



PIANO AZIENDALE QUALITA', RISCHIO CLINICO E UMANIZZAZIONE Anno 2012 - 2013

A.O. OO.RR. "VILLA SOFIA- CERVELLO"		
Data: Giugno 2012	Delibera 1205 del 27.06.2012	
Direttore Generale	Dott. Salvatore Di Rosa	
Direttore Sanitario	Dott. Salvatore Mannino	
Responsabile Unità Operativa Qualità- Comunicazione-URP	Dott.ssa Caterina Lo Presti	
Responsabile Funzione Aziendale Gestione Rischio Clinico	Dott. Tommaso Mannone	

A cura di

Unità Operativa Qualità-Comunicazione-URP
Funzione Aziendale Gestione Rischio Clinico

Indice

1. Introduzione	pag. 3
2. Le strategie aziendali in tema di miglioramento della qualità: strumenti di governo clinico e management delle aziende sanitarie	pag. 4
3. Le attività realizzate nell'anno 2011	pag. 5
4. Il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico per il periodo 2^ semestre 2012 – anno 2013	pag. 6
5. Monitoraggio	pag. 7
6. Modalità di comunicazione del Piano	pag. 7
7. Finanziamenti e budget	pag. 7
8. Sezione I: Programma Regionale Standard Joint Commission	pag. 8
9. Sezione II: Programma Aziendale su PNE e Audit Clinici	pag. 20
10. Sezione III: Piano Attuativo Locale	pag. 22
11. Sezione IV: Piano Aziendale Umanizzazione	
11.1. Introduzione	pag. 27
11.2. Il programma umanizzazione all'A.O.O.R. Villa Sofia-Cervello: la qualità progettata, la qualità percepita, il sistema di gestione dei reclami, l'audit civico	pag. 27
11.3. I Piani di Miglioramento Area Umanizzazione	pag. 68

1. Introduzione

Come garantire una buona qualità dell'assistenza è oggi probabilmente uno dei maggiori problemi tra i tanti che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini.

D'altra parte, la qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori che riassumono le capacità di gestione di un sistema sanitario, il grado di razionalità nell'uso delle risorse disponibili, le sue competenze nel governo delle innovazioni biomediche e, non ultime, di gestione del rischio tanto quanto la sua capacità di indirizzare i comportamenti professionali degli operatori verso scelte diagnostico-terapeutiche giuste ed efficaci.

In altri termini, si tratta di coniugare efficacemente ed efficientemente i temi relativi all'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo e al come orientare, in un contesto assistenziale sempre più articolato, lo sviluppo e l'utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie via via più complesse e sofisticate. Inoltre, occorre tener conto della definizione dei bisogni assistenziali da garantire, intervenendo tempestivamente laddove sono presenti e più rilevanti e fornendo al paziente la risposta giusta al momento giusto e nel luogo giusto. Tutto ciò facendo i conti con gli inevitabili vincoli imposti dalle non infinite risorse disponibili e, di conseguenza, mantenendo la sostenibilità del sistema.

A questo si aggiunge la percezione della qualità da parte dei cittadini i quali, nel loro ruolo di principali attori nella complessa dinamica del sistema salute, veicolano all'esterno un'immagine spesso parziale, contribuendo, insieme al ruolo esercitato dai sistemi di comunicazione di massa, a definire, articolare, descrivere, la complessa immagine del sistema sanitario.

In tale direzione il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico per l'anno 2012, comprendente anche il Piano Umanizzazione relativo ai più specifici interventi previsti per migliorare la qualità percepita, ma anche per contribuire a costruire un ospedale più a misura d'uomo, costituisce lo strumento prioritario che l'Azienda si dà al fine di individuare le linee direttive di azione e gli obiettivi generali insieme alle azioni da perseguire e i rispettivi indicatori da monitorare.

Esso è stato elaborato in collaborazione dall'Unità Operativa Qualità-Comunicazione-URP e dalla Funzione Aziendale Gestione Rischio Clinico, sentiti i responsabili del Programma Joint Commission dei due Presidi, i componenti del Comitato per il Rischio Clinico, appositamente convocato, il Comitato Consultivo Aziendale e il Collegio dei Dipartimenti.

Il Piano definisce le principali strategie aziendali sul tema del miglioramento della qualità, della gestione del rischio clinico e dell'umanizzazione e individua le direttrici prioritarie delle azioni da intraprendere nell'anno 2012, insieme agli obiettivi da raggiungere ed agli indicatori di monitoraggio di tali attività.

2. Le strategie aziendali in tema di miglioramento della qualità: strumenti di governo clinico e management delle aziende sanitarie

Il concetto di governo clinico viene definito come una modalità di gestione dei servizi sanitari che attribuisce alla direzione generale anche la responsabilità della qualità clinica dei servizi, nel senso non di interferire con l'autonomia professionale degli operatori sanitari, ma di orientarli, "governarli", perché mettano in atto attività sistematiche di valutazione e di miglioramento della qualità professionale.

Tale definizione può difficilmente trovare un'adeguata applicazione nel nostro contesto sanitario dove i sistemi di miglioramento della qualità, non solo professionale, ma anche e soprattutto organizzativa, stentano a decollare

Fino ad oggi il governo clinico è stato però riduttivamente tradotto prevalentemente in una politica orientata a sviluppare la capacità di raccogliere in modo sistematico informazioni sui processi assistenziali ed i loro esiti. Non si tratta però soltanto di acquisire maggiori informazioni su una pratica clinica, attraverso i flussi informativi routinariamente disponibili. Si tratta anche di creare le condizioni necessarie a far sì che queste informazioni siano effettivamente utilizzate in modo conseguente ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari. In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale.

Il governo della pratica clinica deve perciò essere tradotto in una serie di interventi che coinvolgono l'intera struttura organizzativa, come peraltro è stato sempre sostenuto dai più avanzati modelli di miglioramento della qualità quale quello del Total Quality Management (TQM) e del Continuous Quality Improvement (CQI) ovvero del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ). Il governo della pratica clinica necessita infatti di alcuni punti fondamentali quali:

- a. La responsabilizzazione di tutti gli operatori, a tutti i livelli: se il miglioramento delle prestazioni deve essere raggiunto, esso deve prevedere il miglioramento di tutte le fasi del processo e quindi deve coinvolgere tutti gli operatori che operano in quel processo attraverso la disponibilità ad operare il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi (la cui traduzione operativa è rappresentata dai criteri di valutazione, dai loro corrispondenti indicatori e standard di riferimento) che consentano di rendere trasparente la qualità dell'assistenza
- b. L'organizzazione di un adeguato centro di gestione delle informazioni che crei le condizioni necessarie ad una comparazione tra le prestazioni erogate da team di operatori e da servizi, funzionale ad identificare le condizioni organizzative che conducono ai migliori risultati clinici, definiti sulla base di standard condivisi. Le attività di benchmarking altro non sono se non un modo per apprendere, attraverso il sistematico confronto con altri, come «fare meglio»
- c. Non in ultimo, il governo della pratica clinica deve essere un processo partecipativo. Partecipazione significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione ed informazione all'esterno dell'azienda sanitaria, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; significa anche migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché vengano adottati comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento dei desiderati obiettivi clinici; significa infine mettere il paziente in grado di operare delle scelte nel caso in cui siano possibili diverse opzioni diagnostico-terapeutiche ed il problema consista nel trovare quella più adatta alle esigenze ed alle preferenze del singolo.

La realizzazione concreta del governo clinico richiede quindi interventi a cascata, ai diversi livelli decisionali ed operativi del sistema: in particolare, a livello macro (l'ambito di governo

regionale), meso (l'ambito decisionale inter ed intra-aziendale) e micro (il livello decisionale rappresentato dal singolo team di operatori).

A livello macro, assume rilevanza la relazione tra la sanità e gli altri settori della vita sociale, tra la medicina specialistica e la medicina generale, tra ospedale e territorio, tra prevenzione, cura e riabilitazione.

A livello meso, occorre coerenza nel portare a livello delle strutture la tecnologia, la formazione, la gestione fatta di scelte strategiche, progetti ed investimenti dove domina l'adeguatezza e l'efficienza.

A livello micro, la qualità si traduce nelle prestazioni fatte dai singoli atti professionali dove domina il principio dell'eccellenza possibile e dei risultati quantificabili attraverso valutazioni epidemiologiche, sociologiche ed ambientali guidate dall'obiettivo dell'efficacia. Ogni livello deve tendere allo sviluppo delle risorse umane, fatto di partecipazione, appartenenza, spinta all'autovalutazione ed al miglioramento per la costruzione di una forte motivazione.

In tale direzione si è mossa e continua a muoversi la politica strategica della qualità di questa Azienda Ospedaliera e, nelle pagine che seguono, si tracciano le principali azioni da intraprendere nel periodo considerato, insieme alla individuazione di alcuni indicatori di valutazione dei percorsi attivati.

3. Le attività realizzate nell'anno 2011

Il Piano Qualità e Rischio Clinico dell'anno 2011 ha previsto una serie di attività specifiche, anche attraverso l'individuazione di appositi indicatori di misurazione dei loro esiti finali e del diagramma di Gantt volto a definire tempi e modalità di valutazione. In questo paragrafo si presentano, in maniera sintetica, le attività realizzate nel suddetto anno, attività che costituiscono la base su cui implementare i Piani di Miglioramento previsti per l'anno in corso, in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità.

Riassumendo sinteticamente le attività svolte nell'anno 2011, si può dire che sono state quasi tutte realizzate, alcune sono state comunque avviate, ma è da dire che altre attività sono state aggiunte nel corso dell'anno, in seguito a nuovi indirizzi regionali o anche come conseguenza delle azioni stesse avviate.

In sintesi, le linee principali di azione della Qualità e del Rischio Clinico sono state le seguenti:

- ⊗ Attività di formazione su temi specifici collegati all'implementazione delle procedure realizzate o attività di formazione generale volta alla promozione della cultura del miglioramento della qualità e della prevenzione del rischio clinico (es.: Corso di formazione per i referenti e facilitatori Qualità e Rischio Clinico "Metodi e strumenti per la gestione dei programmi qualità, rischio clinico e joint commission", Progetto formativo aziendale con circa 90 partecipanti, realizzate 3 edizioni nel periodo 3 maggio-9 giugno 2011; Intervento formativo per l'implementazione della "Scheda Unica di Terapia"; Intervento formativo per l'implementazione di Buone Pratiche, ecc.);
- ⊗ Definizione e pretest del Modello Manuali qualità delle UU.OO., distribuzione alle UU.OO. e consulenza per la implementazione del Manuale Qualità di ciascuna UU.OO.;
- ⊗ Alimentazione flusso SIMES, con l'inserimento delle informazioni relative agli Eventi Sentinella e Denunce Sinistri;
- ⊗ Gestione Incident Reporting, con attivazione di alert report ed implementazione azioni di miglioramento basate sulla segnalazione di criticità legate a processi diagnostico-assistenziali;
- ⊗ Gestione flussi informativi con Broker relativi a denunce sinistri;
- ⊗ Implementazione Procedure, Buone Pratiche, Check List (es.: Procedura Neonatologia, Procedura segnalazione eventi avversi, Procedura Comunicazione verbale, Procedura delle procedure, Procedura Scheda Unica di Terapia, Procedura gestione carrello emergenze, Procedura triage intraospedaliero, ecc.) ;

- Ⓢ Ricerca sullo Stress lavoro correlato: è stata realizzata la rilevazione dei dati attraverso un questionario appositamente elaborato e protettato. La rilevazione è stata effettuata nel periodo Marzo-Aprile 2011 e ha coinvolto circa la metà degli operatori aziendali. I dati sono stati digitati in apposito programma statistico ed elaborati. I primi risultati sono stati presentati alla Direzione Aziendale per la definizione delle linee di indirizzo per i successivi Piani di Miglioramento, in ottemperanza al dettato normativo;
- Ⓢ Implementazione e realizzazione del progetto “Sala Operatoria Sicura”;
- Ⓢ Implementazione degli Standard Joint Commission;
- Ⓢ Supporto alle visite on site degli Ispettori Joint Commission;
- Ⓢ Rilevazione Customer Satisfaction: i dati raccolti, pari al 5% dei degenti ricoverati e all'1% degli utenti ambulatoriali, come richiesto dalla normativa regionale, sono stati inseriti nel sistema informatico aziendali, sono stati predisposti i report e inseriti nel sito web aziendale per farli conoscere sia agli operatori che ai cittadini in generale;
- Ⓢ Specifiche azioni di miglioramento (es.: Adozione braccialetto identificativo per pazienti area emergenza e pazienti adulti, Adozione del contrassegno di sicurezza per la corretta conservazione del cloruro di potassio, ecc.).

Inoltre la Responsabile U.O. Qualità-Comunicazione-URP dott.ssa C. Lo Presti e il Responsabile della Funzione Aziendale Rischio Clinico dott. T. Mannone, hanno collaborato con il Gruppo Assessoriale Responsabile dell'Area Qualità nell'ambito di specifici gruppi di lavoro e/o commissioni di studio (Gruppo per la Qualità Percepita, Organizzazione Forum su Qualità e Sicurezza Pazienti, ecc.), ciascuno nei gruppi di propria specifica competenza.

4. Il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico per il periodo 2[^] semestre 2012 – anno 2013

Nelle pagine che seguono si presentano le attività e i percorsi da realizzare o avviare nel periodo luglio 2012 - dicembre 2013 anche in funzione delle linee di intervento e dei programmi richiesti dall'Assessorato alla Salute della nostra Regione.

In particolare, il Piano risulta articolato in quattro diverse sezioni:

1. La **Sezione I** è relativa ai Piani di Miglioramento individuati per l'applicazione del Programma Regionale Standard Joint Commission;
2. La **Sezione II** è relativa al Programma Nazionale Esiti e Audit Clinici (Decreto 2022/2011);
3. La **Sezione III** riguarda le attività previste sia per l'area Rischio Clinico che per l'area Miglioramento Qualità, nel Piano Attuativo Locale;
4. La **Sezione IV** riguarda invece il più ampio Piano Aziendale Umanizzazione che fa riferimento alle azioni di miglioramento individuate per la costruzione di un ospedale più a misura d'uomo anche in riferimento, a sua volta, delle seguenti aree:
 - a. Qualità Progettata (Check List di autovalutazione);
 - b. Qualità Percepita sia attraverso le analisi di Customer satisfaction che attraverso il Sistema di Gestione dei Reclami (Decreto 3185 /2010);
 - c. Programma Regionale Audit Civico (con CittadinanzAttiva)

5. Monitoraggio

Il monitoraggio della realizzazione delle attività programmate sarà effettuato con cadenza semestrale. Esso consisterà in:

- Analisi e verifica dello stato di avanzamento delle attività formative, della redazione dei manuali qualità, dell'implementazione delle procedure, ecc..
- Tale verifica verrà effettuata attraverso incontri specifici, questionari per la valutazione di impatto, focus group.
- Semestralmente verrà redatta una relazione di sintesi per la direzione aziendale.

6. Modalità di comunicazione del Piano

Il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori a vari livelli, attraverso specifiche modalità informative quali:

- Campagna informativa interna rivolta agli operatori aziendali avente lo scopo di pubblicizzare i contenuti del Piano, le strategie aziendali sul tema del miglioramento della qualità e del rischio clinico effettuata attraverso incontri specifici a livello dipartimentale.
- Presentazione del Piano al Comitato Consultivo Aziendale, alle associazioni di volontariato e a tutti gli stakeholder interessati;
- Organizzazione semestrale di un'apposita conferenza di servizi per presentare gli stati di avanzamento delle attività previste nel Piano, i risultati raggiunti, i vincoli o le criticità emerse e gli step successivi previsti.
- Pubblicazione sul sito aziendale del Piano e delle fasi di avanzamento delle diverse attività programmate e realizzate.

7. Finanziamenti e Budget

Per sviluppare l'attività di miglioramento della qualità è necessario individuare uno specifico capitolo di spesa nel bilancio aziendale complessivo anche se, nell'ambito dell'attuale processo di razionalizzazione dei costi, si ritiene in ogni modo necessario proporre un piano di finanziamento "policentrico" che tenga conto dei diversi canali disponibili oltre a quelli aziendali, quali:

- ✓ Assessorato Regionale Sanità;
- ✓ Fondi comunitari;
- ✓ Eventuali sponsor

In ogni caso, si ritiene opportuno regolamentare l'utilizzo delle eventuali disponibilità, evitando dispersioni al di fuori del programma strategico aziendale descritto nelle pagine precedenti.

Per tale motivo, considerata comunque l'estrema complessità e numerosità delle azioni individuate, si ritiene necessaria la creazione di una specifica voce Miglioramento della Qualità nel Bilancio Aziendale con somme da individuare anche in relazione al bilancio complessivo.

Sezione I

Programma Regionale Standard Joint Commission

Piano Miglioramento1

Miglioramento procedura di ricovero e trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione.

Standard A.C.C. 1.4

Obiettivi

Miglioramento procedura di ricovero e trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione.

Target

UU.OO. con degenza e servizi

Attività

1. Redazione procedura relativa a ricovero e trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione.
2. Esecuzione attività di formazione.
3. Diffusione conoscenza della procedura tra gli operatori.

Indicatori Monitoraggio

1. Numero totale ricoveri appropriati su num. totale dei ricoveri
2. Numero totale trasferimenti appropriati su num. totale dei trasferimenti

Piano Miglioramento 2

Piano trasporto assistito ospedaliero

Standard ACC.4, ACC.5

Obiettivi

- ▣ Ridurre i tempi di attesa,
- ▣ Migliorare le condizioni di confort e sicurezza con cui vengono trasportati i pazienti all'interno dei presidi, da e per ciascun presidio e verso altre organizzazioni, con particolare riguardo per i pazienti critici da PS a PS o da PS ai reparti di degenza.

Target: UU.OO. aziendali

Attività

- ▣ Definizione delle procedure basate sulle necessità assistenziali del paziente durante il trasporto e dei livelli di criticità
- ▣ Definizione di protocolli diversificati per paziente critico/stabile; trasporto urgente/in elezione.
- ▣ Piano di ammodernamento/turn over della flotta mezzi in dotazione all'azienda
- ▣ Completo turn over dei mezzi in 5 anni
- ▣ Definizione delle attrezzature in dotazione alle ambulanze e piano di manutenzione
- ▣ Check list attrezzature diversificato per tipologia di trasporto

Indicatori Monitoraggio:

- 🌀 Uso scheda movimentazione
- 🌀 Tempi di attesa per tipologia di trasporto

Piano Miglioramento 3

Organizzazione di una nuova cartella clinica aziendale orientata per problemi

Standard AOP.1.2 / AOP.1.3.1 / AOP.1.7 / MMU.4 / MMU.4.1 / MMU.4.2 / MMU.6.1 / MMU.6.2 / MCI.19.3 (vedi ulteriore piano MCI).





Obiettivi

creazione di un nuovo modello di cartella clinica omogeneo, flessibile, trasparente ed efficace, orientato per problemi che possa divenire strumento di miglioramento della qualità assistenziale, applicabile (con i dovuti aggiustamenti), a tutte le UUOO della AO Villa Sofia – Cervello, partendo da una sperimentazione iniziale condotta su almeno 5 UUOO per la versione cartacea e 3 UUOO per la versione informatizzata.

Target

UU.OO. aziendali con degenza

Attività:

-  Creazione di un nuovo modello aziendale di cartella clinica orientata per problemi in versione cartacea / informatizzata
-  Realizzazione di un prototipo cartaceo e di una prima versione informatizzata
-  Validazione interna al gruppo
-  Verifica e Miglioramento del modello

Indicatore Monitoraggio

Introduzione in almeno 8 UUOO aziendali

Piano Miglioramento 4

Miglioramento politiche e procedure relative ad Assistenza Anestesiologica e Chirurgica

Standard ASC.3, ASC.4, ASC.5, ASC.6, ASC.7

Obiettivi

Uniformare l'adeguamento agli standard le politiche e le procedure relative all'Assistenza Anestesiologica e Chirurgica

Target

UU.OO. con degenza

Attività

- ◆ Creazione di gruppi di lavoro per redazione/revisione procedure relative alle attività previste dagli standard
- ◆ Definizione e deliberazione procedure
- ◆ Effettuazione di attività formativa relativa alle attività previste dagli standard
- ◆ Diffusione dei contenuti delle procedure tra gli operatori
- ◆ Audit di verifica con gli operatori
- ◆ Analisi dell'azione di miglioramento

Indicatori Monitoraggio

1. Applicazione delle procedure nel 100%
2. Presenza della documentazione nella cartella clinica

Piano Miglioramento 5

L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Standard IPSG.3

Obiettivi

- 1) Elaborare procedure di gestione elettroliti concentrati
- 2) Definire politica aziendale riguardante UU.OO. deputate di norma all'utilizzo
- 3) Verifica corretta etichettatura

Target

UU.OO. con degenza e Servizi

Attività

1. Creazione gruppo di lavoro per redazione procedura aziendale gestione elettroliti
2. Redazione procedura
3. Verifica UU.OO. deputate di norma all'utilizzo
4. Rimozione elettroliti da UU.OO. dove la presenza non è necessaria
5. Creazione gruppo di lavoro per redazione procedura aziendale farmaci ad alto rischio
6. Redazione procedura

Indicatori Monitoraggio

1. Utilizzo procedura gestione farmaci ad alto rischio e elettroliti concentrati nel 100% dei casi.
2. Rimozione elettroliti concentrati dove non necessari

Piano Miglioramento 6

L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Standard IPSG.5

Obiettivi

- Implementare l'igiene delle mani

Target

UU.OO. aziendali

Attività

1. Costituzione gruppo di lavoro per redazione procedura igiene mani
2. Redazione procedura
3. Attività di formazione per gli operatori
4. 200 operatori formati

Indicatore Monitoraggio

Numero UU.OO che utilizzano la procedura

Piano Miglioramento 7

Prevenzione cadute

Standard IPSG.6

Obiettivi

- Prevenire le cadute in ambito ospedaliero

Target

UU.OO con degenza e Servizi

Attività

1. Costituzione gruppo di lavoro per valutazione del rischio e revisione della procedura
2. Revisione procedura
3. Sensibilizzazione e formazione degli operatori
4. Realizzazione corsi di formazione

Indicatori Monitoraggio

1. Numero di cadute / numero pazienti ricoverati
2. Numero unità operative che usano la scheda sul totale unità operative

Piano Miglioramento 8

Procedura per la tenuta e la gestione della cartella clinica

Standard MCI 19.3, MCI 19.4 (vedi piano cartella clinica)

Obiettivi

- Definire e predisporre adeguata procedura per la gestione e la tenuta della cartella clinica

Target

Almeno il 10% delle UU.OO. aziendali.

Attività

- ◆ Costituzione gruppo di lavoro specifico per l'elaborazione della procedura
- ◆ Elaborazione procedura
- ◆ Condivisione della procedura
- ◆ Validazione procedura
- ◆ Formazione e sensibilizzazione sui temi del consenso informato
- ◆ Organizzazione almeno 3 eventi per un totale di 100 dirigenti medici coinvolti

Indicatori Monitoraggio

1. Procedura definita Si/No
2. N. UU.OO. coinvolte/tot. UU.OO.

Piano Miglioramento 9

Miglioramento attività di gestione farmaci

Standard MMU.4 MMU.4.1 MMU.4.2 MMU.5 MMU.6.1 MMU.6.2 (vedi piani su cartella clinica)

Obiettivi

Migliorare la gestione dei farmaci (prescrizione e somministrazione)

Target

UU.OO. aziendali

Attività

- ◆ Creazione di gruppi di lavoro per redazione/revisione procedure relative alle attività previste dagli standard
- ◆ Definizione e deliberazione procedure
- ◆ Effettuazione di attività formativa relativa alle attività previste dagli standard
- ◆ Diffusione dei contenuti delle procedure tra gli operatori
- ◆ Audit di verifica con gli operatori
- ◆ Analisi dell'azione di miglioramento

Indicatori Monitoraggio

- ◆ Applicazione delle procedure nel 100% dei casi
- ◆ Riduzione / Azzeramento near miss / no harm events relativi a somministrazione di terapia

Piano Miglioramento 10

I Diritti del Paziente e dei Familiari: la gestione del consenso informato

Standard PFR 6, PFR 6.4, PFR 6.4.1

Obiettivi

- Definire una modalità omogenea per la predisposizione, la somministrazione e la gestione complessiva del consenso informato
- Predisporre adeguata procedura per l'elaborazione e la gestione dei consensi informati

Target

Almeno il 10% delle UU.OO. aziendali.

Attività

1. Costituzione gruppi di lavoro per aree dipartimentali (Almeno 2 gruppi sul totale dei dipartimenti)
2. Creazione dell'elenco dei consensi per dipartimento (Almeno 2 elenchi sul totale dei dipartimenti)
3. Definizione e Condivisione del modello e della procedura
4. Formazione e sensibilizzazione sui temi del consenso informato

Indicatori Monitoraggio

1. Procedura definita Si/No
2. N. UU.OO. coinvolte/tot. UU.OO.
3. N. consensi informati redatti/tot. Elenco aziendale consensi informati

Piano Miglioramento 11

Identificazione dei privileges per il personale medico

SQE.11

Obiettivi

- Identificare e definire gli standard di valutazione del personale medico

Target

Le UU.OO. sanitarie aziendali

Attività

- ◆ Collaborazione con i gruppi di lavoro regionali attivati in collaborazione con Joint Commission e con le società scientifiche.
- ◆ Definizione di criteri per assegnazione autorizzazioni

Indicatore Monitoraggio: Elaborazione scheda di valutazione

Piano Miglioramento 12

Gestione fascicoli del personale

Standard Area SQE

Obiettivi

Aggiornare la procedura per la gestione e la tenuta dei fascicoli del personale

Target

L'UO di riferimento è il Settore Personale e Risorse Umane dell'Azienda

Attività

- ◆ Costituzione gruppo di lavoro specifico per la revisione della procedura
- ◆ Elaborazione e validazione procedura
- ◆ Avvio dell'aggiornamento dei fascicoli

Indicatori Monitoraggio

1. Procedura definita Si/No
2. N. Fascicoli aggiornati/tot. Fascicoli
(risultato atteso: aggiornamento del 5% dei fascicoli entro 12 mesi)

Sezione II

Programma Aziendale su P.N.E. e Audit Clinici

Premessa

Con Decreto 2022/2011 “Approvazione progetto di miglioramento della qualità a partire dai dati del programma nazionale esiti”, è stato avviato, a livello regionale ed aziendale, un programma di verifica e intervento sulle criticità emerse dai risultati del Piano Nazionale Esiti realizzato dall’ISS relativamente ai dati 2009.

Il citato Decreto prevede, come obiettivo generale, di “introdurre, a partire dai dati del PNE 2009, modifiche sostanziali nei percorsi clinico assistenziali, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni negli specifici contesti, attraverso un’attività di valutazione esterna e di promozione di audit interni”. Per raggiungere tale obiettivo ciascuna Azienda dovrà avviare un programma di valutazione attraverso l’implementazione di audit clinici e programmi di miglioramento della qualità secondo il ciclo di Deming e i principi del TQM.

