n. 152 del 28/12/2011)
- Completamento del primo ed avvio del secondo **Censimento dei procedimenti amministrativi** (circolare n.13100 del 28/03/11)
- Adozione del **Regolamento di Pubblica Tutela** (Delibera n.5/2011)
- Costituzione del **Comitato di Partecipazione** (art. 11 D.lgs 150/09 ed art.14 D.lgs 502/92)
- Predisposizione e pubblicazione sul sito aziendale delle "**Linee guida per la pubblicazione sul portale aziendale di tutte le informazioni concernenti i servizi erogati**" (**Guida ai servizi**) (emanate dal Responsabile della Trasparenza ASL Na 3 Sud, Direttore della UOC Relazioni con il Pubblico nel giugno 2011)
- Costituzione del gruppo centrale di lavoro per il **miglioramento della qualità dei servizi** (disposizione del Direttore Generale e del Direttore Sanitario n. 31894 del 17/05/2012)
- Costituzione dei sottogruppi di lavoro per la definizione degli standard della **Carta dei servizi** per le seguenti aree di bisogno assistenziale: **Materno Infantile (gravidanza), disabili, anziani, assistenza domiciliare, dipendenze, salute mentale, assistenza diabetici**; obiettivi contenuti nel Piano della Trasparenza e dell'Integrità, da realizzare entro giugno 2013 (disposizione del Responsabile della Trasparenza ASL Na 3 Sud, Direttore della UOC Relazioni con il Pubblico, n. 1882 del 10/05/2012)

Azioni da intraprendere

- Avvio delle esperienze di **Audit civico** con Tribunale del Malato e Cittadinanzattiva
- Individuazione della **metodologia per la definizione degli standard della qualità dei servizi** (fattori, indicatori, standard), con adozione della **Carta della Qualità**
- Pubblicazione sul sito istituzionale delle **Guide ai Servizi**, in applicazione delle **Linee Guida** citate
- Adozione formale delle **Carte dei Servizi** per aree di bisogno assistenziali

5. METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ DEI SERVIZI: INTRODUZIONE

Dalla lettura delle Delibere CiVIT , appare evidente che la prospettiva dalla quale si guarda alla qualità dei servizi sanitari è prevalentemente quella del cittadino. Sia negli esempi riportati circa le dimensioni della qualità, sia nella descrizione del processo per la definizione degli standard, non ritroviamo riferimenti alla qualità tecnico professionale o a quella organizzativa.

L'esclusione dalla Carta dei Servizi degli standard tecnico professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie, trova la sua giustificazione nell' estrema complessità e delicatezza di tali aspetti, che non ne consentirebbe la comprensione e la verificabilità da parte dei cittadini e delle organizzazioni di rappresentanza.

Nella Carta dei Servizi, infatti, gli standard di qualità devono essere formulati in modo tale da essere comprensibili e appropriati rispetto alla valutazione che ne può fare l'utente.

Di conseguenza, gli standard della Carta dei servizi prendono in esame le dimensioni **generali** della qualità del servizio, come ad esempio l'accoglienza, la tempestività, l'informazione, l'efficienza, il comfort e la pulizia delle strutture, la semplificazione delle procedure.

D'altronde il Ciclo di Gestione della Performance richiede la revisione di tutti i processi aziendali che sottendono l'erogazione dei prodotti sanitari al cittadino.

Pertanto l'ASL Na 3 Sud intende perseguire l'obiettivo di guardare alla Qualità nell'ottica del Governo Clinico, al fine di ridisegnare i principali processi clinico assistenziali (per Aree di bisogno assistenziale) per renderli più **razionali**, più **efficienti** da un punto di vista di impiego delle risorse e più **efficaci** dal punto di vista dei *risultati di salute prodotti*.

Per facilitare ed accompagnare tale percorso, verranno realizzati, entro il 2013, **corsi di formazione**, rivolti a tutto il personale dirigente di area sanitaria, per l'acquisizione dei principi, delle metodologie e degli strumenti del Governo clinico.

In tale prospettiva si è ritenuto opportuno iniziare il processo di definizione degli standard di qualità dell'ASL Na 3 Sud elaborando una metodologia che consentisse:

- Il rispetto delle indicazioni contenute nella delibera CiVIT n.3 /2012, con riguardo alla centralità del cittadino.
- La partecipazione attiva dei professionisti nel processo di analisi e verifica dei fattori di qualità, al fine di responsabilizzarli nella gestione.

Al termine della fase di formazione del personale potranno essere adottate a regime la metodologia e gli strumenti del Governo Clinico, per approcciare la complessità degli aspetti della qualità (organizzativa, tecnico professionale e percepita) e supportare il miglioramento della *performance* aziendale.

6. METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ DEI SERVIZI: *DESCRIZIONE DELLE FASI*

Di seguito vengono descritte sinteticamente le fasi in cui si suddivide la metodologia che si intende adottare per l'elaborazione degli standard di Qualità.

