

originale

copia controllata informatica

copia controllata cartacea _____ N. _____

copia non controllata Distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura definisce lo scopo, le responsabilità, le modalità operative, gli indicatori della valutazione della qualità percepita dai pazienti/utenti in merito all'assistenza erogata nelle strutture ambulatoriali e di ricovero dei Presidi Ospedalieri "G. Rodolico - San Marco". Dall'analisi e valutazione delle informazioni raccolte attraverso gli strumenti di indagine è possibile individuare le aree di potenziale miglioramento su cui sviluppare piani di intervento.

Redazione

Thea Giacobbe

Referente U.O.S. comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Teresa Boscarino

RQ U.O.S. comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Verifica

Teresa Boscarino

RQ U.O.S. comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Approvazione

Antonio Lazzara, Direttore Sanitario

Ratifica

Gateano Sirna

Direttore Generale



INDICE

PREMESSA.....	3
1 SCOPO.....	5
2 CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
3 RIFERIMENTI NORMATIVI	5
4 TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI.....	6
5 DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	7
6 RESPONSABILITÀ	8
7 GESTIONE DEL RISCHIO.....	8
8 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	9
8.1 Definizione del campione.....	9
8.2 Somministrazione del questionario	10
8.3 Raccolta e inserimento dei dati.....	10
8.4 Elaborazione e interpretazione dei dati - Report.....	10
8.5 Diffusione dei risultati.....	10
8.6 Azioni di miglioramento	10
9 INDICATORI	11
10 GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ.....	11
11 ARCHIVIAZIONE	11
12 DOCUMENTI ALLEGATI.....	11



PREMESSA

La presente procedura è stata redatta per soddisfare il requisito 1A.05.03.05 di cui al D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 "Semplificazione del sistema dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture", nonché per soddisfare il punto 8.2.1 della norma UNI EN ISO 9001:2015 "Comunicazione con il cliente" che prevede che la comunicazione con gli utenti deve comprendere la "fornitura di informazioni relative ai prodotti e servizi".

La rilevazione della qualità percepita dagli utenti, effettuata attraverso la misurazione del grado di soddisfazione (c.d indagine di *Customer Satisfaction*), è un importante strumento di comunicazione:

- esterna, con il cittadino/utente perché consente un momento di ascolto delle aspettative ed effettive esigenze di chi fruisce di prestazioni sanitarie all'interno della struttura ospedaliera;
- interna, perché costituisce un'occasione di verifica dell'operato dell'organizzazione stessa e di orientamento per la pianificazione di azioni di miglioramento continuo della qualità dei servizi forniti.

Il monitoraggio della qualità percepita rappresenta anche una condizione indispensabile per costruire indicatori di misurazione e verifica della qualità, come rapporto tra prestazioni erogate e bisogni soddisfatti, attivando un meccanismo virtuoso che collega la valutazione delle eventuali criticità emerse al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e comunque entro tre anni dalla data di emissione, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all'indirizzo: qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.



1

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di definire le responsabilità, le modalità operative, gli indicatori della valutazione della qualità percepita dai pazienti/utenti in merito all'assistenza erogata nelle strutture ambulatoriali e di ricovero dei Presidi Ospedalieri dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco". Dall'analisi e valutazione delle informazioni raccolte attraverso gli strumenti di indagine sono individuate le aree di potenziale miglioramento su cui sviluppare piani di intervento.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle UU.OO. dei due Presidi Ospedalieri dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco".

3

RIFERIMENTI NORMATIVI

D. Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

D. Lgs. 29/1993 "Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 Ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico".

D.M. 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie".

Legge 7 giugno 2000 n.150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni".

D.M. 7 febbraio 2002 "Attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni".

Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica "Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rilevazione della qualità percepita dai cittadini".

D.A. 28/12/2010 "Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti".

Piano Sanitario Regionale 2011-2013.

Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-15 Regione Siciliana Assessorato Della Salute.

Norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti".