Attività

La nostra Azienda ha già avviato, attraverso specifica formazione, una Rete di Referenti e facilitatori della qualità a livello aziendale che saranno coinvolti prioritariamente nei programmi di audit clinici da realizzare nelle specifiche UU.OO.

Inoltre, con nota 191/QCU del 6.04.2012, questa UO ha chiesto alla Direzione Aziendale di inserire, tra gli altri obiettivi di qualità illustrati, anche un obiettivo relativo alla realizzazione di almeno 1 audit in ciascuna UO, ovviamente collegato al PNE lì dove evidenziate aree di particolare criticità.

Gli obiettivi di qualità proposti sono stati approvati dalla Direzione aziendale e già inseriti nelle negoziazioni di budget con le UU.OO. e i Dipartimenti.

Attività da realizzare:

Nei prossimi mesi si ritiene necessario realizzare le seguenti attività :

1. Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale che dovrà comprendere al suo interno:
 - a. Referente Direzione Sanitaria Aziendale
 - b. Referenti Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri
 - c. Responsabile UO Qualità-Comunicazione-URP
 - d. Risk Manager Aziendale
 - e. Responsabile UO Formazione e Aggiornamento del Personale
 - f. Responsabile Servizio Infermieristico Aziendale
 - g. Professionisti delle discipline oggetto del programma
2. Formazione specifica ai referenti qualità e almeno un medico per UU.OO.
3. Analisi delle criticità emerse dal PNE e individuazione degli Audit Clinici nelle UU.OO. ad opera dei referenti qualità con il supporto degli operatori formati al punto 2
4. Valutazione e monitoraggio degli audit

Si riportano qui di seguito la Matrice delle Responsabilità e il Diagramma di Gantt relativamente all’organizzazione delle attività e ai tempi di realizzazione.

Matrice Responsabilità

Azioni/Attori	Gruppo di lavoro su Audit	Referenti Qualità (Quality Net)	Resp. Qualità e Risk Manager	Resp. Formazione	Direzione Aziendale
Costituzione Gruppo di Lavoro			C		R
Predisposizione Percorso Formativo	C		R	R	
Realizzazione eventi formativi	C	C	R	R	
Analisi criticità e indiv. Audit Clinici	R	C	C	C	R
Realizzazione Audit	R	R	R		C
Valutazione e Monitoraggio Audit	R	C	R	C	R

Diagramma di Gantt

Azioni/Mesi	Mag gio 201 2	Giug no 201 2	Lugli o e Ag. 201 2	Sette mbre 201 2	Otto bre 201 2	Novem bre 201 2	Dice mbre 201 2	Genn aio 201 3	Febb raio 201 3	Marz o 201 3
Costituzione Gruppo di Lavoro	X									
Predisposizione Percorso Formativo	X	X								
Realizzazione eventi formativi					X	X				
Analisi criticità e indiv. Audit Clinici			X	X						
Realizzazione Audit							X	X	X	X
Valutazione e Monitoraggio Audit									X	X

Sezione III

Piano Attuativo Locale

Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario regionale è, ai sensi dell'art.5 della legge regionale 14 aprile 2009, n.5, un atto della programmazione sanitaria locale, in particolare, è "l'atto, di durata triennale, con il quale le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo". Il piano è adottato dal Direttore Generale ed è trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino nonché per la verifica di compatibilità con gli atti di programmazione.

Nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina il Piano Attuativo dell'Azienda Provinciale deve essere redatto in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie presenti nel territorio provinciale di riferimento e deve contenere, in allegato, i distinti piani attuativi delle singole Aziende compilati sul medesimo modello.

Il Piano ha uno sviluppo triennale e per ciascun anno vanno definiti i singoli obiettivi, gli indicatori di misurazione, nonché i benefici attesi sia dal punto di vista dell'organizzazione (miglioramento dell'appropriatezza, razionalizzazione dei percorsi assistenziali, contenimento dei costi, ecc.), sia dal punto di vista dei cittadini e dei pazienti (presa in carico globale, miglioramento qualità della vita, miglioramento qualità assistenziale).

Ad oggi un Gruppo di Lavoro interaziendale sta lavorando per la definizione di circa 60 azioni e dei rispettivi indicatori, standard e benefici attesi, suddivise nelle 15 aree di intervento prioritarie (dall'assistenza ospedaliera alla salute mentale, dalla prevenzione alla qualità e comunicazione, ecc..) identificate dall'Assessorato Regionale Salute in collaborazione con l'Agenas del Ministero della Salute.

La tabella di sintesi riportata nelle pagine seguenti illustra le singole azioni previste per l'area Qualità e per l'area Rischio Clinico nella nostra Azienda Ospedaliera.

Particolare attenzione verrà dedicata alle attività di formazione e prevenzione promosse dal Progetto Aracne, mirate alla prevenzione nei soggetti affetti da infezioni osteoarticolari o provenienti da complicanze di altre patologie anche in riferimento ai Piani di Prevenzione Rischio Clinico e Qualità. Si coopererà inoltre all'istituzione di una task force che affronti tali patologie in una prospettiva multidisciplinare anche al fine della riduzione dell'eventuale contenzioso.

AREA	Obiettivi Specifici	azioni	I semestre 2012	30-set-12	31-dic-12	31-mar-13	30-giu-13	30-set-13	31-dic-13	30-giu-14	31-dic-14
sicurezza dei pazienti	Monitoraggio avventi avversi e near miss	Definizione procedura e scheda di segnalazione									
		Attivazione sistema di Incident Reporting									
		Redazione di Report annuale									
		Monitoraggio									
	Indicatori Patient safety Indicator - AHRQ	Mappatura standard									
		Realizzazione Piani Miglioramento e Redazione report - Implementazione 30% indicatori									
		Implementazione ulteriore 30% indicatori									
		Implementazione ulteriore 40% indicatori									
	Implementazione raccomandazioni Ministero salute presenti sul WEB	Diffusione Raccomandazioni									
		Attività formativa									
		Esecuzione audit nel 30% UU.OO e Redazione report									
		Esecuzione audit ulteriore 30% UU.OO e Redazione report									
		Esecuzione audit ulteriore 40% UU.OO e Redazione report									
	Implementazione standard regionali Joint Commission International	Inserimento report con modalità stabilite da Assessorato della Salute									
		Attuazione Piani Miglioramento e implementazione 30 % standard									
		Attuazione Piani Miglioramento e implementazione ulteriore 40 % standard									

AREA	Obiettivi Specifici	Azioni	I seme stre 2012	30- set- 12	31- dic- 12	31- mar- 13	30- giu- 13	30- set- 13	31- dic- 13	30- giu- 14	31- dic- 14
Efficacia e appropriatezza	implemen- tazione raccoman- dazione per la prevenzio- ne del TEV	Diffusione raccomandazione a tutte le UU.OO. interessate									
		Esecuzione di audit di verifica e report audit									
		Elaborazione procedure									
	implemen- tazione LG Antibiotic o profilassi perioperat- oria	Diffusione raccomandazione a tutte le UU.OO. interessate									
		Esecuzione di audit di verifica e report audit.									
		Elaborazione procedure									
	implemen- tazione LG Taglio Cesareo	Diffusione raccomandazione a tutte le UU.OO. interessate									
		Esecuzione di audit di verifica e report audit.									
		Piani di Miglioramento									
	Valutazio- ne out come PNE	Individuazione aree critiche, pianificazione audit clinici.									
		definizione e realizzazione piani di miglioramento									
		Attuazione 30% indicatori critici									
		Attuazione ulteriore 30% indicatori critici									
		Attuazione ulteriore 40% indicatori critici									
		Verifica									
Creazione di un sistema di indicatori di monitoraggio e verifica delle attività di auditing											
accreditamento	autovalut- azione dei requisiti organizzat- ivi, strutturali ,specifici	Elaborazione 70% Manuali Qualità per UU.OO.									
		Elaborazione ulteriore 30% Manuali Qualità per UU.OO.									
		Mappatura standard relativi ai requisiti richiesti									
		Individuazione e realizzazione Piani di Miglioramento: Avvio delle attività									
		Completamento graduale dei piani di miglioramento									

Sezione IV

Piano Aziendale Umanizzazione

1. Introduzione

Le organizzazioni sanitarie negli ultimi anni hanno mostrato un interesse crescente verso la tematica dell'umanizzazione ospedaliera anche per l'emergere di elementi quali lo sviluppo di associazioni per la tutela dei diritti del malato, l'interesse incalzante dei mass media, lo sviluppo della tecnologia e della scienza medica, diventate sempre più iperspecialistiche, le trasformazioni epidemiologiche oltre che sociali, culturali e di stili di vita delle società post-industriali.

L'autoreferenzialità del sistema ospedaliero, infatti, aveva evidenziato il suo progressivo allontanamento dai bisogni autentici del malato che invece, in riferimento ad una concezione olistica ed eco-sistemica, esprime esigenze più complesse di presa in carico globale e chiede alla medicina e alle sue strutture di uscire dall'ambito strettamente diagnostico-terapeutico e di orientarsi verso una prospettiva più attenta alla componente relazionale.

Oggi, perciò, si è tornati a porre nuova enfasi sulla necessità di rendere più a misura d'uomo un'istituzione totale come l'ospedale, sulla importanza di riconoscere il diritto dell'individuo all'autodeterminazione e spesso sulla necessità di riformulare garanzie più ampie sui diritti dei pazienti.

Così, accanto alla sempre prioritaria attenzione per gli aspetti economico-gestionali, in molte realtà si sta cominciando ad introdurre una maggiore attenzione per gli aspetti più qualitativi e relazionali. Ad oggi gli interventi principali per garantire l'umanizzazione degli ospedali sono stati centrati sulla formazione degli operatori e sul miglioramento della comunicazione operatore - paziente e/o struttura ospedaliera – paziente; in realtà l'umanizzazione dell'ospedale richiede, per produrre cambiamenti effettivi, un approccio istituzionale su due livelli: il livello della politica sanitaria nazionale/regionale che deve tradursi in investimenti, formazione, organizzazione, ecc.; il livello del singolo ospedale per i provvedimenti relativi alla struttura edilizia, all'organizzazione dell'ospedale e alla formazione del personale.

Nel nostro Paese il tema dell'umanizzazione ospedaliera è stato affrontato soprattutto dagli anni 90 in poi, con circa 20 anni di ritardo rispetto alle prime esperienze di altri paesi, ma i provvedimenti e le iniziative attivate hanno cercato di recuperare il più possibile tale ritardo.

La Regione Sicilia, in particolare, ha avviato importanti iniziative per garantire la centralità del cittadino e la governance dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello ha cercato, correttamente, di inserire il tema dell'umanizzazione, nei suoi diversi aspetti, in una logica complessiva di valutazione della soddisfazione dei cittadini, cercando di superare un atteggiamento volenteroso, ma episodico.

E' il malato e l'essere umano nella sua globalità che devono diventare il perno centrale attorno a cui far ruotare l'organizzazione dell'ospedale e non viceversa, ma la completa affermazione di tale concezione è ancora difficile da realizzare e ha davanti a sé un percorso lungo e irto di ostacoli.

2. Il programma di umanizzazione all'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello: la qualità progettata, la qualità percepita, il sistema di gestione dei reclami, l'audit civico.

Nella nostra Azienda Ospedaliera particolare attenzione è stata posta dalla Direzione Aziendale sui temi dell'umanizzazione, non solo sulla spinta di cambiamenti organizzativi e culturali imposti dalle normative regionali.

Tale attenzione è stata tradotta nelle molteplici attività realizzate dall'U.O. Qualità-Comunicazione-URP che ha gestito e realizzato, oltre alle attività più oltre analizzate nello specifico, in riferimento agli specifici programmi regionali, altre attività volte al miglioramento dell'accoglienza e alla presa in carico globale dei pazienti che qui di seguito si ricordano sinteticamente:

1. Ampliamento dei Punti Informazione e Ascolto per garantire adeguato interfaccia nella comunicazione istituzionale e relazionale tra organizzazione e cittadino. E' stato infatti attivato il Punto Informazione e Ascolto presso il Presidio Villa Sofia ed è in fase di attivazione quello del Presidio CTO;
2. Aggiornamento costante del sito web aziendale per favorire l'informazione attraverso la rete e semplificare il rapporto con l'organizzazione ospedaliera;
3. Stesura della Carta dei Servizi Aziendali e individuazione degli impegni e standard di qualità (in fase di realizzazione per la parte relativa agli standard qualità);
4. Adeguamento segnaletica interna ed esterna (in fase di realizzazione);
5. Adeguamento immagine aziendale attraverso la predisposizione di abbigliamento professionale adeguato (in fase di realizzazione);
6. Formazione al personale di front-line sulla comunicazione efficace.
7. Campagna informativa sulla Customer Satisfaction;
8. Campagna Informativa sui Diritti e Doveri dei malati;
9. Campagna Informativa sui Diritti del Bambino in Ospedale (in fase di realizzazione);
10. Campagna Informativa sulla prevenzione delle cadute in ospedale;
11. Costituzione del Comitato Consultivo Aziendale;
12. Costituzione del Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore;
13. Coordinamento Gruppo di lavoro sul monitoraggio del dolore ai pazienti ricoverati, sia nell'area adulti che in quella pediatrica e neonatologica;
14. Supporto e promozione del programma "Scuola in ospedale";
15. Promozione e organizzazione di attività di umanizzazione in occasione delle Festività Natalizie (Babbo Natale in Ospedale, Distribuzione di dono augurali ai pazienti adulti e pediatrici ricoverati, Arriva la befana, organizzazione di momenti di socializzazione con gruppi musicali, cori di bambini, peth therapy, ecc.)
16. Programma Accoglienza in Emergenza con volontari Avulss.

La normativa regionale ha poi posto particolare attenzione alle aree qui di seguito specificate e, per ciascuna di esse, nelle pagine seguenti si presentano i risultati raggiunti, le metodologie utilizzate e i piani di miglioramento individuati:

1. Autovalutazione della Qualità Progettata, in riferimento al Decreto Assessoriale N. 3185 del 28/12/2010 ed elaborazione dei Piani di Miglioramento collegati;
2. Analisi di customer satisfaction, in riferimento alla direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica del 24.03.2004 sulla rilevazione della qualità dei servizi percepita dagli utenti ed al Decreto Assessoriale prima citato, ed elaborazione dei Piani di Miglioramento collegati;
3. Sistema di Gestione dei Reclami, in riferimento alle norme nazionali e regionali che istituiscono l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
4. Realizzazione dell'Audit Civico, in riferimento al Programma Regionale "Audit Civico Sicilia 2011" e Piani di Miglioramento collegati.

Check list di autovalutazione per la Qualità Progettata

Check-list per l'autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 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”

Il Decreto prima citato costituisce un'importante elemento di orientamento verso una logica di sistema nella rilevazione della valutazione dei cittadini e dei pazienti nei confronti del sistema assistenziale e sanitario regionale poiché unifica, a livello regionale, gli strumenti di rilevazione dei dati favorendo in tal modo una logica di benchmarking fra le aziende sanitarie.

Il sistema di rilevazione della qualità percepita non può però non partire da un'analisi dello stato dell'arte del ruolo dei cittadini concretamente attuato dalle aziende; a tal fine è stata elaborata la check list di autovalutazione che qui di seguito si presenta e che individua, per la nostra Azienda Ospedaliera, alcune aree di criticità cui sono collegati specifici Piani di Miglioramento.

La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo

Check-list per l'autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 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”

La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli standard JCI	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli elementi misurabili	La check list		
<p>Fase 1 Accesso al reparto: Il paziente viene accolto in reparto dagli infermieri in turno della degenza, negli orari previsti per l'accettazione. Tali orari devono essere anticipatamente comunicati al paziente ed esposti all'ingresso del reparto.</p>	<p>Standard ACC.1.1 L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.</p> <p>Standard ACC.1.3 L'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo che possono ostacolare l'accesso e l'erogazione dei servizi.</p>	<p>Standard ACC.1.1 EM2. Il processo di accettazione dei pazienti in regime di ricovero è standardizzato.</p> <p>Standard ACC.1.1 EM7. Il personale conosce e applica le politiche e le procedure.</p> <p>Standard ACC.1.1 EM6. Politiche e procedure scritte supportano i processi di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.</p> <p>Standard ACC.1.3 EM1 I leader e il personale dell'organizzazione identificano le barriere più comuni presenti all'interno della popolazione di riferimento.</p> <p>Standard ACC.1.3 EM2. Esiste un processo per superare o ridurre le barriere a beneficio dei pazienti che necessitano di accedere all'assistenza sanitaria.</p> <p>Standard ACC.1.3 EM4. 4. Questi processi sono implementati.</p>	<p>Esiste una procedura scritta per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero?</p>	NO	NO
			<p>Gli orari previsti per l'accettazione sono esposti all'ingresso del reparto?</p>	SI	NO
			<p>Esiste una evidenza che il personale conosca le procedure?</p>	SI	NO
			<p>Esistono procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani e disabili?</p>	SI	NO
			<p>Esistono procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti provenienti da etnie diverse, ciascuna con la propria lingua e cultura di origine?</p>	SI	NO

La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli standard JCI	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli elementi misurabili	La check list		
<p>Fase 2 - 2. il paziente ed i suoi familiari sono informati dei propri diritti in maniera ad essi comprensibile e contestualmente delle norme comportamentali e dei doveri da rispettare all'interno dell'ospedale. A tal fine, è stato predisposto il "foglio informativo dell'unità operativa" per ciascuna U.O. di degenza dell'azienda.¹</p> <p>Fase 2 - 3. l'ospedale prepara, quindi, una dichiarazione scritta dei diritti del paziente e dei familiari che viene consegnata al paziente al momento dell'arrivo e che rimane a disposizione per tutta la degenza (ad esempio, appesa alle pareti);</p> <p>Fase 2 - 4. l'infermiere e il medico considerano nella relazione con il paziente valori culturali e credenze religiose o spirituali, incoraggiando il paziente ad esprimere i propri bisogni rispetto ad essi;</p> <p>Fase 2 - 5. l'infermiere informa il paziente e/o i familiari o accompagnatori (anche mediante stampati) sui regolamenti della U.O., sull'orario di visita dei familiari e le linee di condotta, sull'orario di distribuzione dei pasti, sul funzionamento delle attrezzature in dotazione (campanello di chiamata, luce testa letto, meccanismo di articolazione, ecc..), sull'ubicazione dei bagni e docce, gli orari e le modalità per ricevere informazioni dal medico;</p> <p>Fase 2 - 6. L'infermiere richiede recapito telefonico per contatti urgenti per informare i familiari sullo stato di salute del paziente e su eventuali trasferimenti o dimissioni dal reparto.</p> <p>Fase 3. 8. L'infermiere informa il paziente e i familiari sia sui processi adottati per accogliere e rispondere a lamentele, conflitti e divergenze d'opinione che hanno per oggetto l'assistenza fornita al paziente, sia sul diritto del paziente a partecipare a questi processi.</p>	<p>Standard ACC.1.2</p> <p>All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente.</p> <p>Standard PFR.1</p> <p>L'organizzazione sanitaria ha la responsabilità di mettere in atto processi a supporto dei diritti del paziente e dei familiari durante l'assistenza.</p> <p>Standard PFR.5 Tutti i pazienti sono informati dei propri diritti e doveri con un metodo e un linguaggio/in una lingua ad essi comprensibili.</p> <p>Standard PFR.3</p> <p>L'organizzazione informa il paziente e i familiari sia sui processi da essa attivati per accogliere e rispondere a reclami, conflitti e divergenze d'opinione che hanno per oggetto l'assistenza fornita al paziente, sia sul diritto del paziente di partecipare a questi processi.</p>	<p>ACC.1.2 EM1. Il paziente e suoi familiari ricevono informazioni al momento del ricovero.</p> <p>ACC.1.2 EM 2. Le informazioni fornite riguardano le cure proposte.</p> <p>ACC.1.2 EM3. Le informazioni fornite riguardano gli esiti attesi delle cure proposte.</p> <p>Standard ACC.1.2 EM 5. Le informazioni fornite sono sufficienti a consentire al paziente e ai suoi familiari di prendere decisioni consapevoli.</p> <p>PFR.1 EM1. I leader dell'organizzazione collaborano per tutelare e promuovere i diritti del paziente e dei familiari.</p> <p>PFR.5 EM1. Le informazioni sui diritti e doveri del paziente sono consegnate per iscritto a ciascun paziente.</p> <p>PFR.5 EM 2. La dichiarazione dei diritti e dei doveri del paziente è affissa alle pareti o è comunque reperibile in qualunque momento tramite il personale.</p> <p>PFR.5 EM 3. L'organizzazione ha un processo alternativo per informare i pazienti dei loro diritti e doveri nei casi in cui la comunicazione scritta è inefficace o inappropriata.</p> <p>PFR.3 EM1. Il paziente è informato del processo per esprimere reclami, conflitti o divergenze di opinione.</p> <p>PFR.3 EM 2. Reclami, conflitti e divergenze d'opinione sono oggetto di indagine da parte dell'organizzazione.</p> <p>PFR.3 EM3. I reclami, i conflitti e le divergenze d'opinione che insorgono nel corso dei processi assistenziali sono risolti.</p> <p>PFR.3 EM4. Il paziente e, laddove appropriato, i familiari partecipano al processo di risoluzione.</p> <p>PFR.3 EM5. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica.</p>	<p>È a disposizione e/o viene consegnato il foglio informativo di reparto che specifica l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione?</p>	SI	NO
			<p>Il foglio informativo di reparto specifica quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze?</p>	SI Foglio privacy	NO
			<p>Il foglio informativo informa il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami?</p>	SI	NO
			<p>Esiste una carta dei diritti/doveri dei pazienti affissa in luoghi facilmente visibili e/o le informazioni sui diritti e doveri sono consegnate per iscritto?</p>	SI	NO
			<p>Nella documentazione sanitaria, è riportato un recapito telefonico per contatti urgenti per informare i familiari sullo stato di salute del paziente e su eventuali trasferimenti o dimissioni dal reparto?</p>	SI	NO

La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli standard JCI	La qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo: gli elementi misurabili	La check list		
<p>Fase 5-14. il medico fornisce al paziente e ai suoi familiari le informazioni necessarie per prendere una decisione ponderata sulle cure. Le informazioni fornite riguardano il tipo di trattamento proposto e i risultati attesi.</p> <p>Fase 7-22. il medico fornisce al paziente in dimissione, con una lettera di dimissione, le informazioni necessarie relative alle condizioni cliniche, alle indagini diagnostiche eseguite durante il ricovero, alle procedure alle quali è stato sottoposto, alle eventuali prescrizioni e le indicazioni necessarie (appuntamenti, costi, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, riferimenti telefonici, documenti da presentare), qualora preveda prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare successive alla dimissione. Una copia della lettera di dimissione è archiviata in cartella clinica.</p>	<p>Standard ACC.1.2 All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente.</p> <p>Standard PFR.2.1 L'organizzazione informa il paziente e i familiari, con un metodo e un linguaggio/in una lingua ad essi comprensibili, sulle modalità di comunicazione delle condizioni cliniche e delle diagnosi accertate, delle cure e dei trattamenti programmati e su come essi possano intervenire nelle decisioni cliniche, nella misura in cui sceglieranno di partecipare.</p> <p>Standard PFR.1.1.1 L'organizzazione ha previsto un processo atto a rispondere alle richieste del paziente e dei familiari riguardo a servizi pastorali o simili, in relazione alle credenze religiose e spirituali del paziente.</p>	<p>ACC.1.2 EM1. Il paziente è informato del processo per esprimere reclami, conflitti o divergenze d'opinione.</p> <p>ACC.1.2 EM 2. Reclami, conflitti e divergenze d'opinione sono oggetto di indagine da parte dell'organizzazione.</p> <p>Standard ACC.1.2 EM3. I reclami, i conflitti e le divergenze d'opinione che insorgono nel corso dei processi assistenziali sono risolti.</p> <p>Standard ACC.1.2 EM 4. Il paziente e, laddove appropriato, i familiari partecipano al processo di risoluzione.</p> <p>Standard ACC.1.2 EM5. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica.</p> <p>PFR.2.1 EM1. Il paziente e i suoi familiari sanno quando e come saranno informati sulle condizioni cliniche e sulle diagnosi eventualmente accertate, laddove appropriato.</p> <p>PFR.2.1 EM 2. Il paziente e i suoi familiari sanno quando e come verranno date loro informazioni sulle cure e i trattamenti programmati.</p> <p>PFR.2.1 EM 3. Il paziente e i suoi familiari sanno quando sarà necessario il loro consenso e conoscono il processo utilizzato per esprimere il consenso.</p> <p>PFR.2.1 EM 4. Il paziente e i suoi familiari sono a conoscenza del proprio diritto a partecipare alle decisioni cliniche nei limiti della loro volontà.</p> <p>PFR.1.1.1 EM1. L'organizzazione ha un processo atto a rispondere alle richieste di assistenza religiosa o spirituale, siano esse ordinarie o complesse.</p> <p>PFR.1.1.1 EM2. L'organizzazione soddisfa le richieste di supporto religioso o spirituale.</p>	<p>Esiste una procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato?</p>	SI	NO
			<p>Esiste una evidenza che il personale conosce la procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato?</p>	SI	NO
			<p>Esiste un documento che definisce le modalità per rispondere alle richieste di assistenza religiosa?</p>	SI	NO
			<p>Il personale medico rilascia al paziente la lettera di dimissione firmata, avendo cura di conservarne una copia firmata in cartella clinica?</p>	SI	NO
			<p>La lettera di dimissione contiene le indicazioni scritte necessarie qualora si prevedano prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale domiciliare?</p>	SI	NO

La qualità progettata nelle prestazioni ambulatoriali	La qualità progettata nelle prestazioni ambulatoriali: gli standard JCI	La qualità progettata nelle prestazioni ambulatoriali: gli elementi misurabili	La check list		
<p>Fase 1 - L'organizzazione definisce e comunica orari e le modalità di prenotazione e di erogazione della prestazione;</p> <p>Fase 3 - Al momento dell'accettazione nella struttura ambulatoriale la comunicazione data all'accettazione all'utente ed al suo accompagnatore deve essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efficace, appropriata e comprensibile; - adeguata all'età del paziente, al suo grado di comprensione e alla sua lingua; - condotta utilizzando un tempo adeguato riservandosi tempi maggiori se in presenza di problematiche particolari e tenendo in considerazione i diversi bisogni del singolo paziente; <p>4A tal fine, è predisposto il "foglio informativo sui servizi ambulatoriali" (orari d'apertura, prestazioni specialistiche erogate, modalità di prenotazione, ecc...) per ciascuna U.O. dell'azienda.</p> <p>Fase 6 - il medico specialista effettua la prestazione coadiuvato, laddove previsto, dall'infermiere, avendo cura di rispettare il diritto alla privacy, e redige una relazione da consegnare all'utente, completa se necessario delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc) qualora preveda nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare.</p>	<p>Standard ACC.1.1</p> <p>L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.</p>	<p>Standard ACC.1.1 EM1. Il processo di accettazione dei pazienti ambulatoriali è standardizzato.</p> <p>ACC.1.1 EM6. 6. Politiche e procedure scritte supportano i processi di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.</p>	<p>È a disposizione e/o viene consegnato il foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti, ecc...?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
			<p>Alla fine della prestazione il medico redige una relazione da consegnare all'utente, completa delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc) qualora preveda nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>

Rilevazione Customer Satisfaction

1 gennaio – 30 aprile 2012

DEGENZA OSPEDALIERA

Nel periodo 1 gennaio - 30 aprile 2012 l'U.O. Qualità-Comunicazione-URP dell'Azienda Ospedaliera ha continuato la rilevazione sul livello di soddisfazione dell'utenza sia tra i degenti ricoverati che tra gli utenti ambulatoriali.