Il **modello metodologico**, rappresentato schematicamente, è anche riportato nell' **Allegato 1**.

FASE I: ORGANIZZATIVA **Costituzione dei gruppi di lavoro per la qualità:**

1) Gruppo Centrale

Componenti = dirigenti aziendali individuati dalla Direzione strategica in base alle competenze, all'esperienza e/o ai livelli di responsabilità sui processi di lavoro.

Compiti = Elaborazione della metodologia, stesura della Carta della Qualità, accompagnamento dei gruppi di lavoro per aree di bisogno assistenziale.

2) Gruppi di lavoro per aree di bisogno assistenziale

Componenti = responsabili di processo ed operatori competenti sui diversi aspetti dei servizi erogati

Compiti = Individuazione delle dimensioni della *qualità effettiva*, progettazione ed attuazione di interventi di miglioramento, elaborazione degli indicatori per ciascuna delle dimensioni considerate, definizione dei valori standard di riferimento.

FASE II : INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI NON QUALITA'

In questa fase i vari gruppi di lavoro individuano in primo luogo le dimensioni più idonee a rappresentare la *qualità effettiva* delle diverse tipologie di servizi erogati.

Stabilite le **dimensioni della qualità**, si procede alla scelta dei relativi indicatori. Per ciascuna delle dimensioni considerate, in base alla relativa complessità, potranno essere previsti più **indicatori**, allo scopo di garantire una completa ed efficace misurazione della dimensione stessa. Gli indicatori dovranno comunque essere formulati in maniera semplice e comprensibile da parte dei cittadini. Inoltre, nella scelta degli indicatori si dovrà necessariamente tener conto anche della reale possibilità di ottenere dal sistema informativo esistente i dati necessari e le informazioni richieste per la misurazione dei risultati.

Stabiliti gli indicatori per ciascuna delle dimensioni della qualità, si passa a rilevare i punti di sofferenza del servizio in esame attraverso:

- l'analisi dei bisogni dell'utente
- l'analisi dei reclami
- la manifestazione della non-qualità, espressa sotto forma di dissenso, di insoddisfazione, di lamentela, ecc. da parte del cliente interno ed esterno (non strutturata in reclamo)
- Altre fonti

Con l'ausilio di tali strumenti è possibile individuare una serie di **nodi critici**. Questi vanno rappresentati prima in ordine di importanza per gli utenti, poi per gli operatori interni. Infine vanno riclassificati in base alla capacità dell'Azienda di gestirli, correggerli o modificarli.

FASE III: ANALISI DELLE CAUSE

E' la fase in cui occorre analizzare le cause della non qualità rilevata.

Questa fase si compone di due distinti momenti: quello conoscitivo e quello dell'analisi. Il coinvolgimento e la partecipazione responsabile degli operatori implicati nei singoli processi produttivi sono essenziali per ottenere una corretta conoscenza.

Nel primo momento, della conoscenza, devono essere raccolte tutte le informazioni necessarie: i singoli processi produttivi devono essere scomposti in attività e queste in operazioni elementari.

Per rilevare le cause dei fattori di non qualità possono essere utilizzati gli strumenti di classici della Qualità: il Diagramma Causa-Effetto (o Ishikawa) il diagramma di flusso, il diagramma di Pareto, ecc...

Una volta individuate le cause, occorre, per ognuna di queste, con adatti strumenti (ad es. analisi SWOT) valutare le resistenze, i vincoli, le opportunità, nonché i tempi ed i costi da sostenere. Giunti a tale livello di conoscenza e di analisi, le cause su cui agire con interventi di rimozione o correzione, vengono poste in ordine prioritario in base alla gestibilità aziendale. Si passa poi alla progettazione dell'intervento migliorativo (chi fa cosa, come e quando), quindi alla applicazione dell'intervento migliorativo.

FASE IV: DEFINIZIONE DEGLI STANDARD, MONITORAGGIO E VERIFICA

A questo punto il gruppo di lavoro può procedere alla formulazione degli standard, può cioè fissare degli obiettivi di miglioramento del prodotto/servizio, realisticamente raggiungibili, come impegno, verificabile, da rispettare nei confronti dei cittadini.

Assunti formalmente con l'inserimento nella relativa Carta del servizio, gli standard costituiranno forme di garanzia sul livello atteso di qualità del servizio che l'Azienda offre all'utente.

Gli standard potranno essere di tipo quantitativo o qualitativo, generali o specifici, minimi o medi, ma sempre formulati sulla base di indicatori misurabili. In altre parole, gli standard dovranno formulare chiaramente il livello di risultato che deve essere raggiunto rispetto all'indicatore.

In questa fase inoltre il gruppo definirà le modalità e gli strumenti che si intendono utilizzare sia per il monitoraggio del processo di miglioramento programmato, sia per la verifica del raggiungimento degli standard, attraverso riscontri oggettivi, anche effettuati a campione.

Gli standard di qualità, così definiti, costituiranno il riferimento per la definizione degli obiettivi di *performance* da inserire nel **Piano della performance** aziendale.