D.A. n. 807 del 10 settembre 2020, che, in attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 340 del 6 agosto 2020 ha istituito l'Ufficio speciale "Comunicazione per la salute" dell'Assessorato regionale della salute.

D.A. n. 1209 del 10 dicembre 2020 che istituisce il Tavolo tecnico regionale permanente per la "Comunicazione integrata per la salute".

D.A. 15 Aprile 2021, allegato "Piano Regionale di Comunicazione per la salute anno 2021".

Deliberazione Aziendale n. 2280 del 30 ottobre 2023 "Adozione procedura segnalazioni/reclami. Ufficio Relazioni con il Pubblico".

D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 "Semplificazione del sistema dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture".



4

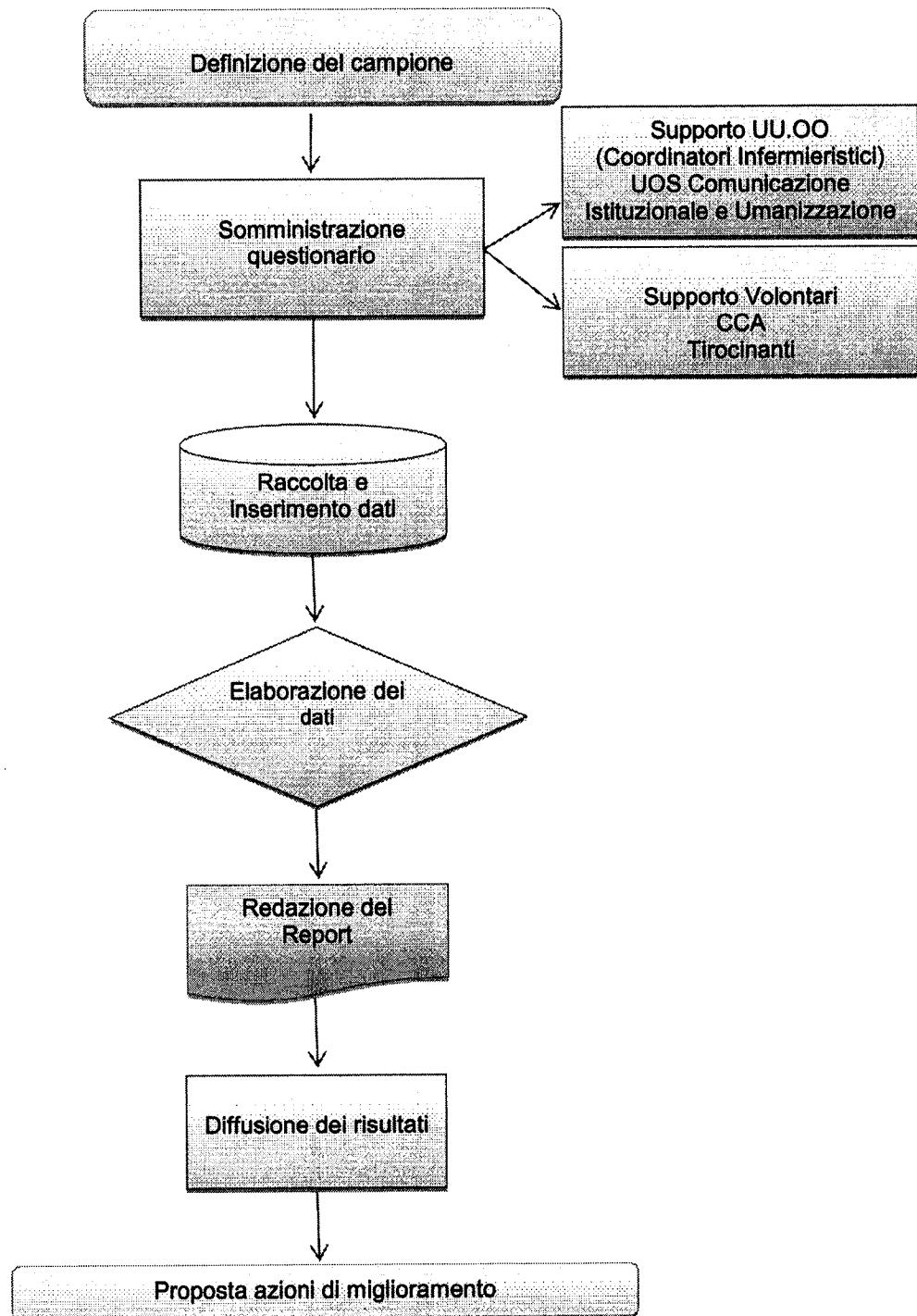
TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