Per quanto riguarda il campione di intervistati tra i pazienti ricoverati, sono stati raccolti ed analizzati, nel periodo considerato, 376 questionari che, rapportati ai 6569 ricoveri effettuati nello stesso arco di tempo, rappresentano circa il 6% del totale degli utenti complessivamente ricoverati (5,72%).

Il campione di intervistati è costituito dal 49% maschi e il 48% femmine, con una prevalenza di circa il 47% compreso nelle fasce di età che vanno da 41 a 50 anni (21,3%) e dai 51 ai 60 anni (25,5%); con un'istruzione medio-bassa rappresentata dal 33% di diplomati e il 29% con un diploma di scuola media inferiore, dal punto di vista occupazionale equamente distribuiti fra la qualifica di operaio o impiegato (28%), pensionato (23,7%) o casalinga (823,1%), proveniente da Palermo o dalla sua provincia.

Il giudizio complessivo sull'esperienza del ricovero ospedaliero è estremamente positivo: poco meno della metà degli intervistati infatti esprime il giudizio di massima positività e il 35,6% lo reputa sufficiente. I valori negativi, di alta o media negatività espressi dai giudizi insufficiente e pessimo, raccolgono complessivamente solo l'8,5% degli intervistati.

A questo si aggiunge il dato relativo al confronto con le precedenti personali aspettative: il 46,5% vede confermate le proprie aspettative, il 31% rileva addirittura un giudizio migliore rispetto alle proprie aspettative, il 15% si dichiara deluso poiché registra un giudizio peggiore delle proprie aspettative.

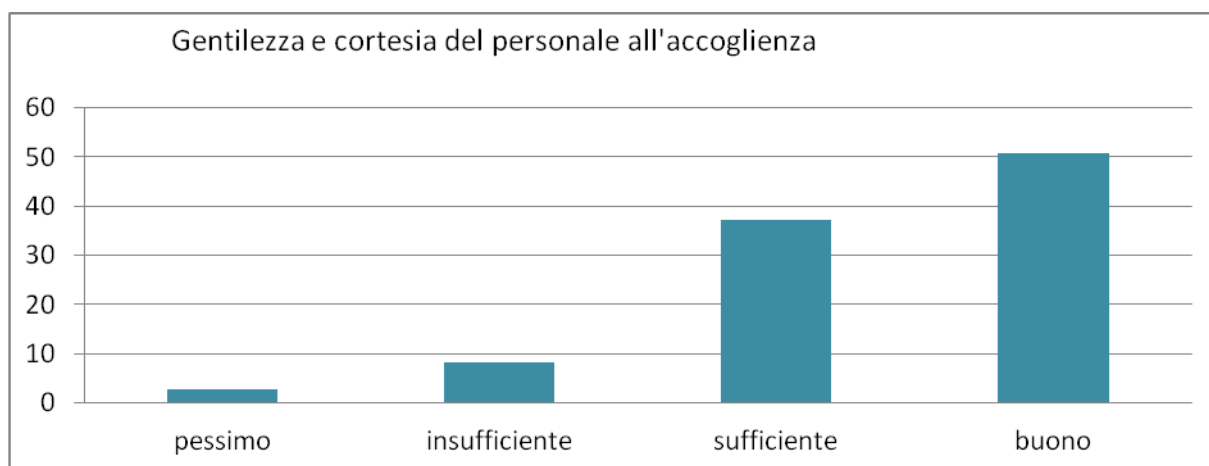
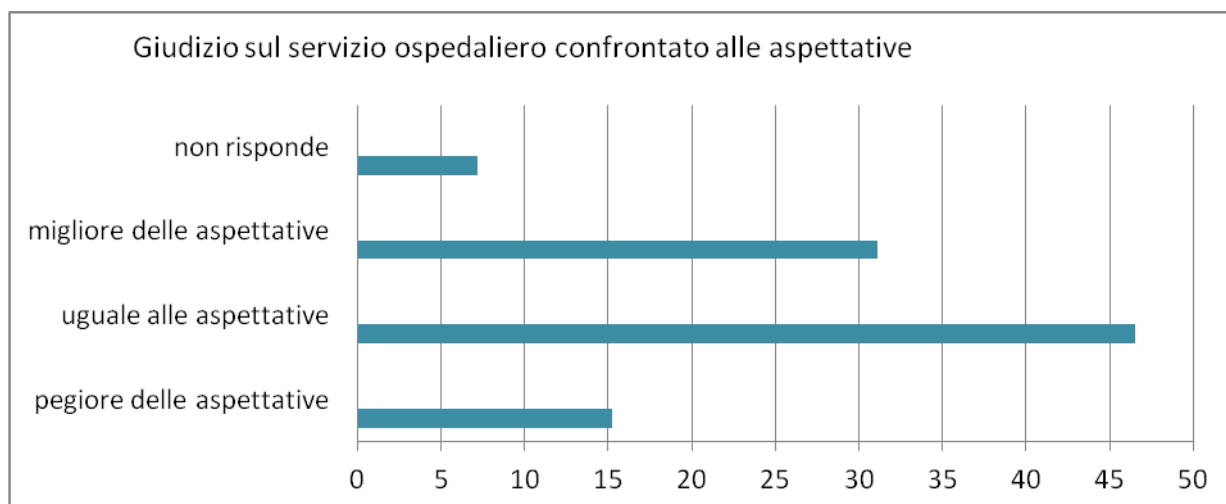
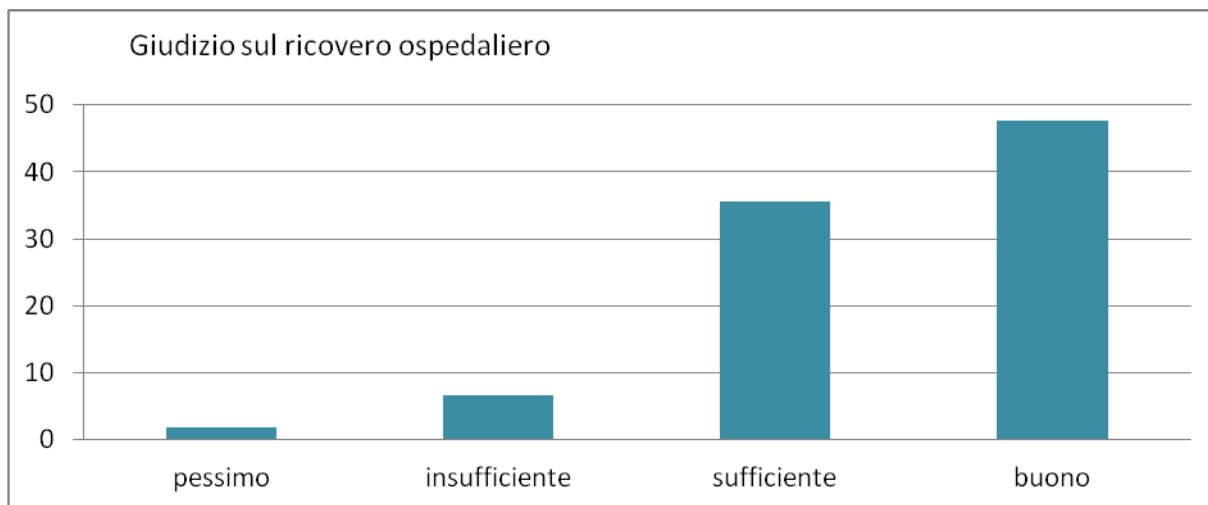
Per quanto riguarda l'area comunicativo-relazionale, sia per le figure mediche che per quelle infermieristiche, gli intervistati esprimono prevalentemente giudizi molto positivi o comunque discretamente positivi, senza rilevanti differenze nelle distribuzioni dei due presidi. Una piccola differenza che viene evidenziata dalle risposte è data dalla maggiore disponibilità dei medici del Presidio Cervello a dare informazioni più approfondite ai pazienti ricoverati relativamente alla diagnosi, alle condizioni di salute, agli eventuali rischi, alle terapie effettuate: in altri termini, i dati rilevano una maggiore disponibilità all'interazione ed all'approfondimento clinico-terapeutico con i propri pazienti da parte del personale medico del Presidio Cervello. Resta ugualmente soddisfacente la disponibilità all'ascolto, la gentilezza e la cortesia del personale medico e di quello infermieristico di entrambi i presidi ospedalieri.

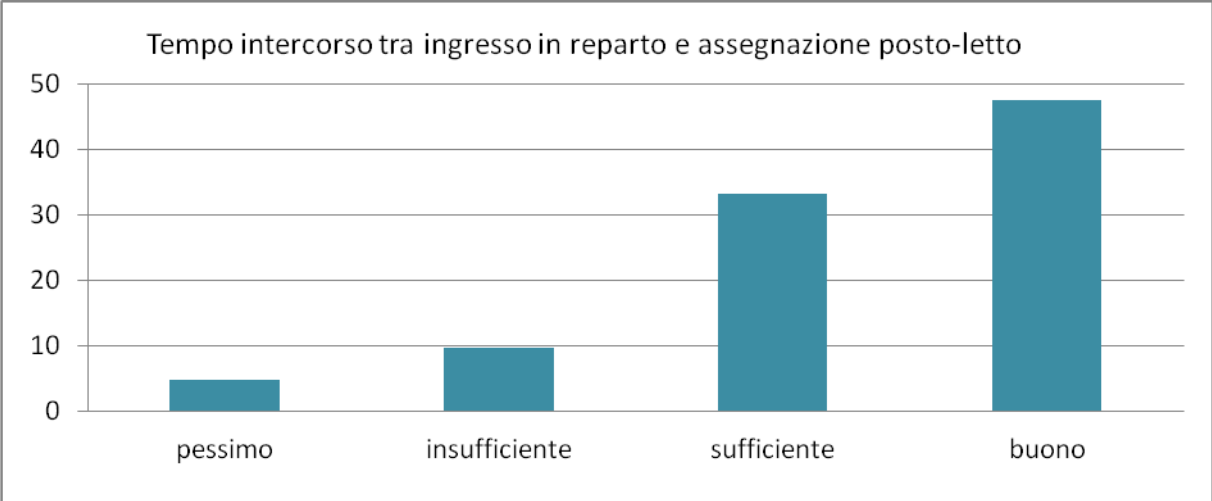
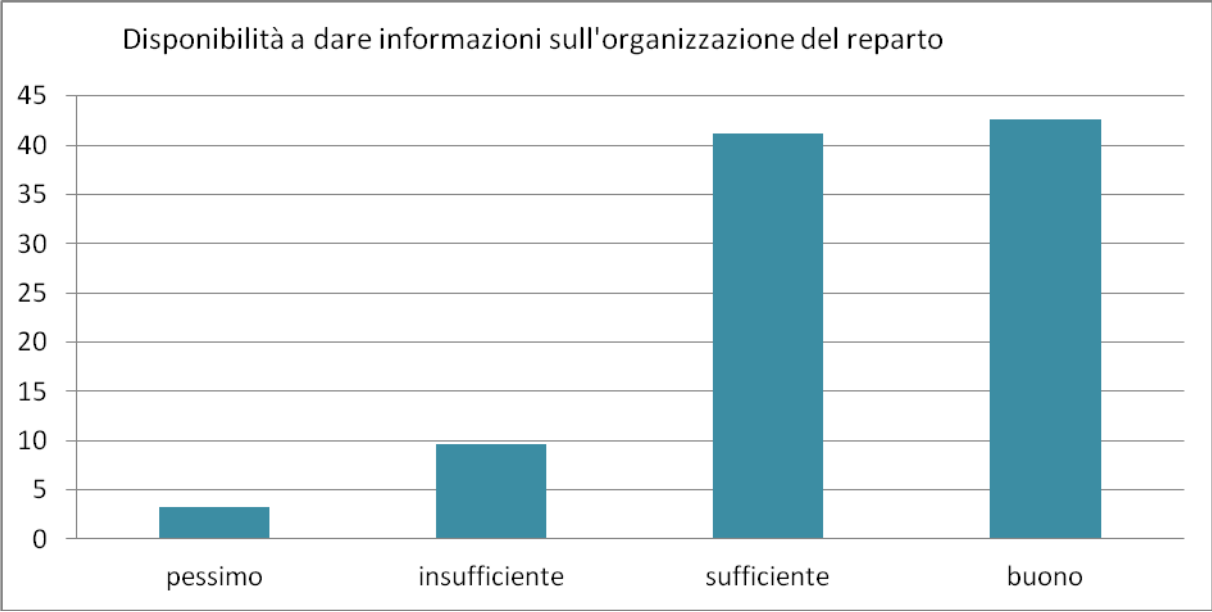
Relativamente alla batteria di domande volta a valutare la qualità percepita relativa alla gestione delle strutture alberghiere, dalla pulizia degli ambienti e in particolare dei servizi igienici alla qualità dei pasti, alla temperatura ed illuminazione delle stanze, al tempo dedicato alle visite dei familiari, alle condizioni di eventuali trasporti interni o al rispetto della privacy, il giudizio espresso si mantiene positivo, ma al livello medio di positività.

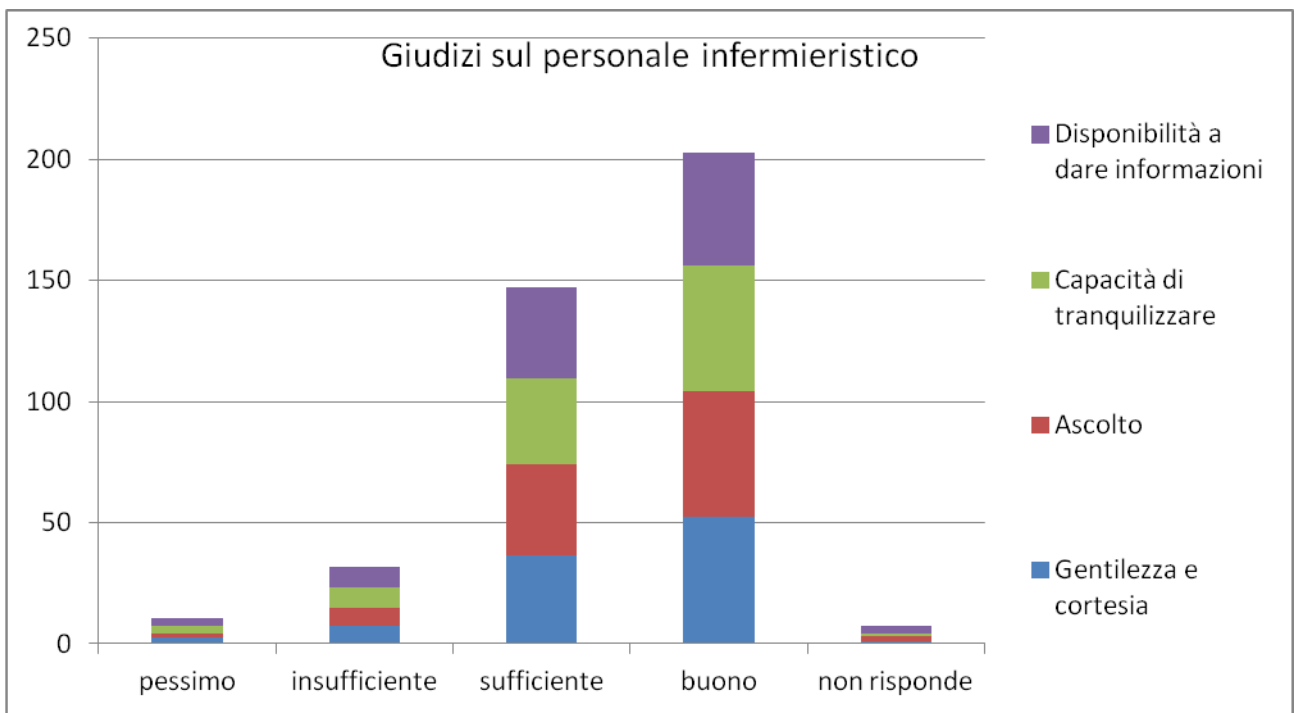
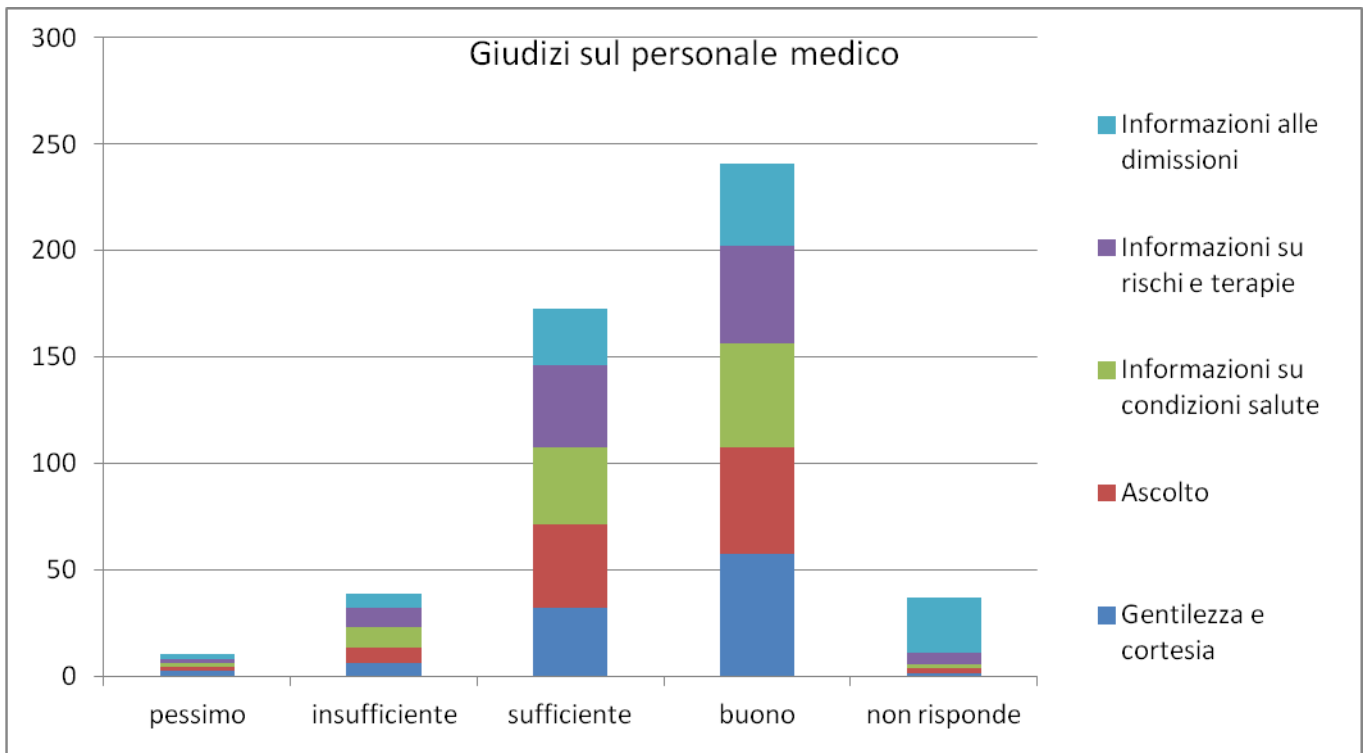
Anche in questo caso si rilevano comunque piccole differenze di valutazione: la criticità riguarda il Presidio Cervello, relativamente alla variabile "pasti", da tempo punto critico dell'organizzazione alberghiera dell'ospedale. Infatti, pur restando prevalente un giudizio abbastanza positivo in generale, le variabili qualità dei pasti, orari di distribuzione, scelta del menù, rilevano una maggiore presenza di giudizi di insufficienza. Lo stesso vale per la percezione della pulizia complessiva del presidio ospedaliero.

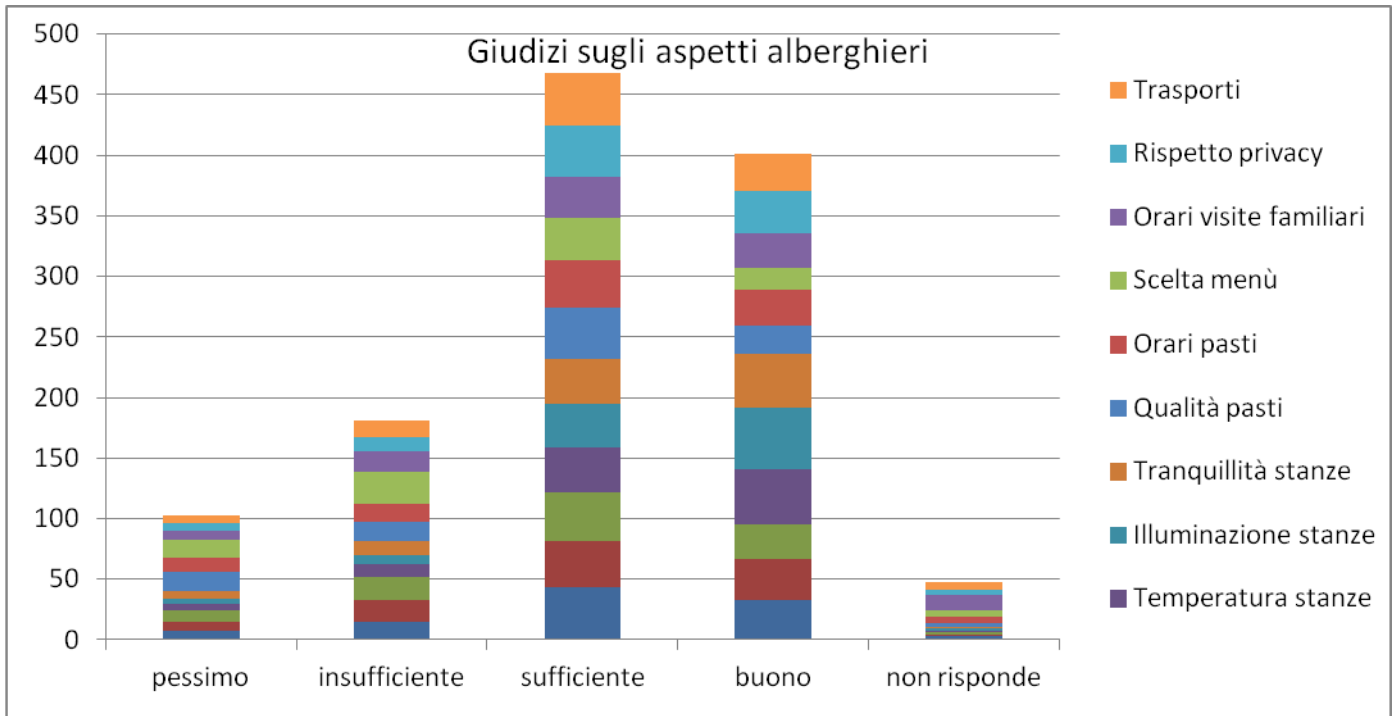
Su questi punti, comunque, la direzione aziendale, anche attraverso la Commissione Pasti, il Servizio Infermieristico, la Direzione Medica di Presidio, sta valutando alcune possibili percorsi di intervento di miglioramento.