La valutazione dovrà essere realizzata a breve, a medio ed a lungo termine (6 mesi - 1 anno). Il gruppo di lavoro avrà anche il compito di elaborare il report e di comunicare ufficialmente i risultati.

Il sistema di verifica e di indicatori di monitoraggio di cui l'azienda è opportuno che si doti, oltre a rappresentare un patrimonio informativo per gli operatori che controllano il processo dall'interno, dovrà essere diffuso alle associazioni di rappresentanza dei cittadini attraverso canali e sedi appropriate, come la Conferenza dei servizi, in modo da poter sviluppare un quadro di trasparenza in merito alle azioni, ai comportamenti e ai risultati che l'azienda ha promosso e conseguito.

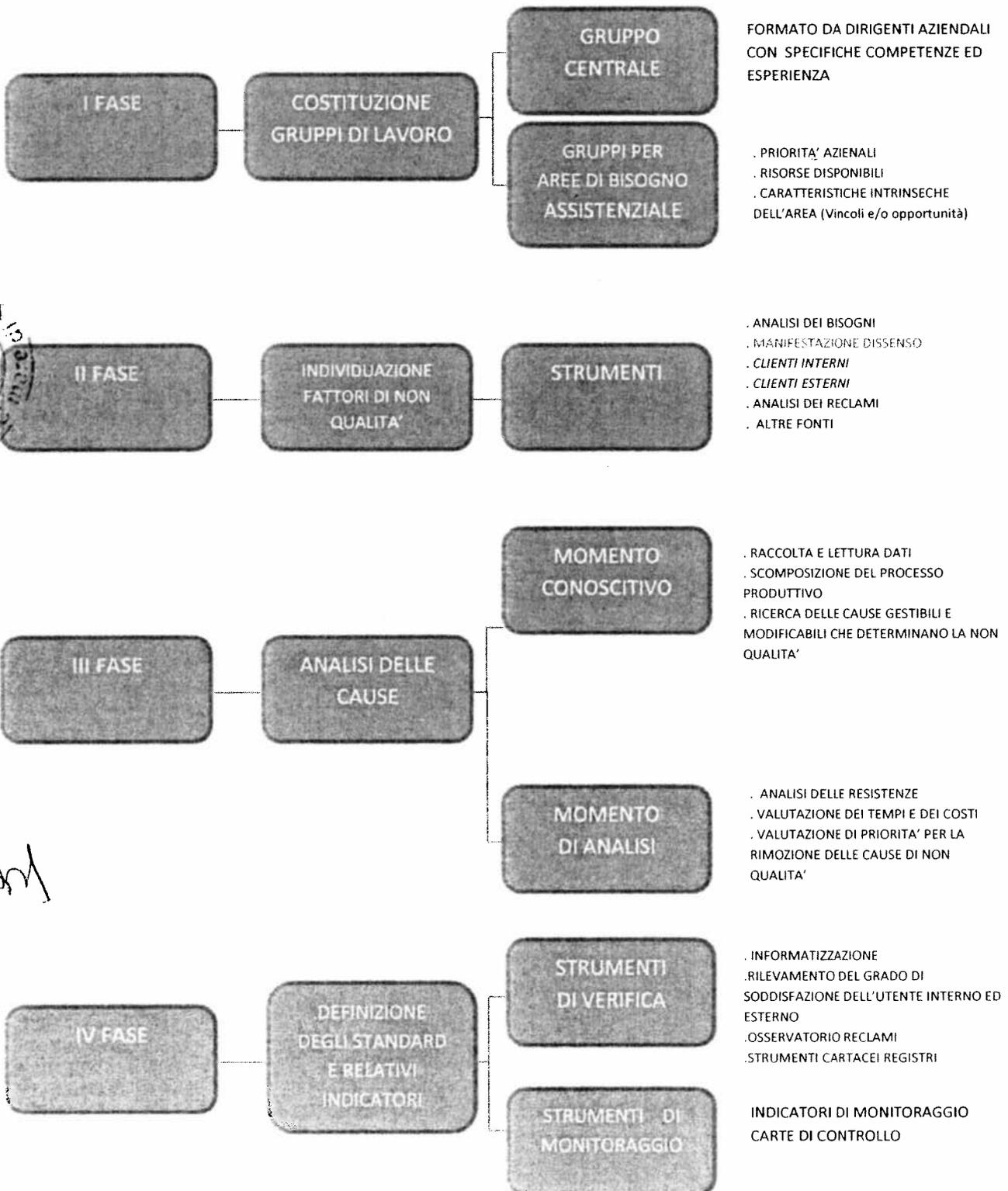


Metodologia ASL Na 3 Sud per l'elaborazione degli standard di qualità

Tempi

Cosa fare

Come fare



ASL NA 3 SUD
FEDERAZIONE
DEI SERVIZI
DI STABILITA'

Am

[Handwritten signature]

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 49560 in data 31/7/12

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ A:

DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	EX A.S.L. NA 5
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 59	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	