A.O.U.P.	Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico
U.O.S.	Unità operativa Semplice
U.O.	Unità operativa
UU.OO.	Unità Operative
CCA	Comitato Consultivo Aziendale
D.A.	Decreto Assessoriale
D. Lgs.	Decreto Legislativo
Customer	Soddisfazione dell'Utente
Satisfaction	



5

DIAGRAMMA DI FLUSSO



6

RESPONSABILITÀ

Attività	Direzione Strategica	Direzioni Mediche di Presidio	Direttori/Dirigenti responsabili UU.OO	UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione	Comitato Consultivo Aziendale
Definizione del campione	R	R		R	
Somministrazione Questionario			R	R	R
Raccolta dei questionari			R	R	R
Inserimento dati				R	
Elaborazione dei dati				R	
Redazione report				R	
Diffusione dei risultati				R	
Proposta delle azioni di miglioramento	R	R	R	R	

LEGENDA: R = Responsabile

7

ANALISI DEL RISCHIO

Attività	criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR	Azioni poste in essere
Definizione del campione	Campione non significativo	4	10	5	200	Scelta del campione sulla scorta dei dati già in Possesso dell'Azienda
Somministrazione Questionario	Scarsa adesione dell'utenza	5	8	10	400	Sensibilizzazione dei Direttori delle UU.OO.; Monitoraggio periodico del numero di questionari raccolti
Raccolta dei questionari	Smarrimento questionari	1	10	9	90	Incentivare la compilazione informatica dei questionari
Inserimento dati	Errore	3	8	10	240	Incentivare la



Attività	criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR	Azioni poste in essere
	nell'inserimento dei dati					compilazione informatica dei questionari
Elaborazione dei dati	Errori nell'elaborazione	2	10	10	200	Utilizzo applicativi digitali per l'elaborazione
Redazione report	Ritardo nell'elaborazione	3	6	10	180	Pianificazione definita delle varie fasi del processo
Diffusione dei risultati	Mancata pubblicazione	2	10	10	200	Pianificazione definita delle varie fasi del processo
	Scarsa fruibilità del documento	2	10	10	200	Diffusione tramite sito internet Aziendale
Proposta delle azioni di miglioramento	Mancata realizzazione di quanto proposto	7	10	10	700	Sensibilizzazione dei Direttori delle UU.OO.

Legenda:

Probabilità		Gravità delle conseguenze		Rilevabilità	
1	Non è mai successo	1	Nessuna conseguenza Nessun danno al paziente	1	Tempestivamente rilevabile
2-5	È successo raramente	2-5	Conseguenze sul processo o servizio lievi Danno temporaneo al paziente	1-5	Rilevabile in fase intermedia del processo
6-9	Succedente di frequente	6-9	Conseguenze sul processo o servizio moderate Danno permanente al paziente	6-9	Rilevabile in fase avanzata del processo
10	Succede sempre	10	Conseguenze sul processo o servizio gravi (danno economico, all'immagine, implicazioni medico-legali,...) Decesso del paziente	10	Rilevabile alla conclusione del processo

8 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1 Definizione del campione

La rilevazione della qualità percepita si effettua su un campione rappresentativo di unità operative dei due Presidi Ospedalieri. La logica del campionamento perseguita è stata quella di scegliere UU.OO. rappresentative sotto il profilo del maggior impatto assistenziale in ambito chirurgico-medico – sia adulto che pediatrico, con particolare riferimento al numero di accessi e alle caratteristiche del ricovero in termini di giornate di degenza e livello di assistenza richiesto.