GRAFICI DEGENZA OSPEDALIERA

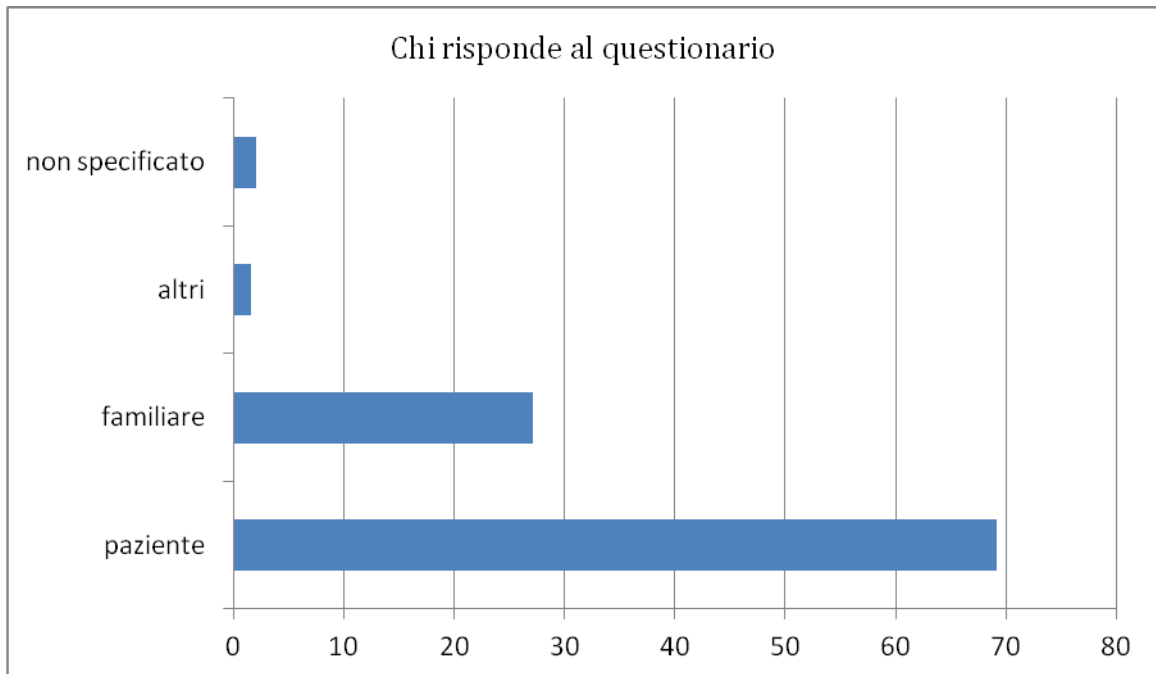


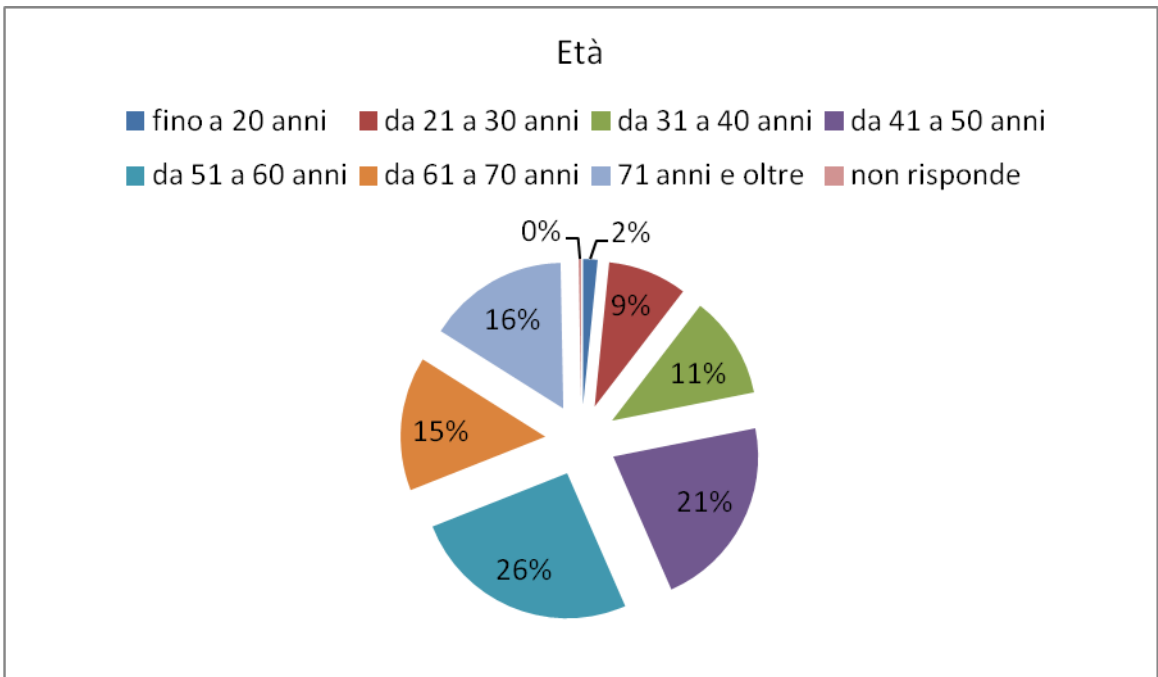
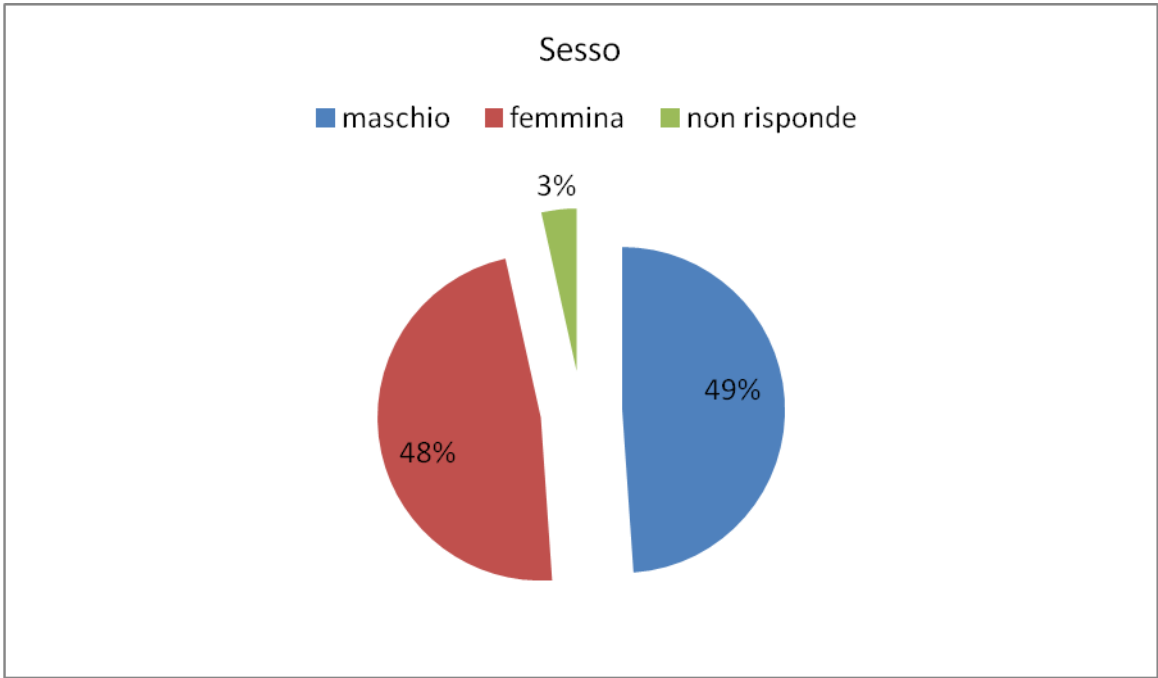


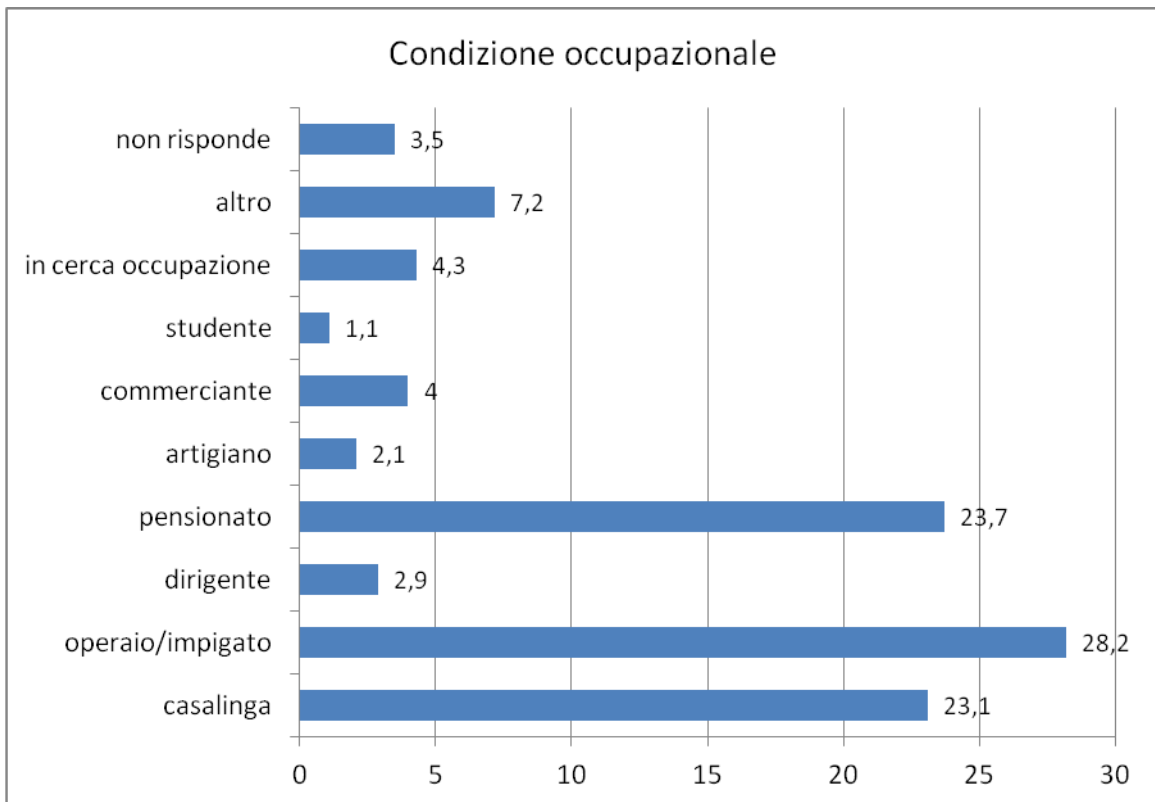
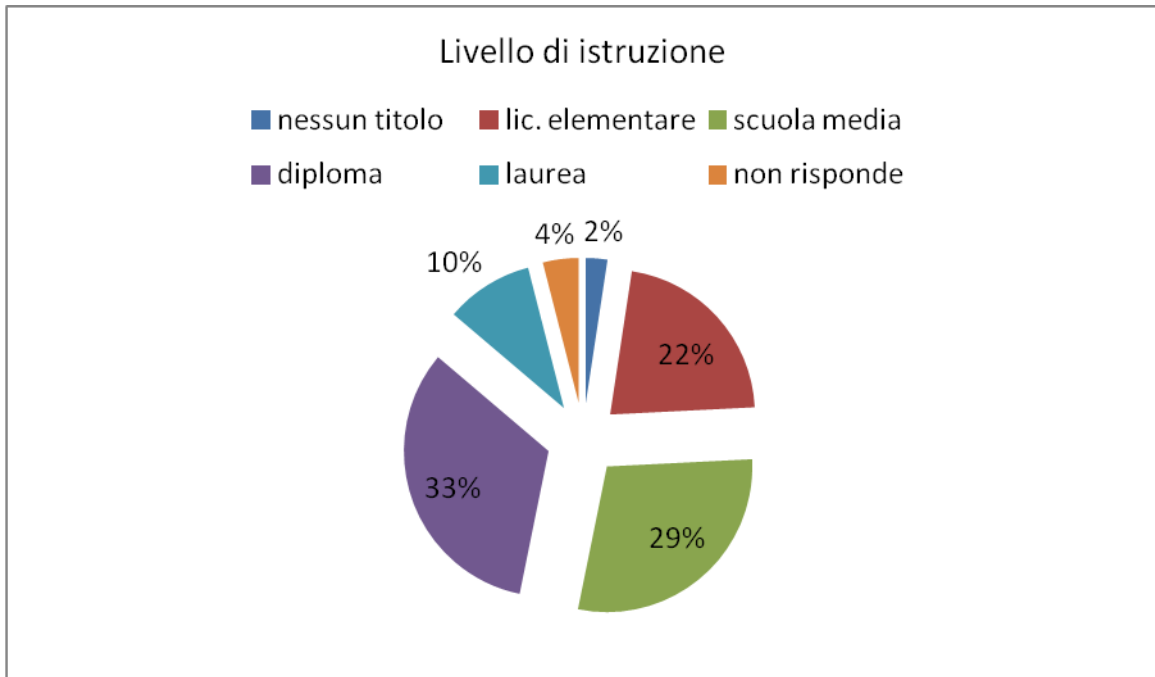


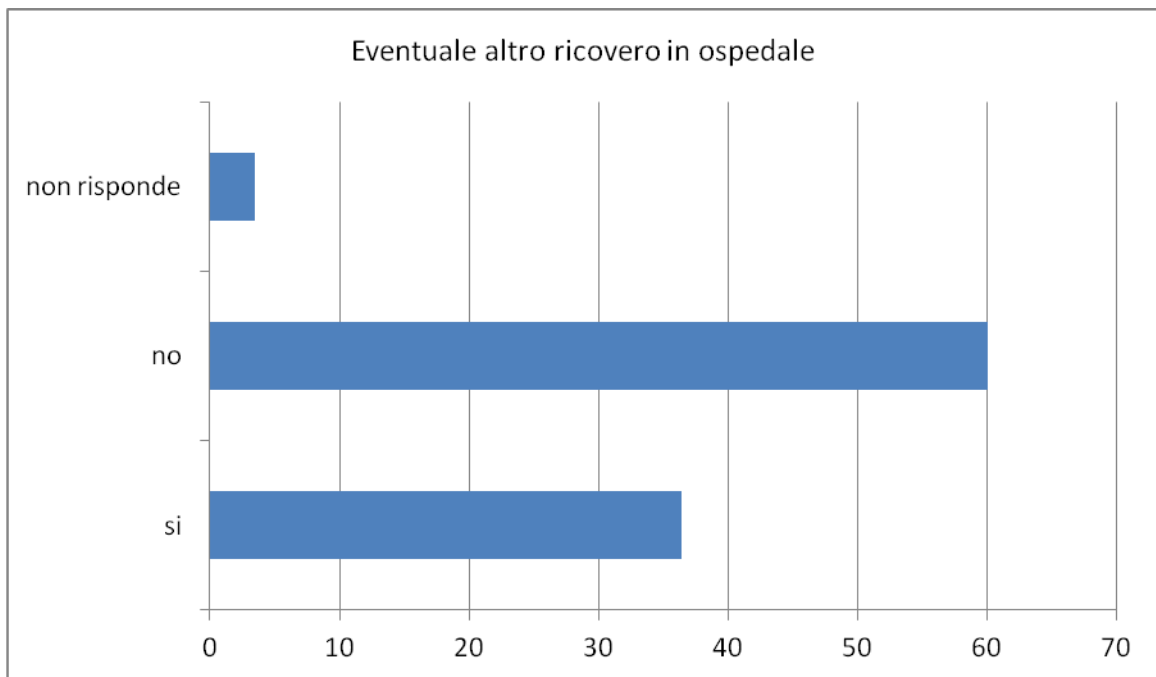
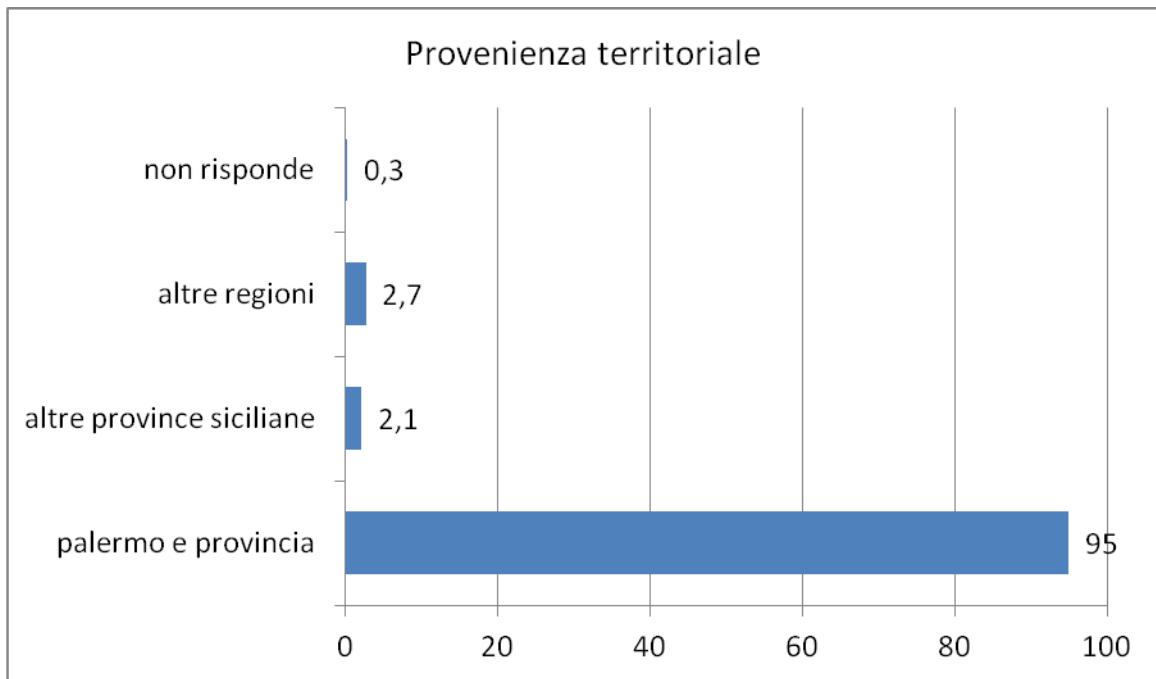


Gli intervistati









Rilevazione Customer Satisfaction

1 gennaio – 30 aprile 2012

UTENTI AMBULATORIALI

Nel periodo 1 gennaio - 30 aprile 2012 l'U.O. Qualità-Comunicazione-URP dell'Azienda Ospedaliera ha continuato la rilevazione sul livello di soddisfazione dell'utenza anche tra gli utenti ambulatoriali.

Per quanto riguarda il campione di intervistati, sono stati raccolti ed analizzati, nel periodo considerato, 495 questionari che, rapportati ai 48.378 accessi effettuati nello stesso arco di tempo, rappresentano circa l'1,02% del totale degli utenti ambulatoriali.

Il campione di intervistati è costituito dal 49,5% di maschi e dal 48,3% di femmine, con un'istruzione medio-bassa rappresentata dal 33,7% di diplomati, dal 7,9% di coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore e dal 23,6% che hanno solo la licenza elementare. Dal punto di vista occupazionale anche gli utenti ambulatoriali, come nel caso dei ricoverati, si distribuiscono tra casalinghe (25%), pensionati (24,4%) e operai/impiegati (27%), nel 98% dei casi provenienti da Palermo o dalla sua provincia.

Per quanto riguarda infine l'età, presenti in egual misura sono gli utenti delle fasce di età 41-50 anni (21%) e 61-70 anni (21%), seguiti da coloro che appartengono alla fascia di età 51-60 anni (17,6%) e da quelli più anziani compresi nella fascia che raccoglie tutti coloro che hanno da 71 anni in poi (13,5%).

Il giudizio complessivo sull'esperienza del servizio ambulatoriale è estremamente positivo: il 77% degli intervistati esprime infatti un giudizio positivo (sia nel valore medio che in quello alto); i valori negativi, di alta o media negatività espressi dai giudizi insufficiente e pessimo, raccolgono complessivamente l'11,8% degli intervistati.

A questo si aggiunge il dato relativo al confronto con le precedenti personali aspettative: il 58,2% vede confermate le proprie aspettative, il 26,5% rileva addirittura un giudizio migliore rispetto alle proprie aspettative, l'8,1% si dichiara deluso poiché registra un giudizio peggiore delle proprie aspettative.

Non si rilevano inoltre grandi differenze nei giudizi complessivi tra i due presidi ospedalieri, tranne il fatto che probabilmente le aspettative sono più alte nei confronti del Presidio Cervello rispetto al Presidio Villa Sofia.

La tipologia di utenti si distribuisce quasi uniformemente tra nuovi arrivati (54%) e clienti abituali (45%) che utilizzano gli ambulatori prevalentemente per effettuare visite (67,5%).

Il medico di medicina generale si dimostra, ancora una volta, un anello fondamentale per orientare l'utenza verso i servizi ambulatoriali: infatti, il 52,5% degli intervistati dichiara di avere scelto l'ambulatorio utilizzato su consiglio del medico di famiglia anche per la competenza professionale attribuita agli operatori sanitari (14%).

Per effettuare la prenotazione gli utenti si recano di persona in azienda (61%) anche perché, considerata la fascia di età e quella sociale di coloro che utilizzano i servizi ambulatoriali, l'uso di linguaggi digitali non risulta particolarmente diffuso.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e alberghieri si evidenziano alcune criticità relative al tempo di attesa per l'effettuazione del servizio richiesto, alle difficoltà di parcheggi, alla carenza di segnaletica adeguata, alle barriere architettoniche, al tempo di attesa per il pagamento del ticket.

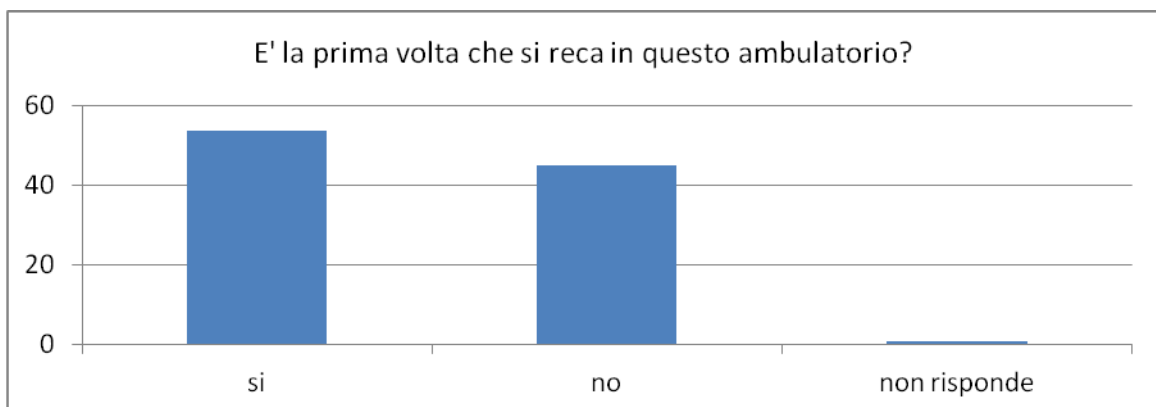
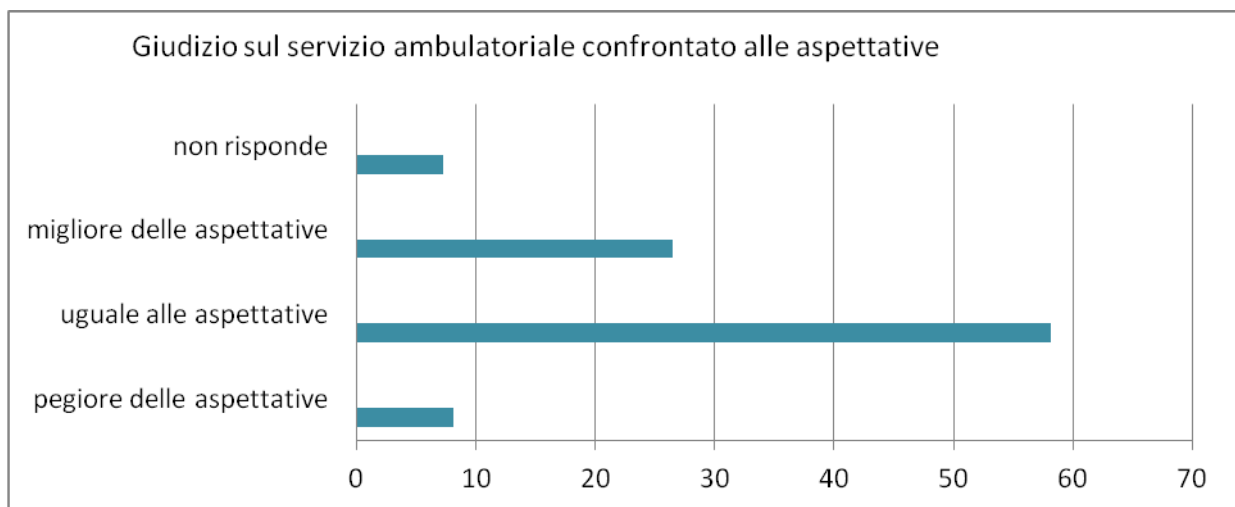
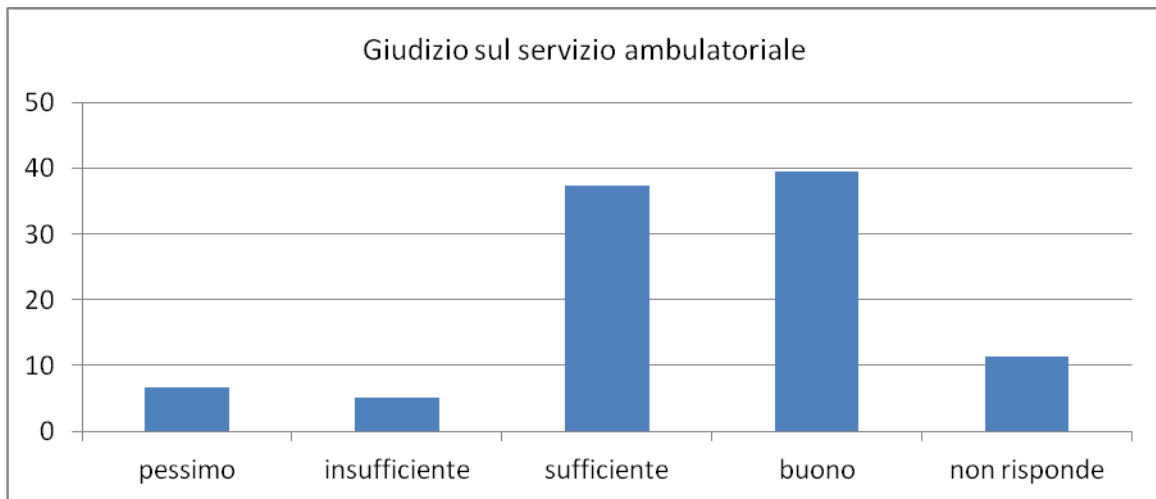
Su questi temi l'azienda sta provvedendo ad intervenire: è stata già completata l'iter per la revisione della segnaletica e si stanno apportando alcuni evidenti miglioramenti, si sta cercando di migliorare l'organizzazione del ticket al fine di ridurre i tempi di attesa anche attraverso la diffusione dell'informazione al pagamento ticket effettuato attraverso bollettino postale o internet.

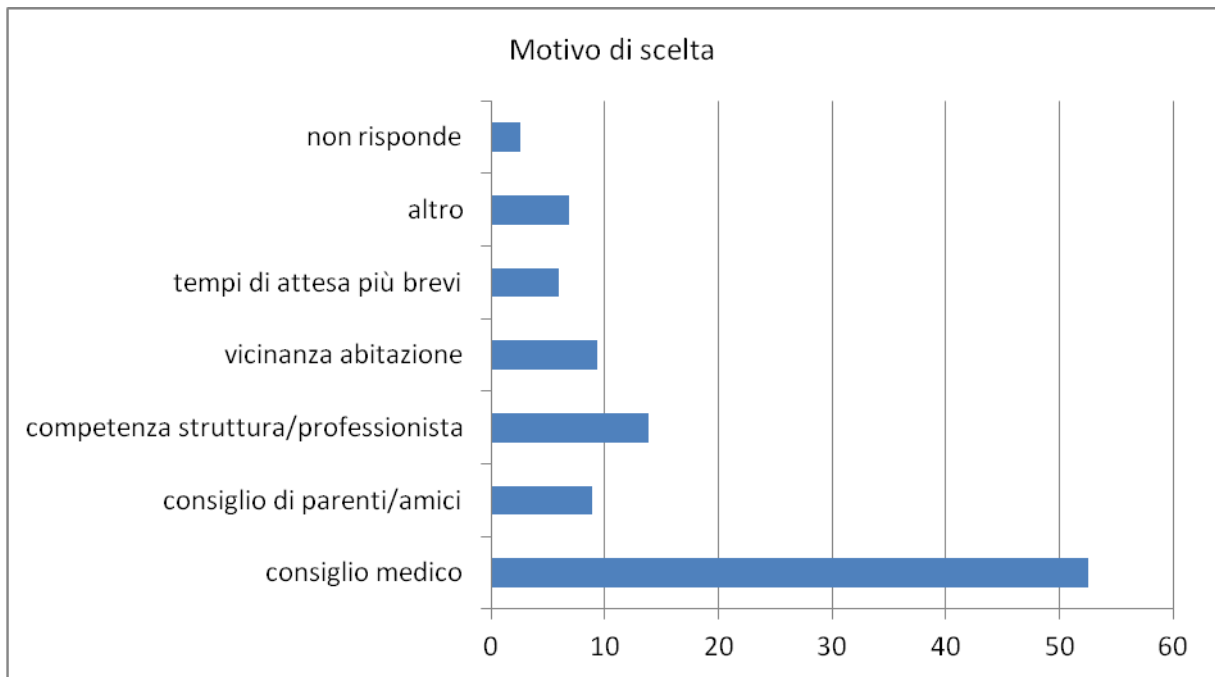
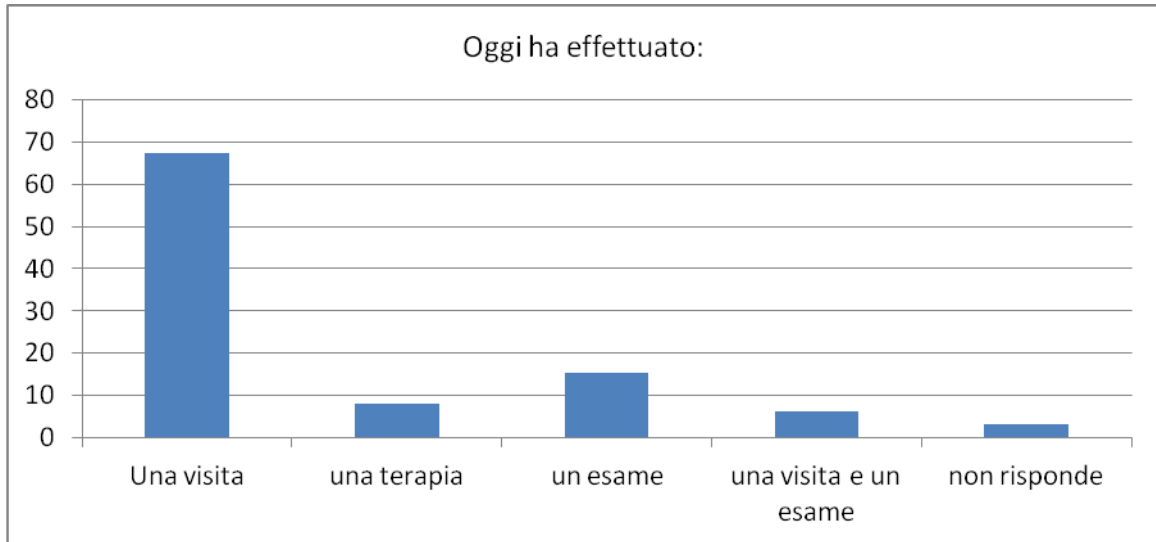
Giudizi più positivi si rilevano invece per ciò che attiene agli aspetti relazionali e comunicativi: i pazienti ambulatoriali esprimono giudizi positivi o molto positivi relativamente alle informazioni

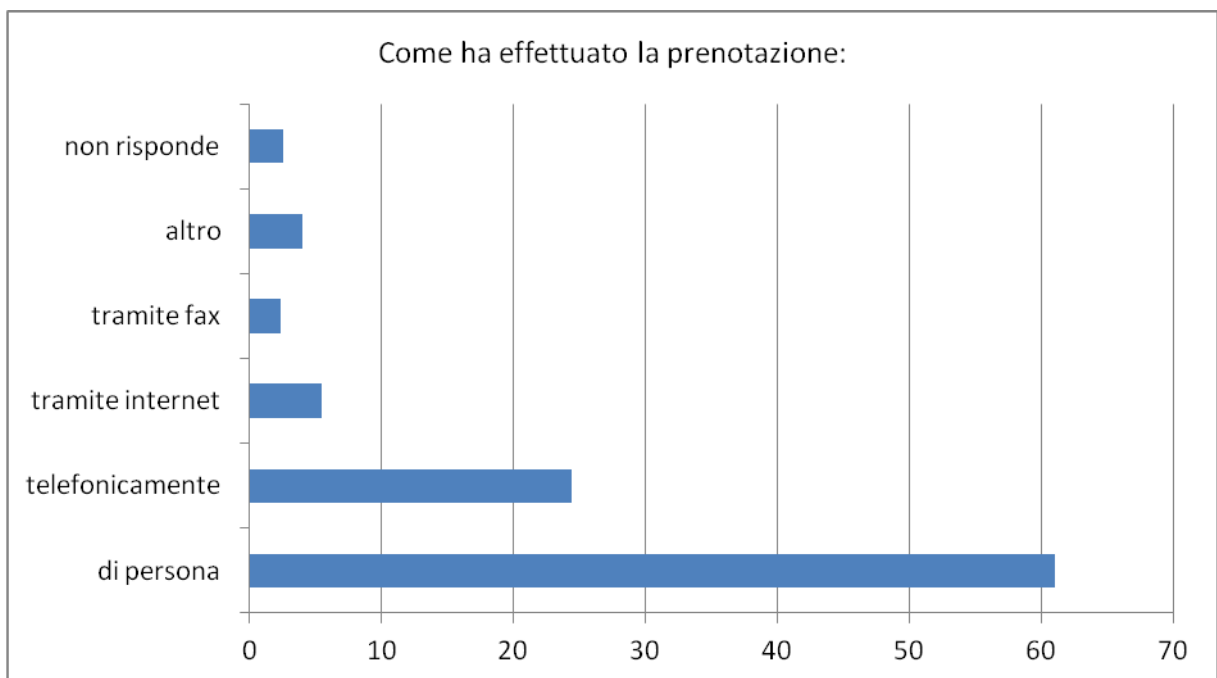
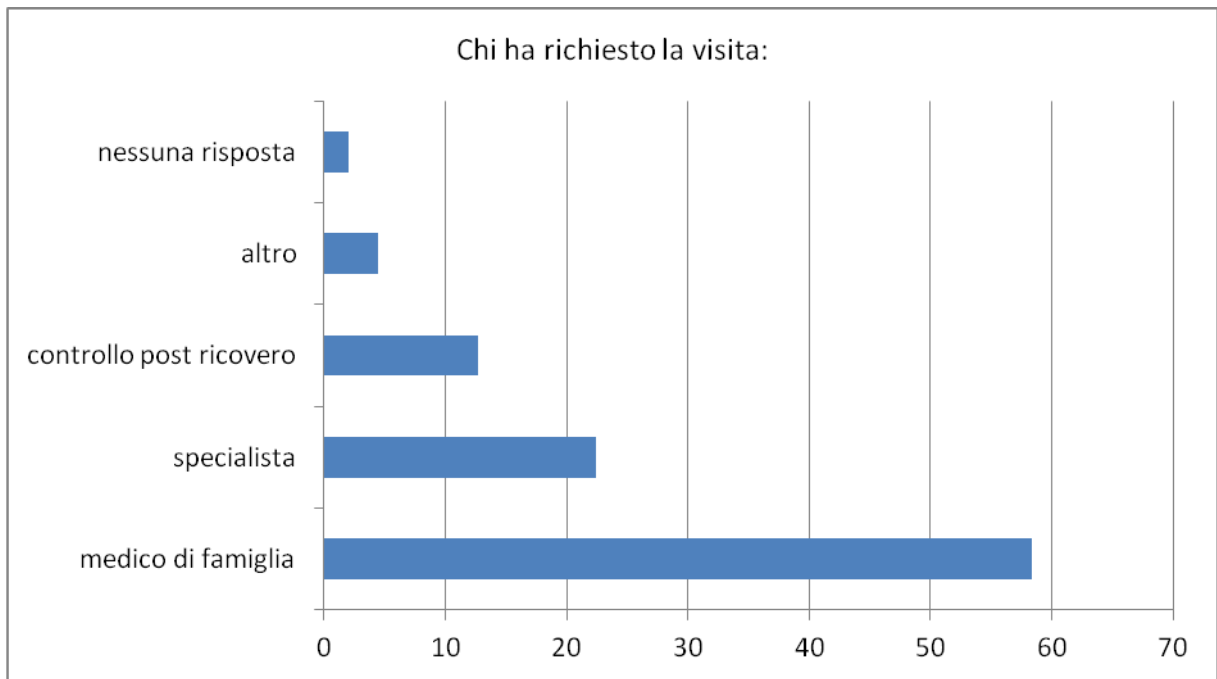
sanitarie ricevute, alla presa in carico complessiva del paziente, alla gentilezza e capacità di ascolto dimostrata dai professionisti sanitari.

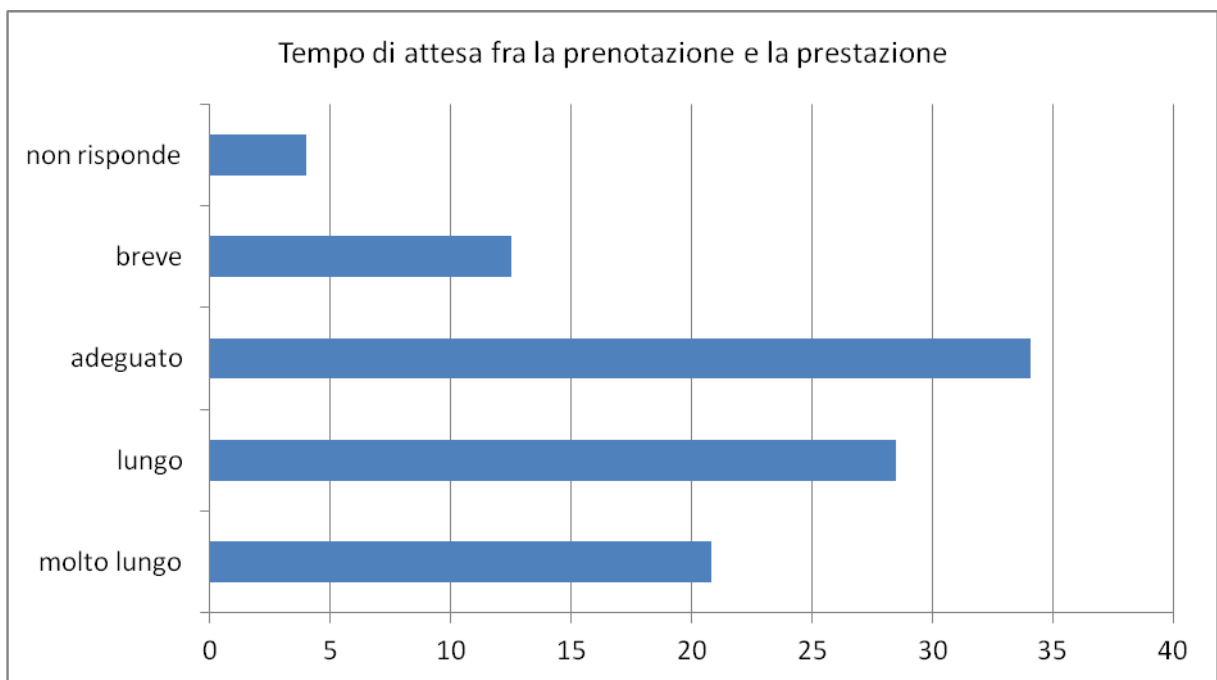
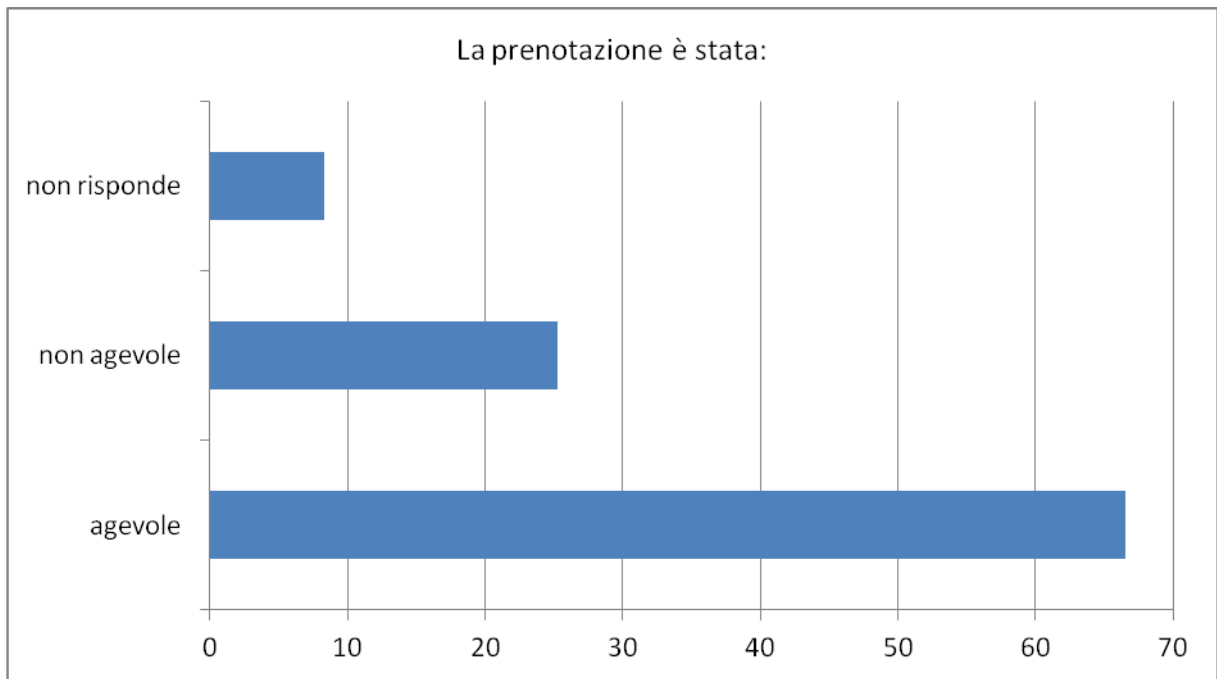
In linea generale dunque, i pazienti evidenziano soprattutto carenze di tipo strutturale legate alla vetustà degli edifici ed alla difficoltà di intervenire strutturalmente.

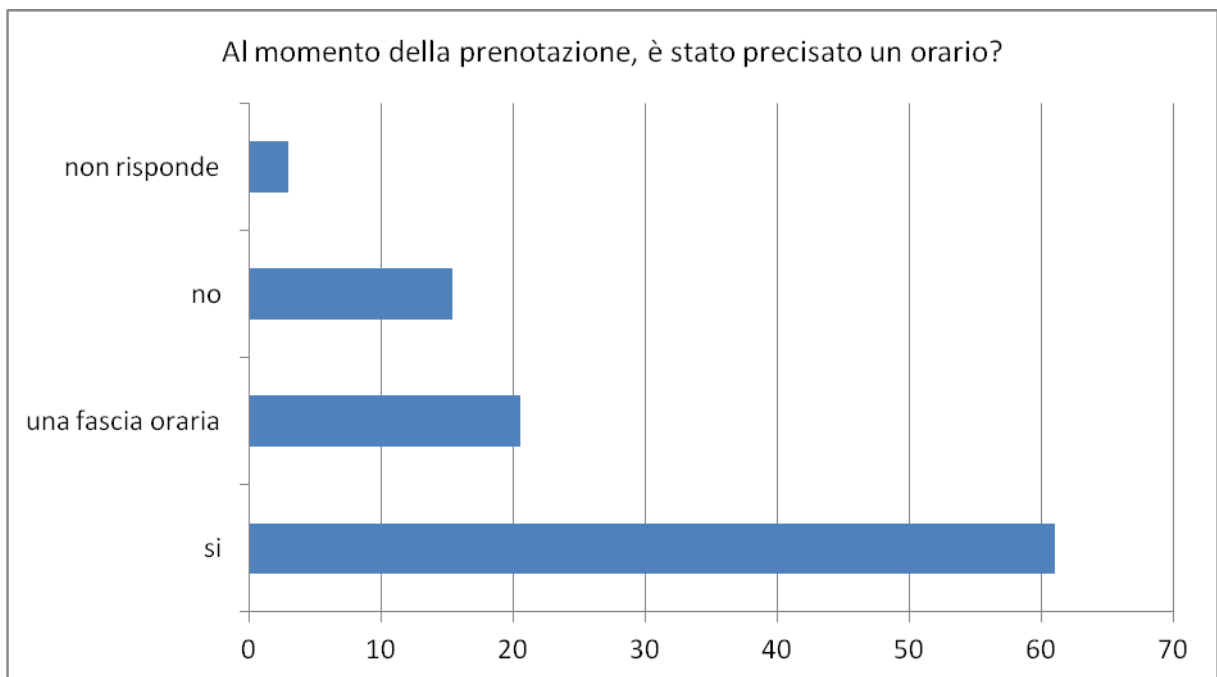
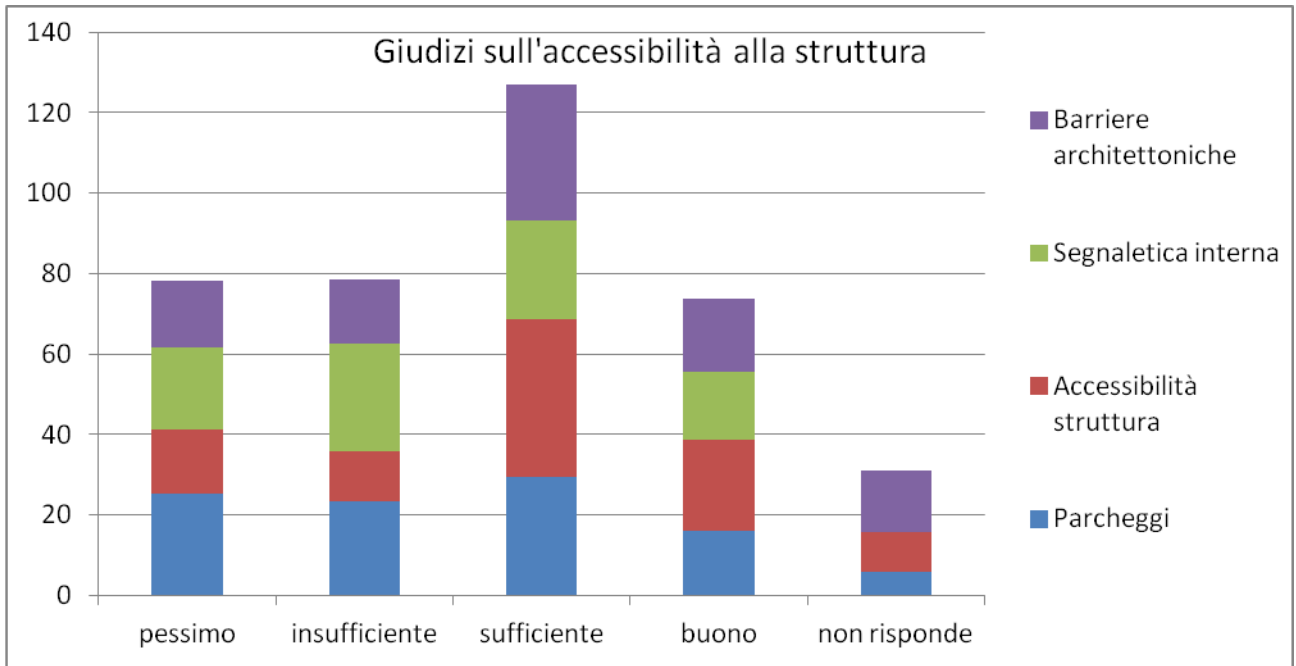
GRAFICI UTENTI AMBULATORIALI

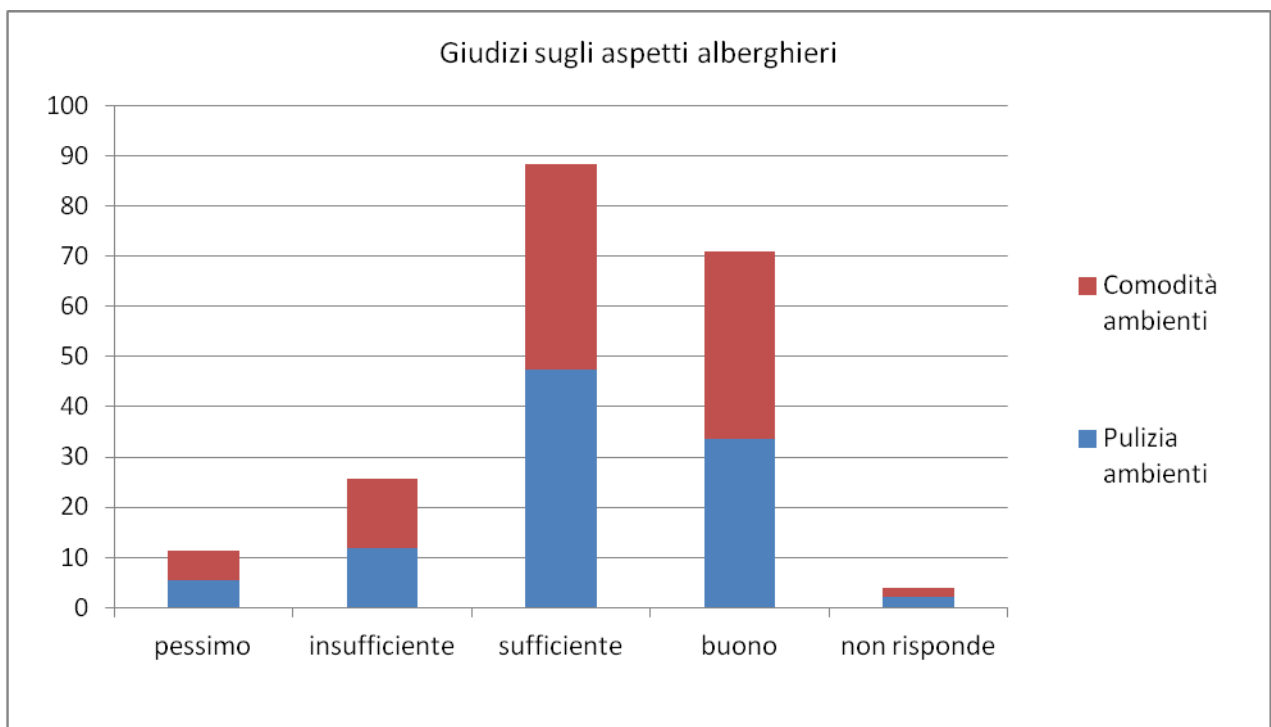
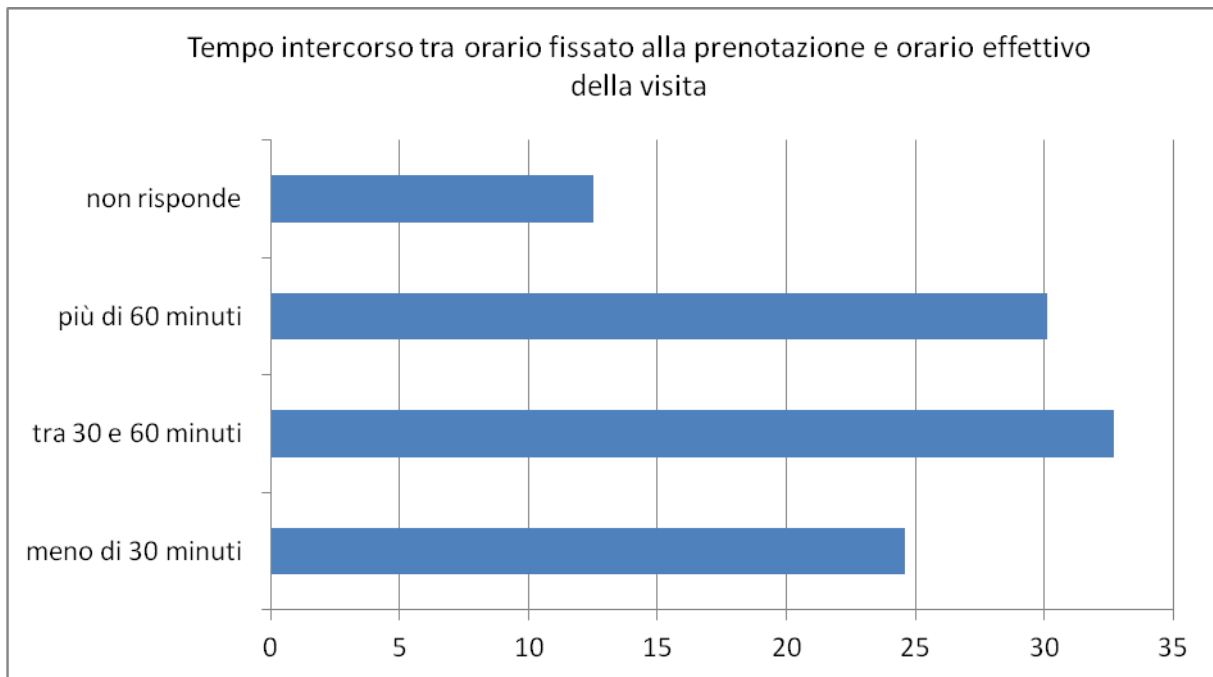


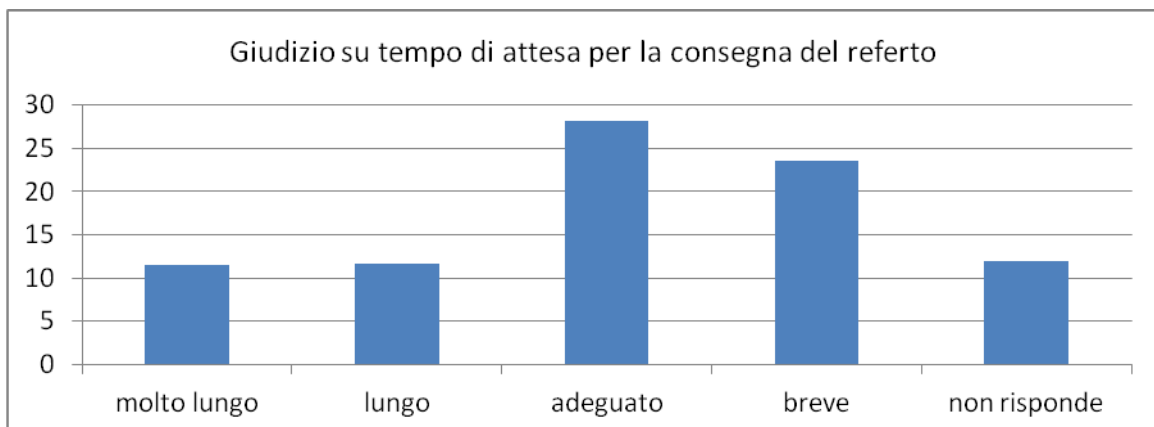
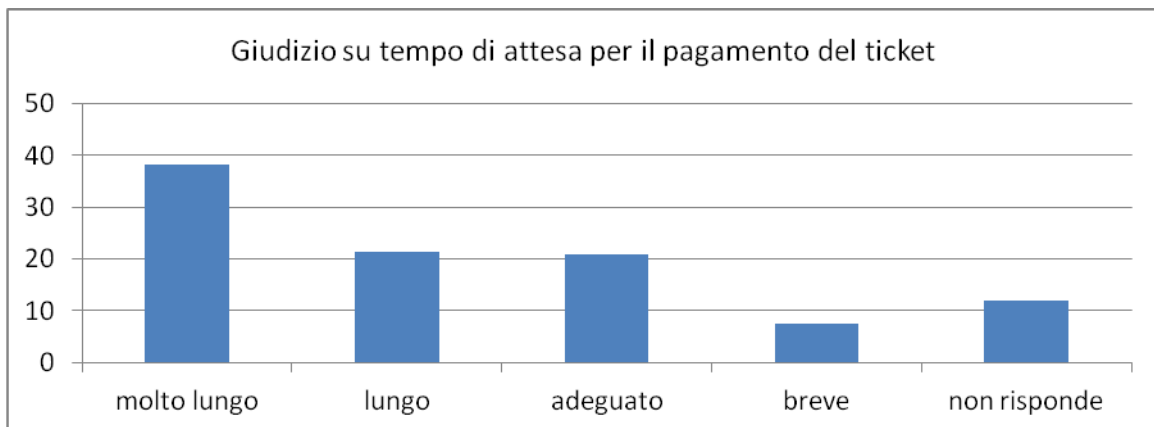
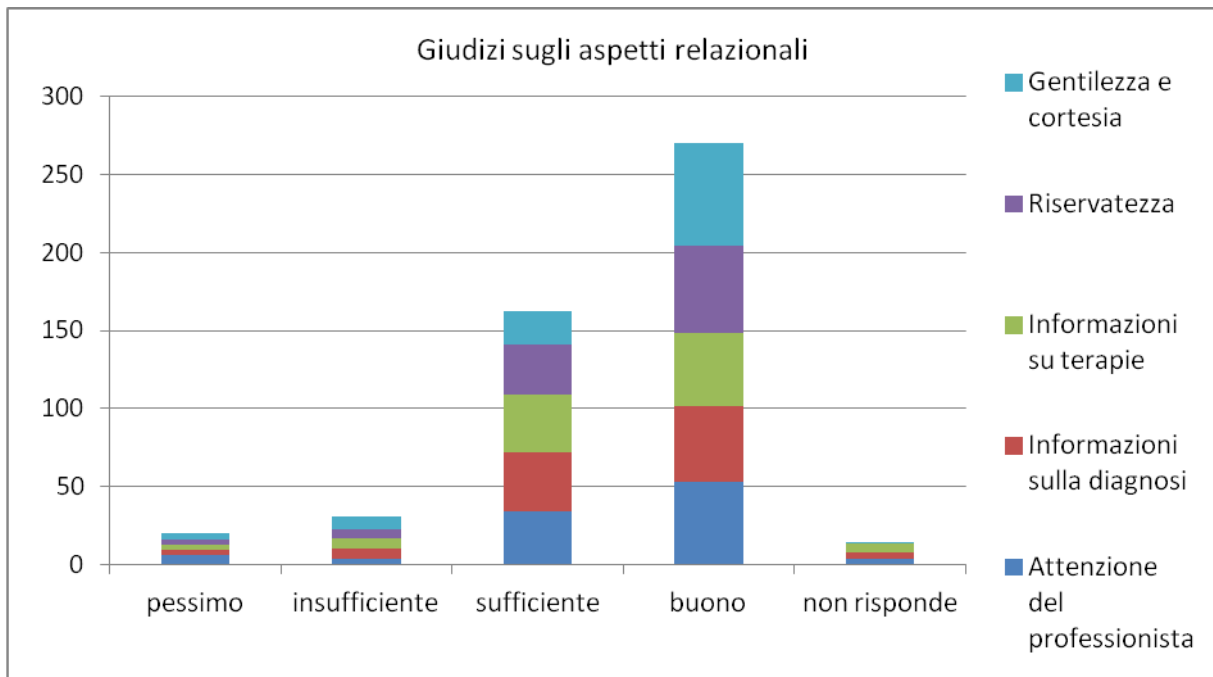