Gli strumenti di indagine sono due questionari predisposti dall'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione e strutturati con domande standardizzate a risposta chiusa predeterminata:

- un questionario incentrato sull'esperienza di ricovero: M_PG-1_1 "Questionario di



valutazione della qualità del ricovero";

- un questionario incentrato sui servizi ambulatoriali: M_PG-1_2 "Questionario di valutazione della qualità del servizio ambulatoriale".

La sequenza delle domande traccia il percorso del paziente rispetto ai servizi offerti ed al grado di compliance del personale ai bisogni del paziente, sulla base dei seguenti indicatori (Cfr. Agenas):

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione con il paziente-cittadino.

Il campione di riferimento è determinato dall'U.O.S. Comunicazione Istituzionale con il confronto delle Direzioni Mediche di Presidio e della Direzione Strategica.

8.2

Somministrazione del questionario

La somministrazione dei questionari predisposti avviene:

- a) attraverso la compilazione degli stessi, corredati da apposita informativa, con il supporto delle unità operative;
- b) attraverso intervista effettuata da personale volontario appositamente autorizzato (componenti CCA aziendale, tirocinanti) e da personale in servizio presso l'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione.

8.3

Raccolta e inserimento dei dati

I questionari raccolti vengono inseriti, a cura del personale dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione, in un apposito database informatico tramite l'utilizzo della piattaforma di gestione della pagina riservata dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione del sito internet Aziendale.

La rilevazione ha durata semestrale. Trimestralmente è effettuato dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione un monitoraggio sul numero dei questionari raccolti al fine di sensibilizzare i Direttori delle UU.OO. alla somministrazione dei questionari nelle loro U.O.

8.4

Elaborazione dei dati e redazione del Report

A conclusione della rilevazione, l'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione elabora i dati raccolti per valutare la soddisfazione dei cittadini e redige un Report conclusivo evidenziando la distribuzione degli utenti tra i diversi livelli di soddisfazione, la graduazione per importanza dei bisogni rilevati, le soglie minime e le soglie massime di attesa per la soddisfazione di ciascun bisogno.

8.5

Diffusione dei risultati

Il Report conclusivo viene trasmesso a cura dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione alla Direzione Strategica, alle Direzioni Mediche di Presidio, ai Direttori delle UU.OO. e ai Coordinatori Infermieristici. Il report viene inoltre pubblicato sull'Home page del sito web aziendale, sul portale Intranet e sulla pagina del sito internet Aziendale dedicata all'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione.

8.6

Azioni di miglioramento

Sulla base dei Report dei reclami e delle segnalazioni e del Report conclusivo sono individuate le aree di insoddisfazione o di gradimento, i punti di forza del servizio e le aree di debolezza e



si propongono azioni di miglioramento.

9

INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Organizzativa	Completezza	Numero questionari previsti/ Numero questionari somministrati	>90%

10

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla procedura “*Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella*” PQ-2 ed. 5 rev. 01 20 marzo 2023 e registrate sul modulo M_PQ-2_1 ed. 6 rev. 00 20 marzo 2023.

11

ARCHIVIAZIONE

La presente procedura è pubblicata sul sito web istituzionale e sul portale Intranet aziendale.

L’indagine è archiviata presso la sede del l’U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione.

12

DOCUMENTI ALLEGATI

- M_PO-1_1 “*Questionario di valutazione della qualità del ricovero*”;
M_PO-1_2 “*Questionario di valutazione della qualità del servizio ambulatoriale*”.



Redazione

Data

Thea Giacobbe

Thea Giacobbe
Teresa Boscarino

Verifica

Data

Teresa Boscarino

Teresa Boscarino

Approvazione

Data

Antonio Lazzara

Antonio Lazzara

Ratifica

Data

Gaetano Sirna

Gaetano Sirna