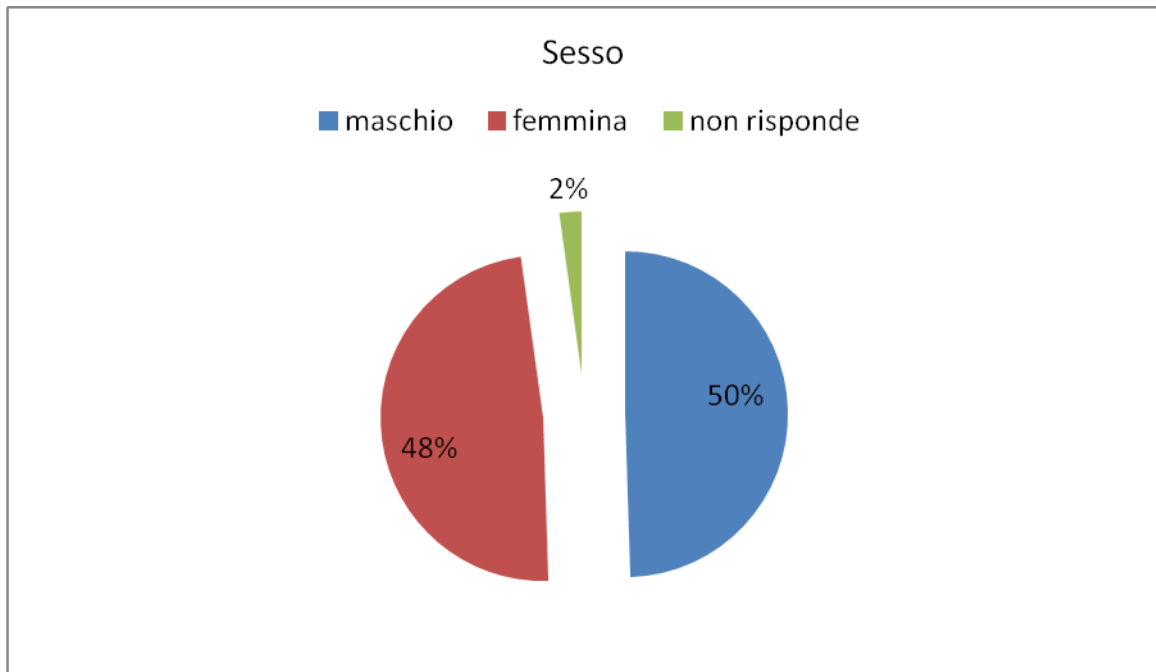
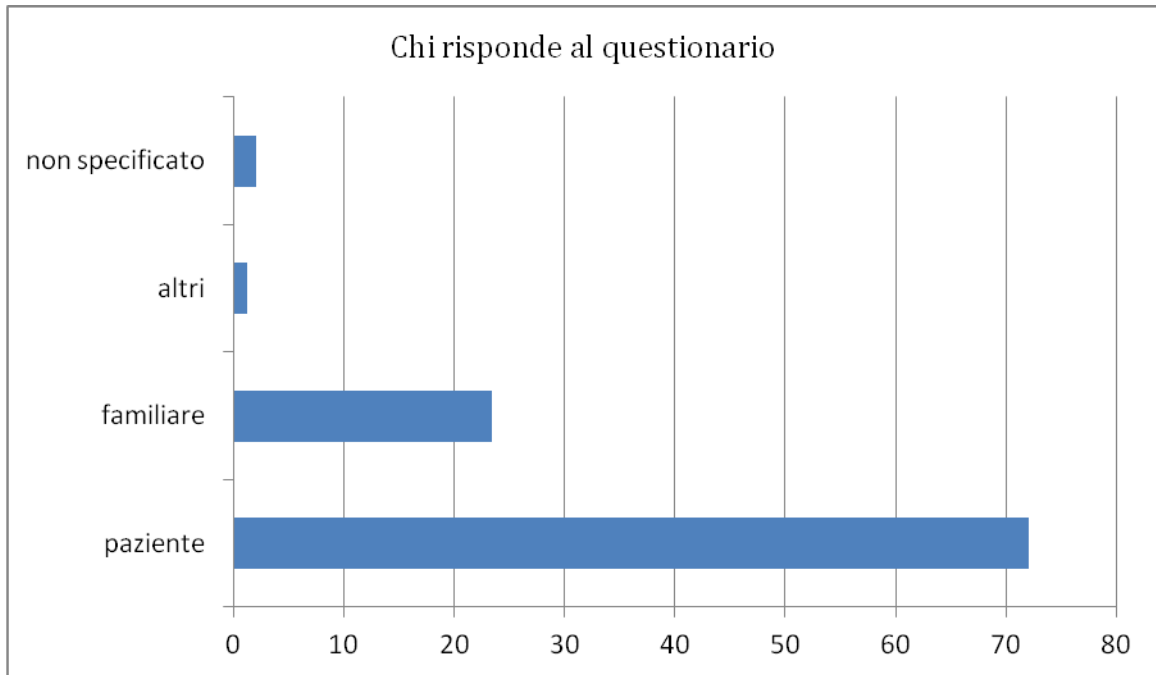






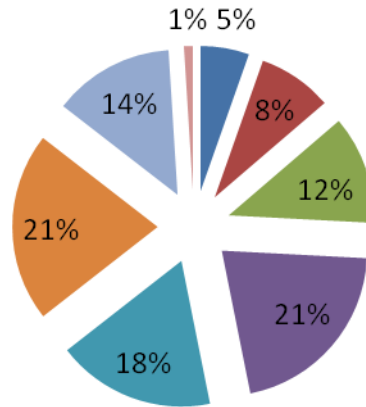


Gli intervistati



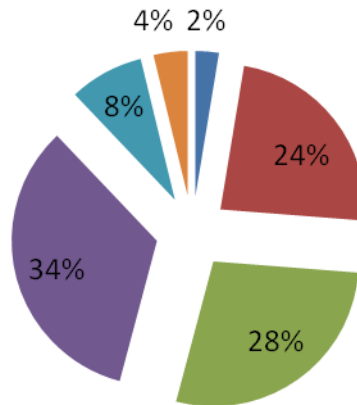
Età

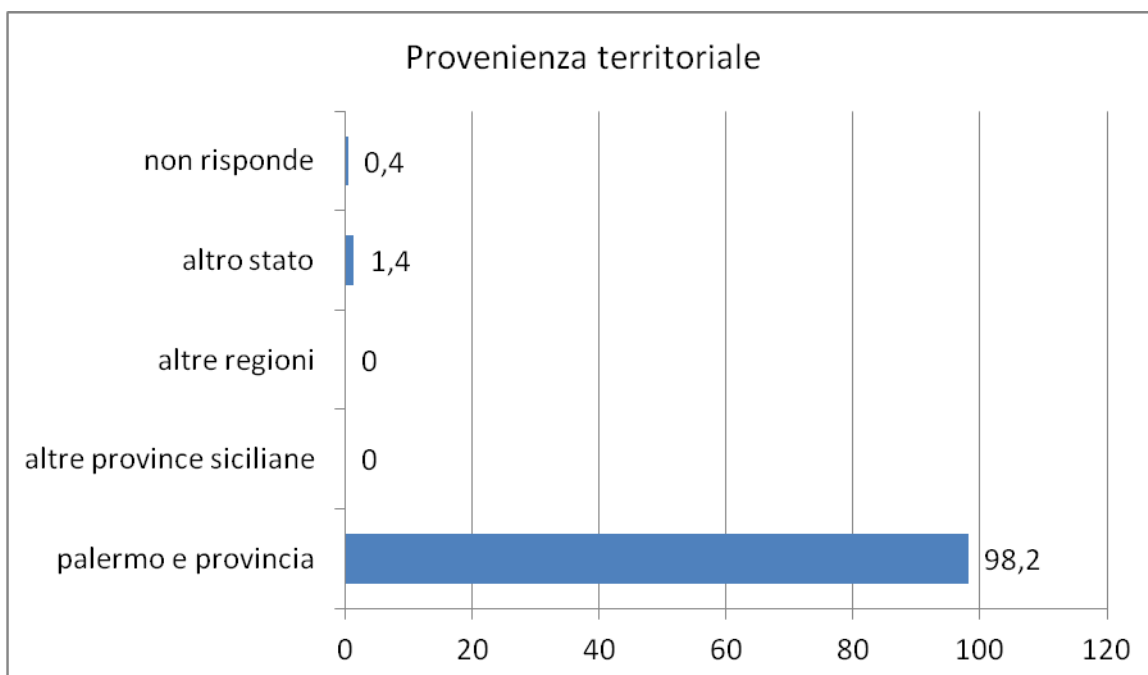
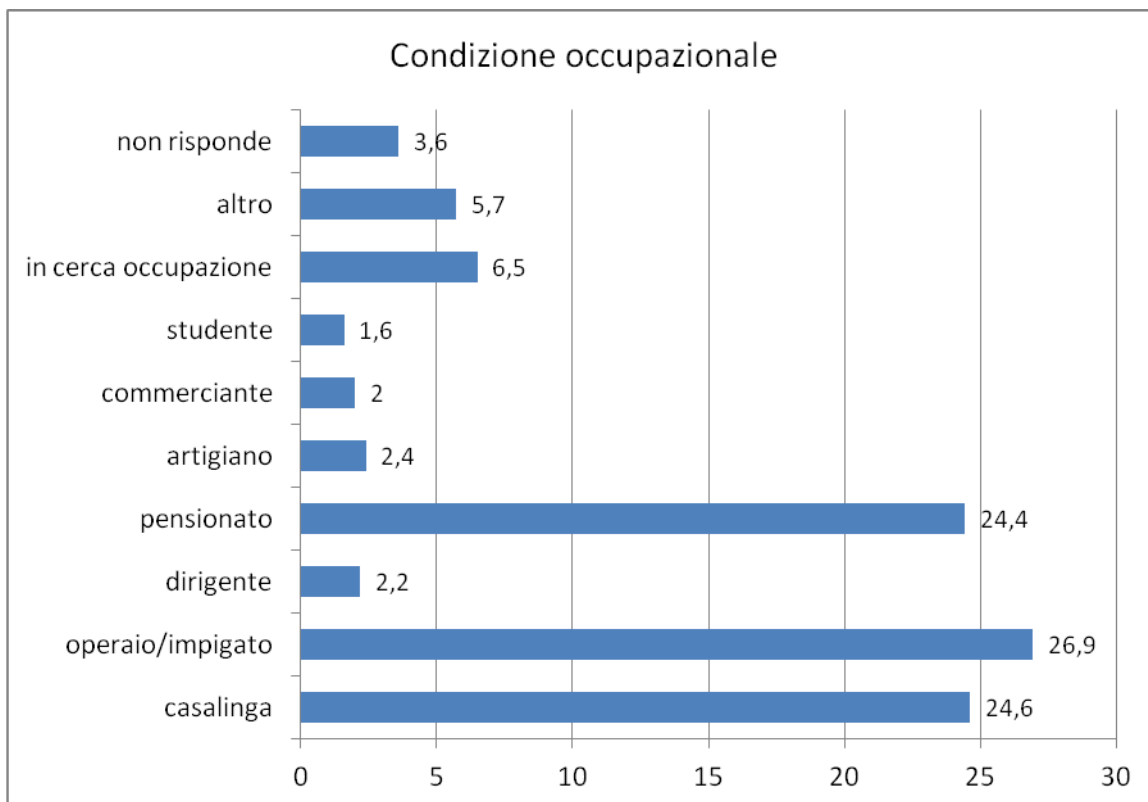
- fino a 20 anni
- da 21 a 30 anni
- da 31 a 40 anni
- da 41 a 50 anni
- da 51 a 60 anni
- da 61 a 70 anni
- 71 anni e oltre
- non risponde



Livello di istruzione

- nessun titolo
- lic. elementare
- scuola media
- diploma
- laurea
- non risponde





Rilevazione Sistema Gestione Reclami

1 gennaio – 30 aprile 2012

La creazione e il governo di un sistema di gestione dei reclami costituisce, insieme alla rilevazione del livello di soddisfazione dei pazienti, l'altro elemento nevralgico per la costruzione di un sistema di ascolto e partecipazione del cittadino, come voluto dalla normativa.

Il sistema di gestione dei reclami rappresenta infatti quel processo attraverso cui il cittadino pone all'attenzione di un'azienda sanitaria uno stato di disagio o di insoddisfazione; bisogna però ricordare che il reclamo costituisce in sé una circostanza particolarmente delicata all'interno della sanità poiché il rapporto utente-istituzione è caratterizzato da una forte asimmetria e subalternità che si crea sia per il forte squilibrio di conoscenze e di potere che esiste tra il cittadino e l'operatore tecnico professionale, sia per il prevalere nell'istituzione di una logica "burocratica" che finisce per mettere in secondo piano i bisogni del cittadino, sia, infine, per la intrinseca fragilità e debolezza della condizione dell'utente nella struttura sanitaria: pensiamo a quelle persone che devono sopportare patologie gravi che mettono a repentaglio la loro esistenza, a quelle soggette a malattie terminali, agli anziani, ecc.

Questa situazione si aggrava all'interno delle cosiddette fasce "deboli" o marginali della popolazione che, in generale, non riescono a canalizzare i propri bisogni all'interno di una relazione costruttiva con gli operatori sanitari ed, in particolare, con i medici.

E' necessario perciò tener conto di questa asimmetria nella progettazione del complesso e delicato meccanismo che è rappresentato dal sistema di gestione dei reclami.

Nella nostra Azienda Ospedaliera la gestione dei reclami è stata interpretata in una prospettiva di sistema, vale a dire come una struttura complessa che tiene conto di diversi elementi e cerca di integrarli fra di loro con una specifica finalità che è quella di garantire i diritti degli utenti sanciti dalla legge, tutelando nello stesso tempo il buon nome dell'Azienda e dei professionisti che in essa operano.

Nel primo quadrimestre dell'anno in corso in totale sono stati presentati agli Sportelli informativi dell'U.O. Qualità-Comunicazione-URP n. 20 reclami, prevalentemente da utenti di soggetto femminile (55%), di età compresa fra 61 e 70 anni nel 25% dei casi e di età compresa fra 31-40 anni (20%) e 41-50 (20%) nel 40% dei casi. I caregiver hanno mediamente un livello di istruzione medio (30% ha un diploma di scuola media superiore) o medio-alto (il 10% è laureato), anche se il 10% ha solo la licenza elementare. Nel 65% dei casi provengono dalla città di Palermo e nel 15% dalla sua provincia. Per ciò che attiene alla condizione occupazionale presenta il reclamo chi ha un po' più di tempo a disposizione: il pensionato (15% dei casi) o la casalinga anch'essa con il 15% dei casi).

Non si registrano notevoli differenze nelle distribuzioni delle variabili appena descritte relative però alle vittime dei disservizi segnalati nei reclami.

Generalmente, inoltre, i reclami vengono presentati attraverso la compilazione diretta del modulo previsto, solo 5 reclami, sui 20 complessivi presentati, sono arrivati all'U.O. attraverso mail o fax.

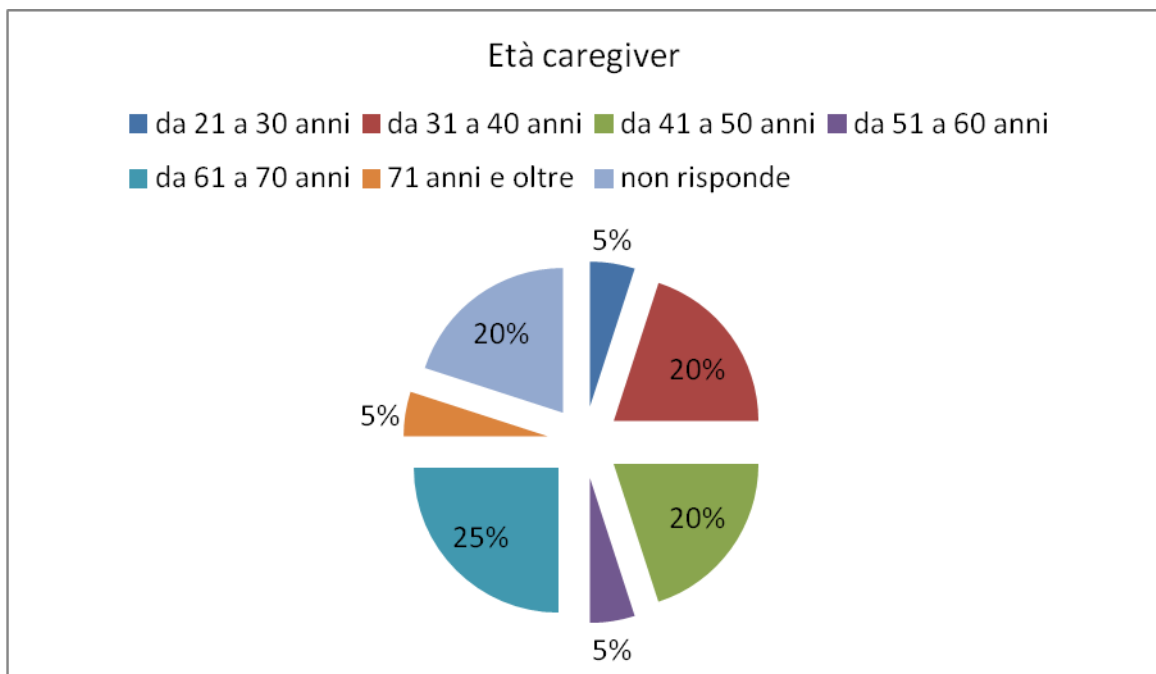
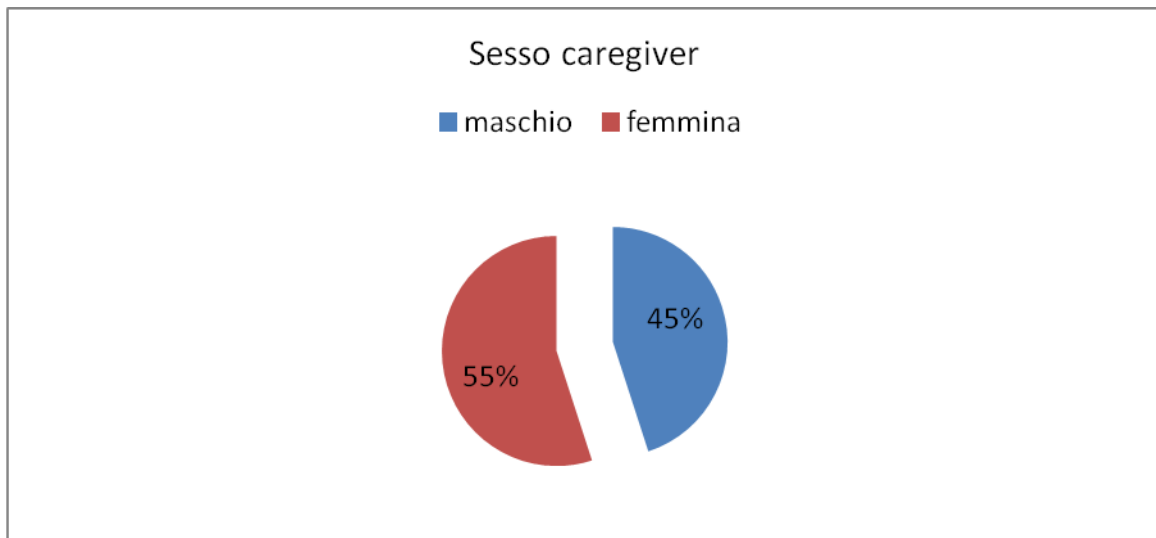
Il dato importante riguarda le motivazioni dei reclami: sul totale di 20 reclami solo 1 (5%) è relativo a presunti errori di intervento medico, il 65%, vale a dire 13 reclami sul totale di 20, riguarda problematiche organizzative quali tempi di attesa per prenotazione visite, ritardi nell'erogazione dei servizi, e così via. Scarsi anche i reclami relativi a problemi relazionali e comunicativi, a conferma della soddisfazione degli utenti registrata in quest'area nei questionari di customer satisfaction sia nella degenza che negli ambulatori. Abbastanza rilevante infine il dato relativo alle carenze delle strutture alberghiere (igiene e pulizia locali, strade dissestate, qualità dei pasti).

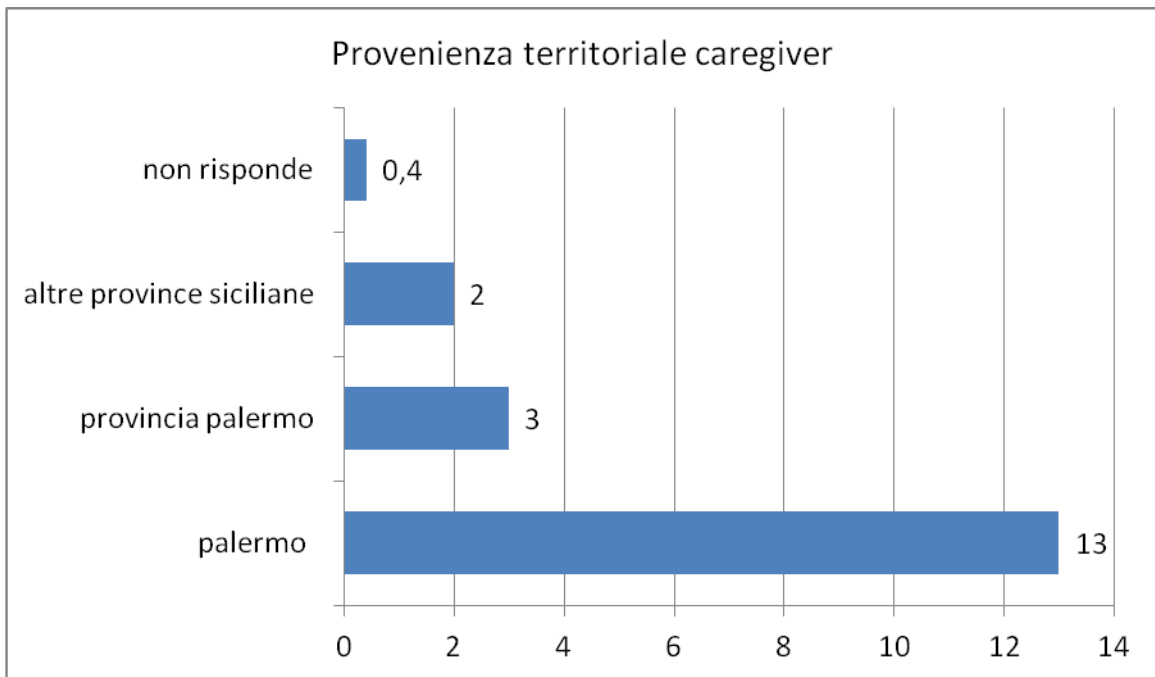
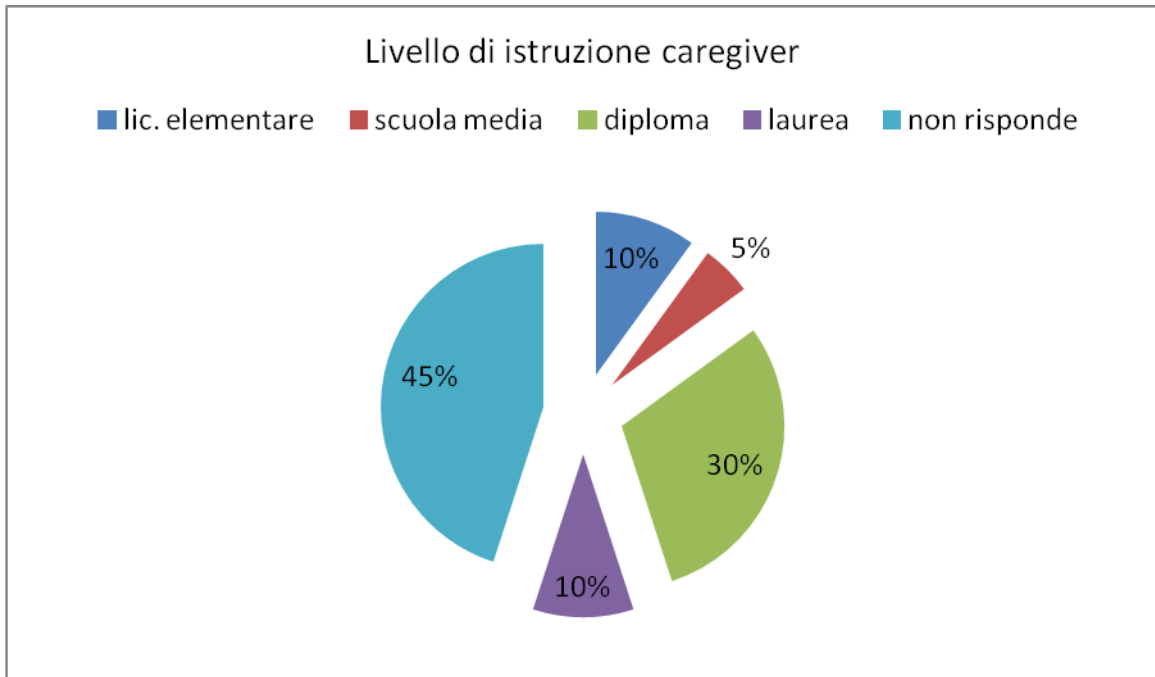
A conferma di ciò, le figure professionali maggiormente coinvolte sono quelle dei medici (35%) e quelle degli amministrativi (30%), il personale infermieristico è invece poco coinvolto (10%) insieme al personale ausiliario (5%).

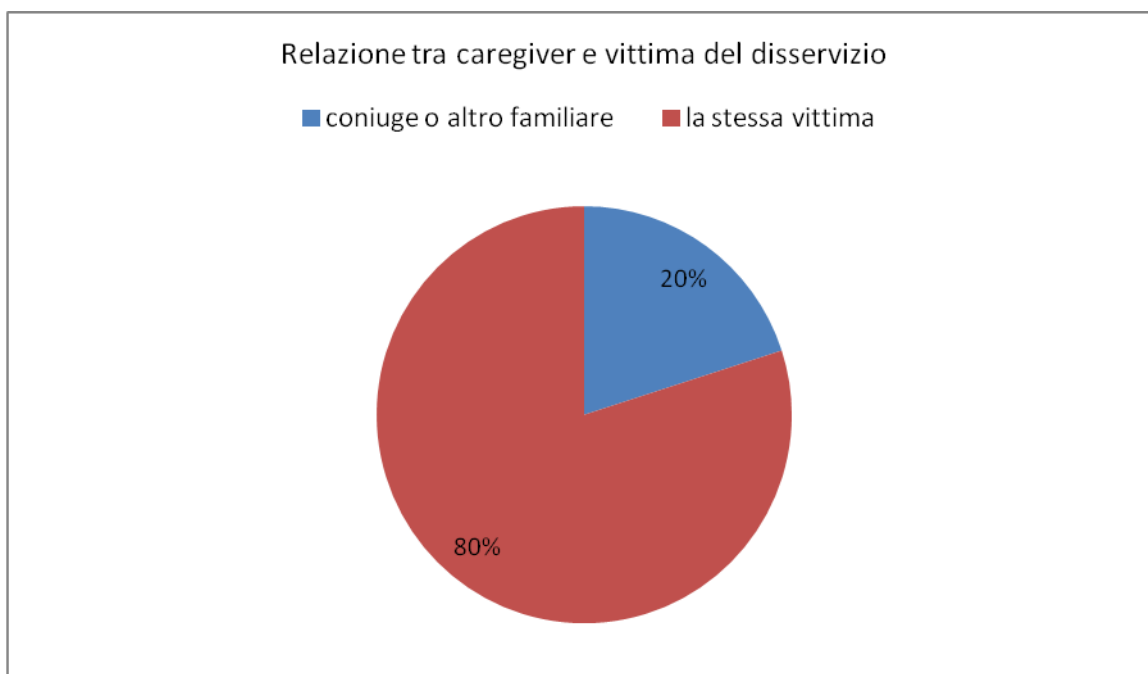
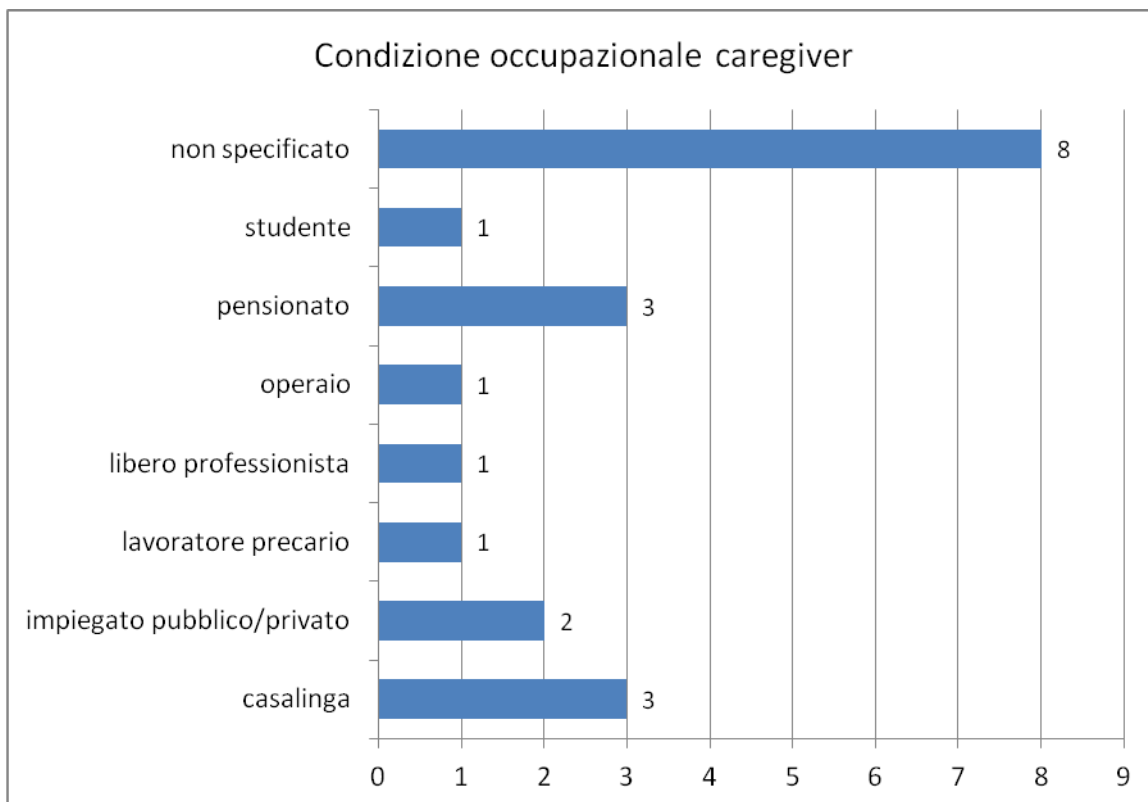
Le UU.OO. coinvolte riguardano esattamente nel 50% dei casi strutture amministrative (cup e ticket) seguiti dall'U.O. Neurologia (10%) e dall'U.O. Otorino (10%).

Infine, in relazione ai Presidi vi è una maggiore prevalenza di reclami al Presidio Villa Sofia che registra il 60% del totale di reclami del periodo.

GRAFICI SISTEMA GESTIONE RECLAMI

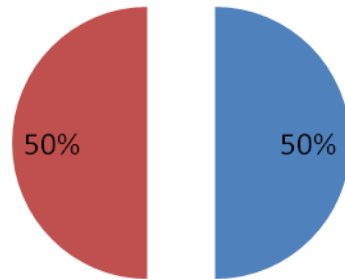






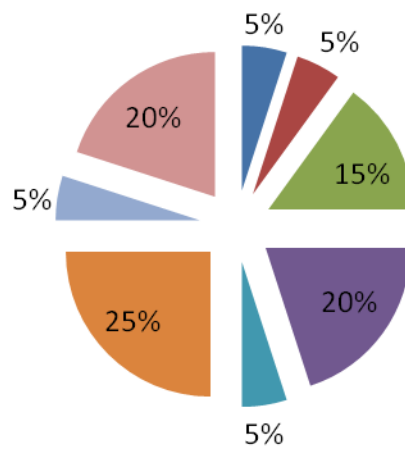
Sesso vittima disservizio

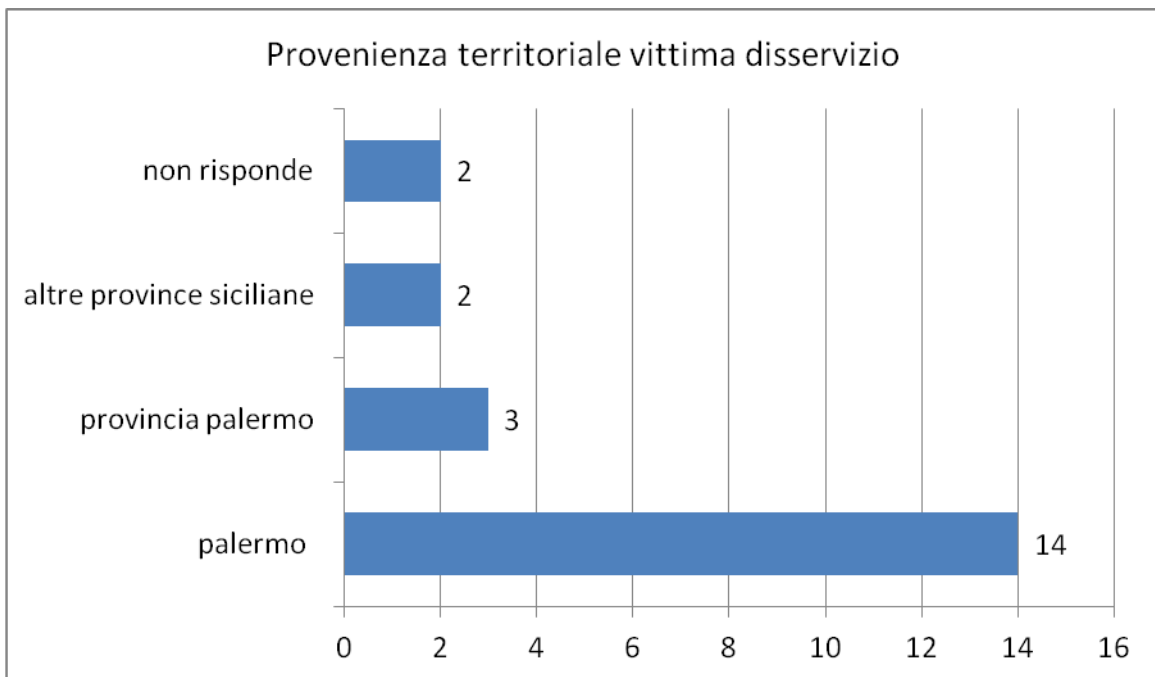
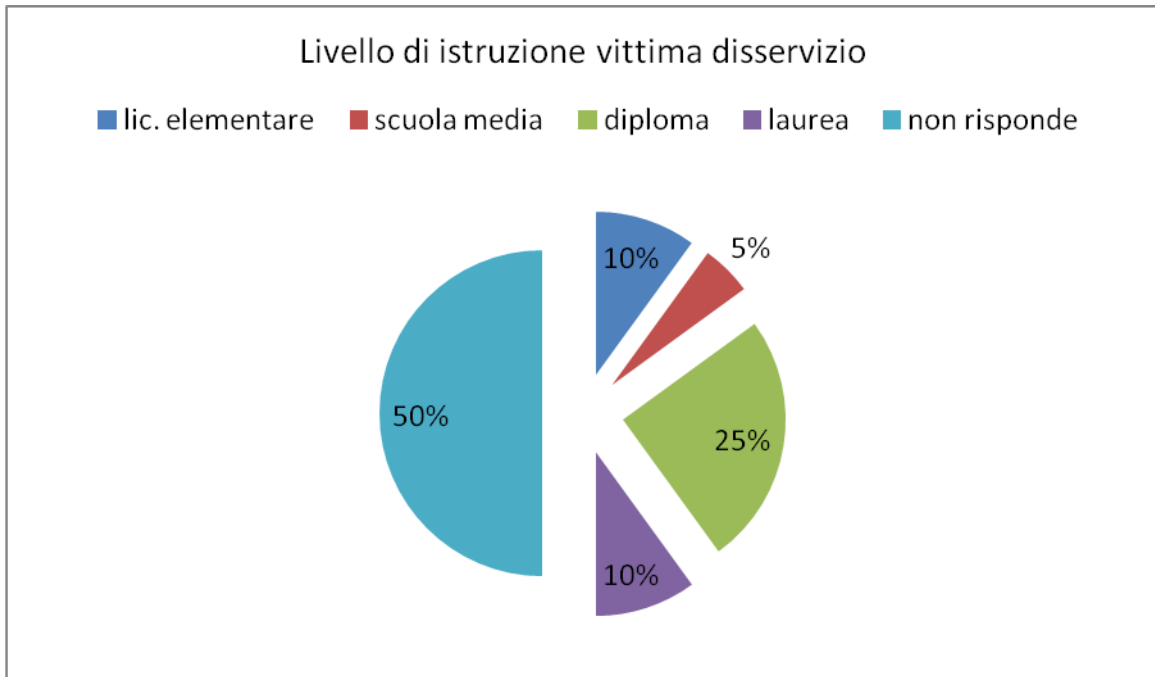
■ maschio ■ femmina

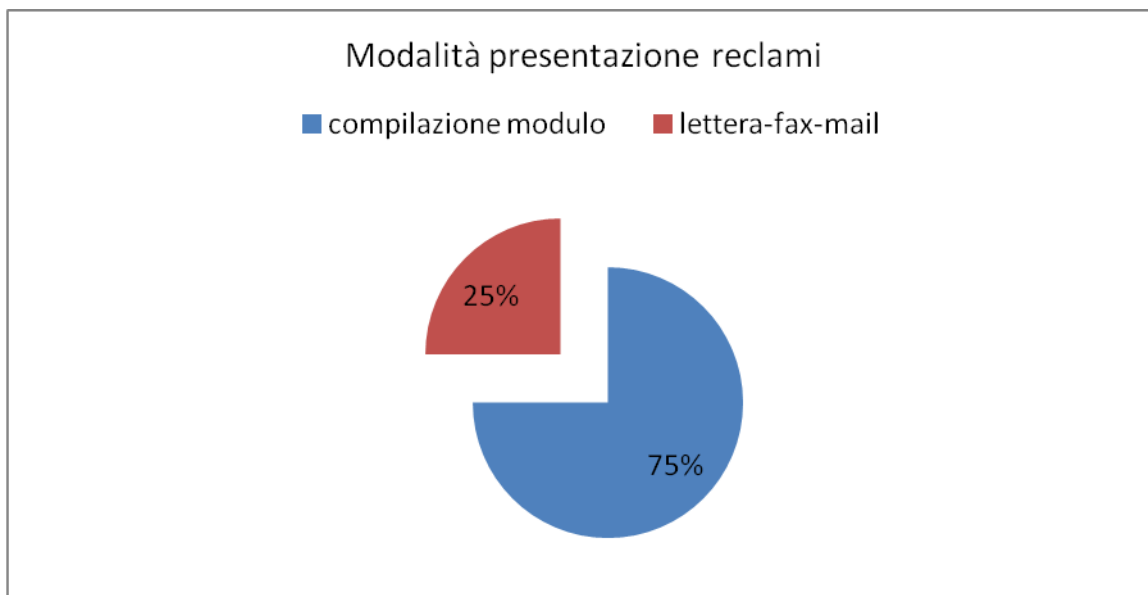
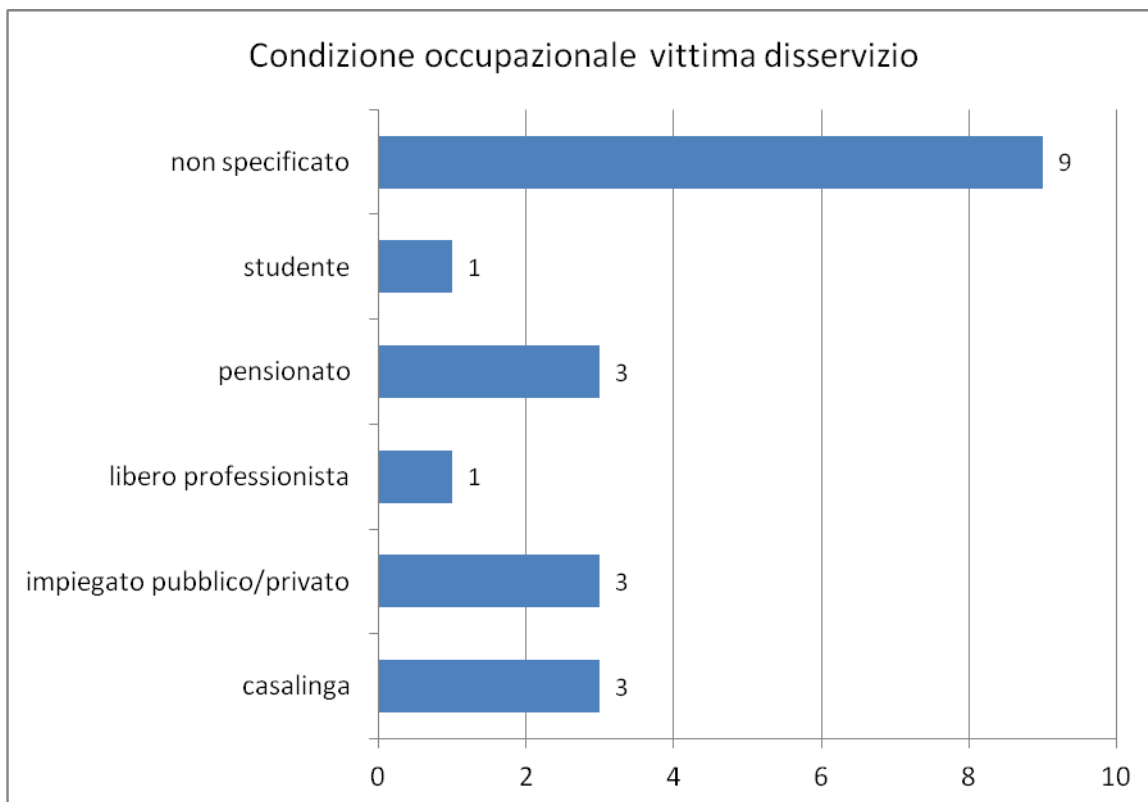


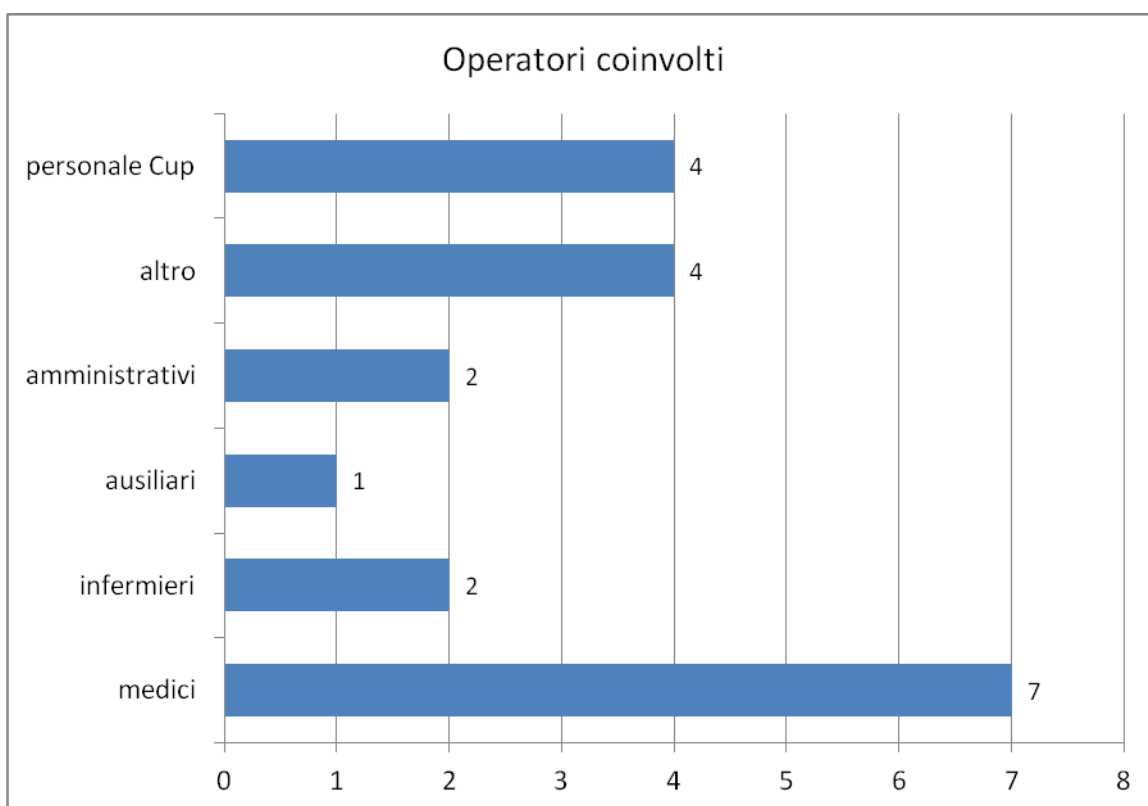
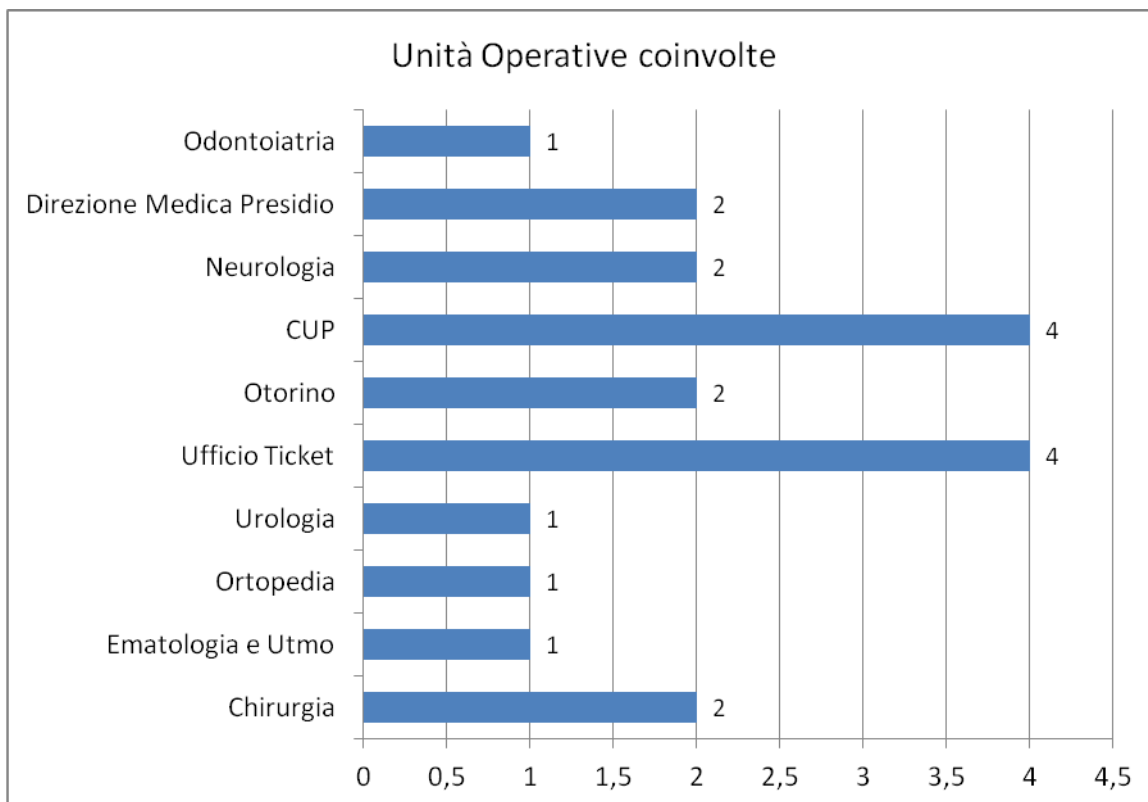
Età della vittima del disservizio

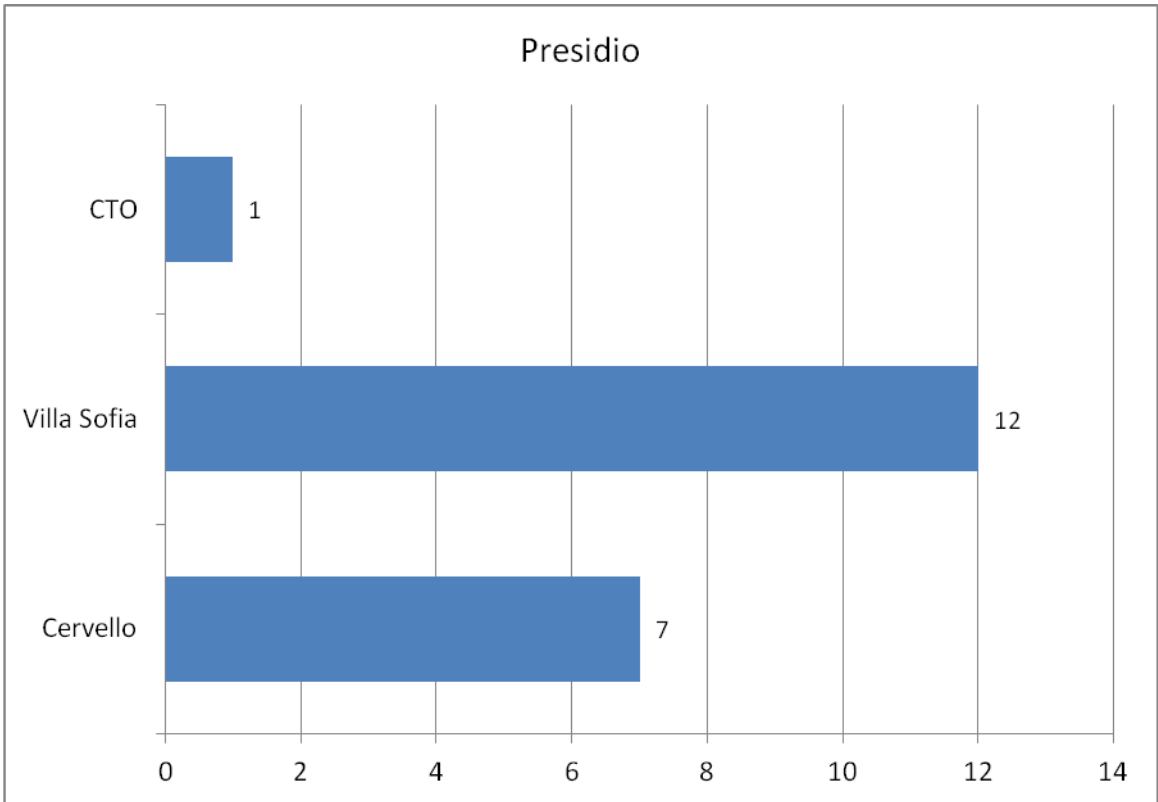
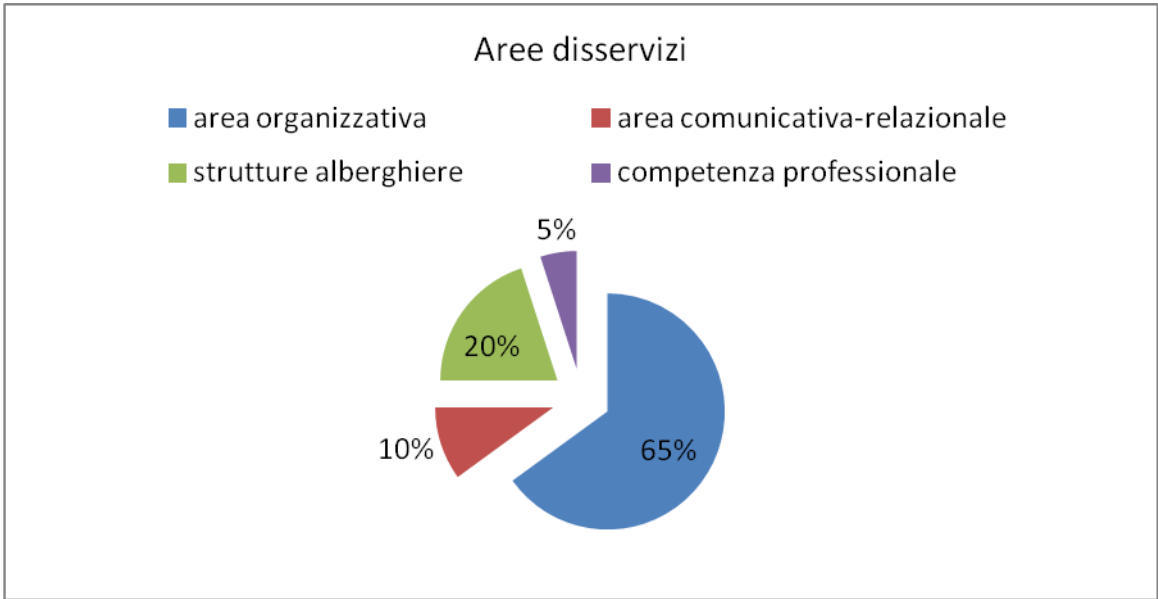
■ fino a 20 anni ■ da 21 a 30 anni ■ da 31 a 40 anni ■ da 41 a 50 anni
■ da 51 a 60 anni ■ da 61 a 70 anni ■ 71 anni e oltre ■ non risponde



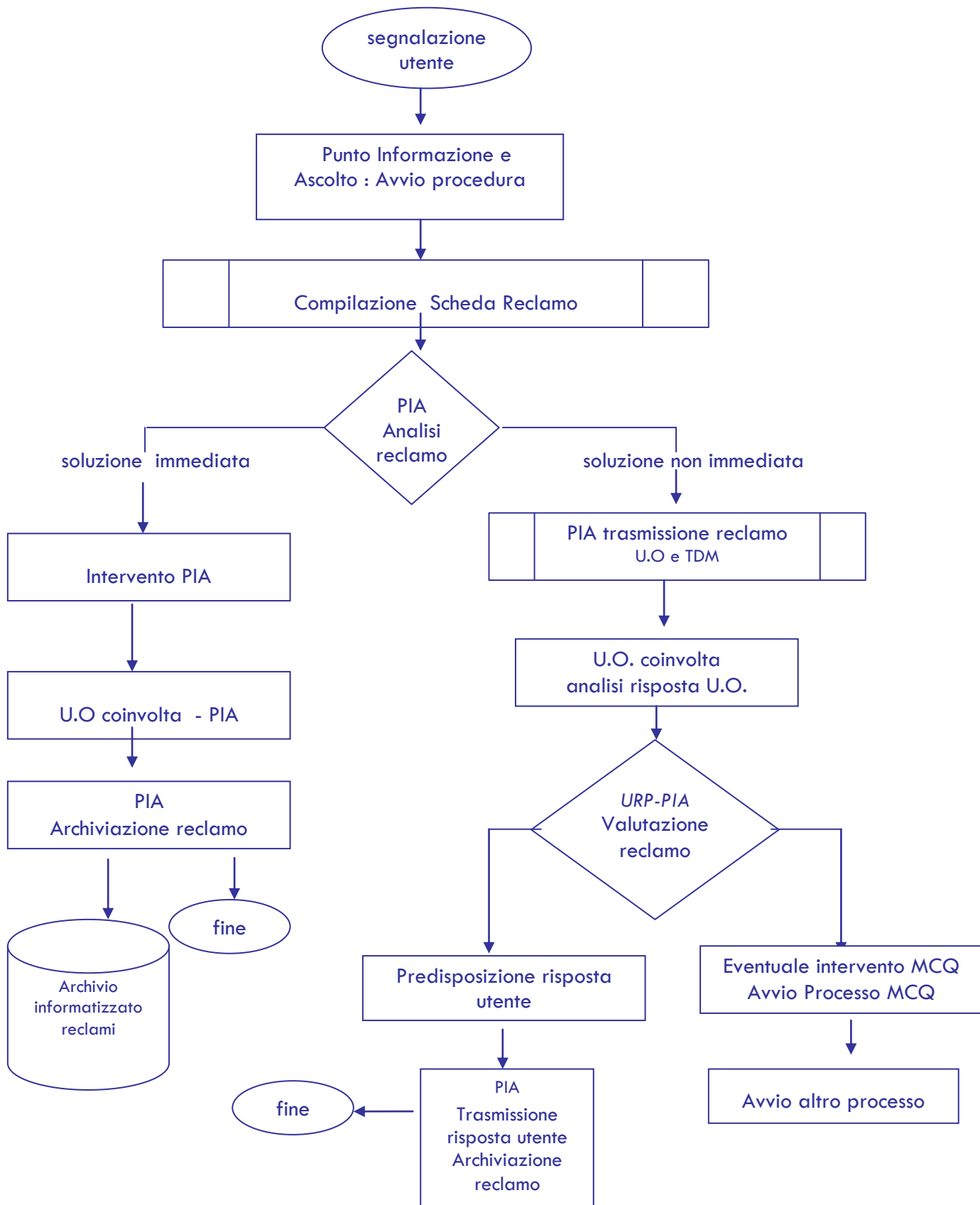








Processo "Gestione Reclami"



L'Audit Civico

L'Audit Civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

Il programma Audit è stato avviato nella nostra Azienda nel periodo Aprile-Settembre 2011, dopo la formazione dei Referenti Aziendali e dei Referenti Civici per l'Audit Civico condotta da Laboratorio Cittadinanza Attiva sul programma dell'Audit regionale.

In ciascuna Azienda sanitaria è stato successivamente costituito un Gruppo di lavoro misto che ha avuto il compito di realizzare concretamente la raccolta dei dati da effettuare con due distinti strumenti:

1. La griglia di osservazione volta all'osservazione partecipante degli indicatori selezionati;
2. Il questionario vero e proprio rivolto sia al top management che al middle management per l'analisi delle politiche sanitarie e dell'attenzione al ruolo del cittadino.

Nella nostra Azienda ospedaliera il gruppo misto è stato individuato all'interno della Rete Aziendale per la Qualità e il Rischio Clinico che, proprio nel periodo Aprile-Giugno 2011, aveva seguito il percorso formativo organizzato dall'UO Qualità-Comunicazione-URP e dalla Funzionale Aziendale per il Rischio Clinico. I partecipanti al programma di lavoro sono stati individuati su base esclusivamente volontaria, cercando di garantire un'adeguata presenza delle varie figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc..). A loro si sono aggiunti i cittadini volontari che hanno aderito alla campagna promozionale realizzata da Cittadinanzattiva nei mesi immediatamente precedenti.

Il gruppo misto ha definito, in una serie di incontri e di lavori di gruppo, il Piano Attuativo Locale relativo all'individuazione delle UU.OO. da sottoporre ad audit civico e ha deciso di effettuare la rilevazione su tutte le UU.OO. di degenza e sui servizi ambulatoriali, escludendo le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione per la particolare delicatezza degli utenti in esse ricoverati.

La raccolta dei dati è stata condotta nel periodo Giugno-Settembre e i questionari e griglie di osservazione sono stati trasmessi alla sede centrale regionale di CittadinanzAttiva per la successiva elaborazione.

Dall'analisi dei risultati emerge un quadro abbastanza soddisfacente, pur con qualche punto di particolare criticità e debolezza sui quali la direzione aziendale cercherà di intervenire, non solo con i Piani di miglioramento qui di seguito presentati, ma garantendo un'attenzione privilegiata al punto di vista dei cittadini e degli utenti.

Nello specifico le aree di criticità si rilevano relativamente al **“Fattore 1 – Accesso alle prestazioni sanitarie”**, ma la criticità è relativa ad un indicatore che va solo migliorato e implementato, in particolare per ciò che attiene ai **“Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo di organi”**. Ad oggi, infatti, presso le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione viene realizzato un programma di sostegno e di aiuto ai familiari dei pazienti ricoverati da parte di due figure professionali di psicologhe che supportano le famiglie e si incaricano, nell'eventualità di un parere positivo al prelievo di organi, di accompagnarle e sostenerle durante tutto l'iter procedurale.

In relazione all'indicatore segnalato nel programma di Audit Civico si tratta di implementare tale attività più che altro dal punto di vista di informazione ed educazione alla salute dell'utenza in generale. Si prevede perciò di realizzare il Piano di Miglioramento **“Campagna Informativa Donazione Organi e Tessuti”** (Cod. AC1)

In relazione al **“Fattore 2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”** l'Azienda Ospedaliera si colloca ad un livello buono con un punteggio di 79 sul valore medio del fattore che è di 83. In relazione ai due punti di maggiore criticità, vale a dire quello relativo al coinvolgimento delle

Associazioni di Volontariato per la definizione degli standard e fattori di qualità della carta dei servizi e quello relativo alla procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale, si ritiene necessario avviare due specifici Piani di Miglioramento, uno definito “Impegni e standard di qualità condivisi per la Carta dei Servizi” (AC2) e uno relativo alla elaborazione e stesura della procedura prima ricordata (AC3).

Il punteggio relativo al **“Fattore 3 – Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”**, pari al valore 55, presenta una variabilità minima con il valore medio delle aziende siciliane che si attesta sul livello 57 e non presenta aree di particolare criticità; il punteggio relativo **“Fattore 4 – Informazione e Comunicazione”**, invece, con il valore di 63, presenta un valore superiore al valore medio regionale di 58.

Un fattore dove si presentano particolari criticità è invece il **“Fattore 5 – Comfort”** il cui valore medio regionale si attesta sul valore 50 mentre la nostra Azienda Ospedaliera si colloca al valore 33 presentando più che altro aree di criticità determinate dalla vetustà degli ambienti, per altro in alcuni casi sottoposti a particolari vincoli di tipo ambientale e storico-artistico.

In particolare, gli indicatori rilevanti le aree di criticità sono i seguenti:

1. Mancanza di un Punto Vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona.
2. Mancanza di parcheggi taxi in prossimità dei presidi ospedalieri;
3. Mancanza di posti a sedere nell'atrio degli ospedali;

In relazione alla mancanza del Punto Vendita si evidenzia che l'Azienda sta programmando un'apposita gara per l'area ristorazione e in essa verrà inserita anche l'attivazione di un punto vendita. Inoltre, nel caso del secondo indicatore, pur non essendoci parcheggi di taxi nei pressi dei presidi ospedalieri è possibile per i pazienti recarsi ai Punti Informazione dove gli operatori addetti provvedono a chiamare il taxi per il paziente, lo accolgono nell'attesa del taxi stesso e lo accompagnano in auto facendola fermare proprio all'accesso del presidio ospedaliero.

In relazione all'indicatore relativo ai posti a sedere nell'atrio dell'Ospedale questi sono presenti solo in alcuni ingressi dei due Presidi Ospedalieri poiché tutti gli altri spazi di ingresso non consentono la possibilità di inserire posti a sedere proprio per la struttura stessa degli ingressi.

Relativamente al **“Fattore 6 – Sicurezza dei pazienti”** e al **“Fattore 7 – Sicurezza delle strutture e degli impianti”** l'Azienda si colloca a livello più che buoni raggiungendo punteggi quasi ottimali nel primo caso e buoni nel secondo.

Anche rispetto al **“Fattore 8 – Malattie croniche e oncologia”** l'Azienda raggiunge un buon punteggio sulla scala regionale mentre raggiunge un punteggio lievemente inferiore allo standard regionale relativamente al **“Fattore 9 – Gestione del dolore”** con un punteggio 50 sul valore medio regionale di 65. In Azienda è infatti presente una specifica UOC di Terapia del Dolore, tuttavia la cultura della prevenzione del dolore necessita di interventi di sostegno e promozione al fine di determinare un cambiamento di atteggiamento negli operatori prima ancora che nei pazienti. Ad oggi in Azienda:

1. è stato costituito il Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore,
2. è stato avviato un gruppo di miglioramento della qualità finalizzato alla definizione di una scheda di monitoraggio dolore in regime ordinario e ambulatoriale rivolto sia agli adulti che all'area pediatrica;
3. è in corso di definizione un'apposita procedura per il monitoraggio del dolore;
4. è in corso di definizione il depliant per la campagna di informazione/sensibilizzazione sul controllo del dolore rivolto a pazienti ricoverati e ai loro familiari.

In ogni caso si ritiene necessario avviare specifici Piani di Miglioramento sul monitoraggio del dolore e sulla sensibilizzazione di operatori, utenti e cittadini sul tale tema (AC4/1 e AC4/2).

L'area relativa al **“Fattore 10 – Prevenzione”** presenta il punteggio più basso raggiunto dalla nostra Azienda con il valore 6 sul valore medio regionale del fattore che si attesta su 46. L'area più critica riguarda l'informazione e la sensibilizzazione del divieto di fumo negli ambienti ospedalieri non solo fra gli utenti, ma anche fra gli operatori; si ritiene perciò prioritario intervenire con il Piano di Miglioramento “Ospedale senza fumo: campagna informativa sul divieto di fumo in ospedale” (AC5). A questo si ritiene opportuno, al fine di potenziare attività già svolte, realizzare anche il Piano di Miglioramento per la “Promozione dell'allattamento al seno”(AC6) .

Il **“Fattore 11 – Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti”** presenta un punteggio elevato poiché si attesta sul valore 75 contro il valore 61 che rappresenta la media regionale; al contrario, il **“Fattore 12 – Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda”** presenta alcune criticità che possono trovare una prima risposta nel Piano di Miglioramento “Redazione Bilancio Sociale Aziendale” (AC7).

Nelle pagine che seguono si presentano tutti i Piani di Miglioramento individuati per le diverse aree prima descritte.

I Piani di Miglioramento Area Umanizzazione

QUALITA' PROGETTATA

Check list per l'autovalutazione

(D.A. 3185 DEL 28/12/2010)

Standard ACC.1.1

L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero ambulatoriale

La Check List

Esiste una procedura scritta per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero?

Esiste una evidenza che il personale conosca le procedure?

Piano di Miglioramento ACC 1.1:

Predisposizione di una procedura sull'accoglienza e monitoraggio della sua applicazione

Obiettivi:

- Migliorare la fase dell'accoglienza quale primo e importante momento per la costruzione dell'immagine aziendale e della percezione di qualità dell'UO di degenza
- Definire azioni e responsabilità delle diverse figure professionali deputate all'accoglienza (infermiere, medico, operatore socio-sanitario), ciascuna per le sue specificità

Azioni e Metodologie:

- Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro
- Analisi del processo dell'accoglienza
- Definizione del diagramma di flusso e della matrice delle responsabilità
- Elaborazione della procedura
- Condivisione della procedura (metodo Delphi)
- Sperimentazione della procedura e valutazione
- Informazione, messa a regime e monitoraggio dell'applicazione

Tempi di realizzazione: Anno 2012 - 1^a semestre 2013

Indicatori di monitoraggio

- N° di U.O. in cui è stata implementata la procedure per l'accoglienza/Totale UU.OO. degenza
- N° di U.O. in cui l'accoglienza è garantita dall'infermiere/Totale UU.OO. degenza
- Tempo medio di attesa per la sistemazione in reparto
- N° di U.O. in cui l'infermiere può essere identificato attraverso il cartellino di riconoscimento /Totale UU.OO. degenza
- N° di U.O. che hanno predisposto un apposito spazio per l'accoglienza/Totale UU.OO. degenza
- Soddisfazione del paziente per gentilezza e cortesia dell'infermiere che accoglie

Metodologie per la verifica dei risultati

- Scheda di verifica da parte del Caposala da compilare trimestralmente
- Visite on site nelle UU.OO.
- Risultati di customer satisfaction per la valutazione dell'impatto sui pazienti

Standard ACC.1.3

L'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo che possono ostacolare l'accesso e l'erogazione dei servizi

La Check List

Esistono procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani e disabili?

Piano di Miglioramento ACC 1.3.a:

Conoscere per l'integrazione e la tutela: percorsi di informazione e comunicazione rivolti ai pazienti fragili (anziani e disabili)

Obiettivi Tutelare i pazienti fragili (anziani e disabili) attraverso un adeguata campagna informativa sui loro diritti

Responsabili: Dott.ssa C. Lo Presti, UO, responsabile U.O. Qualità-Comunicazione-URP
Dott.ssa M.G. Distefano, responsabile Servizio Sociale Aziendale

Azioni Predisporre depliant informativo relativo alla Convenzione ONU sul diritto alle persone con disabilità
Realizzazione di un percorso informativo agli operatori aziendali sul tema

Tempi Anno 2013

Indicatori Predisposizione depliant informativo Si /No
N. Operatori coinvolti/Tot Operatori aziendali

Standard ACC.1.3

L'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro tipo che possono ostacolare l'accesso e l'erogazione dei servizi

La Check List

Esistono procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti provenienti da etnie diverse, ciascuna con la propria lingua e cultura di origine?

Piano di Miglioramento ACC 1.3.b:

L'ospedale migrant friendly

Obiettivi

- ❖ Contribuire all'organizzazione di un Ospedale migrant-friendly in grado di ridurre le barriere linguistiche e culturali per pazienti di etnie diverse
- ❖ Attivare un adeguato servizio di mediazione linguistica e culturale (MLC) rivolto
 - agli utenti stranieri per:
informare, facilitare l'accesso ai servizi, rimuovere gli ostacoli che si frappongono all'uso dei servizi ospedalieri; accogliere e assicurare, esplicitare e chiarire le domande e i loro bisogni; tradurre per loro informazioni, documenti, prescrizioni, indicazioni di esami e modalità di cura; accompagnare verso altri servizi nel presidio; fare del servizio un luogo riconoscibile e riconosciuto; rendere esplicite le regole di funzionamento del servizio;
 - agli operatori per:
raccogliere le prime informazioni sull'utente; facilitare la comunicazione, attraverso la traduzione delle informazioni e delle richieste; trasmettere informazioni relative a contesti e pratiche culturali differenti; rendere efficaci e mirate le risposte; evitare e prevenire fraintendimenti e malintesi, "snellire" le pratiche ed il passaggio delle informazioni; introdurre elementi di cambiamento organizzativo

Responsabili: Dott.ssa C. Lo Presti, UO, responsabile Qualità-Comunicazione-URP
Dott.ssa M.G. Distefano, responsabile Servizio Sociale Aziendale

Azioni Attivare un servizio sperimentale di Mediazione Linguistica e Culturale (MLC) in cui la figura del mediatore non rappresenti solo un interprete, ma piuttosto un facilitatore della comunicazione e dell'integrazione fra culture diverse, soprattutto in relazione a:

- ✚ la concezione del corpo nelle diverse culture
- ✚ la concezione della figura del medico
- ✚ il concetto di malattia e di salute
- ✚ la manifestazione e l'espressione del sintomo da parte del paziente
- ✚ la tipologia delle cure tradizionali popolari e moderne.

Le attività del mediatore all'interno dell'Azienda Ospedaliera verranno quindi svolte sia direttamente, al momento dell'erogazione della prestazione, sia nelle attività di programmazione e di progettazione dei servizi di sostegno e tutela degli immigrati, di campagne informative e di prevenzione ed educazione alla salute.

Tempi Anno 2013

Indicatori Attivazione Servizio Si/No
N. mediatori presenti
Campagna di sensibilizzazione rivolta agli operatori aziendali sulla MLC
N. interventi di MLC

Standard ACC.1.1

L'organizzazione dispone di un processo di accettazione e presa in carico dei pazienti in regime di ricovero e dei pazienti ambulatoriali.

La Check List

È a disposizione e/o viene consegnato il foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti, ecc...?

Piano di Miglioramento ACC 1.1:

Conoscere per partecipare: campagna informativa su servizi e procedure dell'attività ambulatoriale aziendale

Obiettivi:

- + Migliorare la fase dell'accoglienza quale primo e importante momento per la costruzione dell'immagine aziendale e della percezione di qualità dell'attività ambulatoriale
- + Fornire gli strumenti informativi per una reale condivisione del percorso terapeutico e di cura del paziente ambulatoriale

Azioni e Metodologie:

- Predisposizione di un apposito kit costituito da:
 - depliant informativo sull'organizzazione dei servizi ambulatoriali
 - depliant informativo sui diritti e doveri del malato
 - depliant informativo sulla customer satisfaction
 - questionario di customer satisfaction da compilare in uscita

Tempi di realizzazione: 2^a semestre 2012 – 1^a semestre 2013

Indicatori di monitoraggio

- N° di ambulatori specialistici in cui è consegnato il kit accoglienza/Totale ambulatori
- Soddisfazione del paziente

Standard ACC.1.2

All'atto del ricovero, il paziente e i suoi familiari ricevono le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente.

La Check List

Esiste una procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato?

Esiste una evidenza che il personale conosce la procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato ?

Piano di Miglioramento ACC 1.2:

I diritti del paziente e dei familiari: la gestione del consenso informato

Obiettivi: Definire una modalità omogenea per la predisposizione, la somministrazione e la gestione complessiva del consenso informato
Predisporre specifica procedura per l'elaborazione e la gestione dei consensi informati

Azioni: Costituzione gruppi di lavoro per aree dipartimentali
Creazione dell'elenco dei consensi informati per dipartimento
Condivisione del modello e della procedura
Formazione e sensibilizzazione sui temi del consenso informato per la condivisione della procedura

Tempi Anno 2013

Indicatori

- Procedura definita Si/No
- Numero UU.OO. coinvolte/Tot UU.OO.
- Numero consensi informati redatti/ Totale consensi informati aziendali (Elenco)

PIANI DI MIGLIORAMENTO

Qualità Percepita

(D.A. 3185 DEL 28/12/2010)

Piano di Miglioramento 1: Predisposizione di una procedura sull'accoglienza (Già presentata per l'area precedente)

Analisi contesto:

I dati registrati mostrano che il 90% degli intervistati giudica buono o sufficiente l'area dell'accoglienza in ospedale e nel reparto di degenza; tuttavia si ritiene di poter migliorare la fase dell'accoglienza attraverso la predisposizione di un'apposita procedura

Obiettivi:

- Migliorare la fase dell'accoglienza quale primo e importante momento per la costruzione dell'immagine aziendale e della percezione di qualità dell'UO di degenza
- Definire azioni e responsabilità delle diverse figure professionali deputate all'accoglienza (infermiere, medico, operatore socio-sanitario), ciascuna per le sue specificità

Azioni e Metodologie:

- Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro
- Analisi del processo dell'accoglienza
- Definizione del diagramma di flusso e della matrice delle responsabilità
- Elaborazione della procedura
- Condivisione della procedura (metodo Delphi)
- Sperimentazione della procedura e valutazione
- Informazione e messa a regime

Tempi di realizzazione: Anno 2012

Indicatori di monitoraggio

- N° di U.O. in cui è stata implementata la procedure per l'accoglienza/Totale UU.OO. degenza
- N° di U.O. in cui l'accoglienza è garantita dall'infermiere/Totale UU.OO. degenza
- Tempo medio di attesa per la sistemazione in reparto
- N° di U.O. in cui l'infermiere può essere identificato attraverso il cartellino di riconoscimento /Totale UU.OO. degenza
- N° di U.O. che hanno predisposto un apposito spazio per l'accoglienza/Totale UU.OO. degenza
- Soddisfazione del paziente per gentilezza e cortesia dell'infermiere che accoglie

Metodologie per la verifica dei risultati

- Scheda di verifica da parte del Caposala da compilare trimestralmente
- Visite on site nelle UU.OO.
- Risultati di customer satisfaction per la valutazione dell'impatto sui pazienti

Piano di Miglioramento 2: Predisposizione di un kit di accoglienza

Analisi contesto:

I dati registrati mostrano che il 90% degli intervistati giudica buono o sufficiente l'area dell'accoglienza in ospedale e nel reparto di degenza; tuttavia si ritiene di poter migliorare la fase dell'accoglienza attraverso la predisposizione di un apposito kit dell'accoglienza da consegnare ai pazienti ricoverati

Obiettivi:

- Migliorare la fase dell'accoglienza quale primo e importante momento per la costruzione dell'immagine aziendale e della percezione di qualità dell'UO di degenza

Azioni e Metodologie:

- Predisposizione del kit costituito da:
 - depliant informativo sui servizi ospedalieri
 - depliant informativo sull'organizzazione dell'UO di degenza
 - depliant informativo sui diritti e doveri del malato
 - depliant informativo sulla customer satisfaction
 - questionario di customer satisfaction da compilare in uscita
 - alcuni oggetti utili al paziente ricoverato (pantofole doccia, fazzoletti di carta, spazzolino e dentifricio, ecc..)
- Sperimentazione della procedura e valutazione
- Informazione e messa a regime

Tempi di realizzazione: Anno 2012

Indicatori di monitoraggio

- N° di U.O. in cui è consegnato il kit accoglienza/Totale UU.OO. degenza
- Soddisfazione del paziente

Metodologie per la verifica dei risultati

- Scheda di verifica da parte del Caposala da compilare trimestralmente
- Visite on site nelle UU.OO.
- Risultati di customer satisfaction per la valutazione dell'impatto sui pazienti

Piano di Miglioramento 3: Campagna informativa su indagine di customer satisfaction

Analisi contesto:

Tra gli utenti ospedalieri sussiste ancora oggi, nonostante la diffusione delle indagini sul gradimento dei servizi offerti, una certa diffidenza o disattenzione nei confronti di tale strumento. Si ritiene perciò necessario implementare ulteriormente la campagna informativa sulle ricerche di customer satisfaction aziendale.

Obiettivo:

- Sensibilizzare l'utenza ospedaliera sull'opportunità di partecipare alle rilevazioni di customer satisfaction quale strumento di partecipazione sociale del cittadino alle scelte di politica sanitaria ospedaliera

Azioni e Metodologie:

- Predisposizione di nuovi depliant informativi sulla customer satisfaction
- Predisposizione di nuove locandine sul tema
- Formazione al personale aziendale sui temi della customer satisfaction e della partecipazione

Tempi di realizzazione: Anno 2012

Indicatori di monitoraggio

- N° di U.O. in cui sono affisse le specifiche locandine/Totale UU.OO. degenza
- N° di U.O. in cui sono distribuiti i depliant informativi sulla C.S./Totale UU.OO. degenza
- N. operatori che hanno partecipato al corso sulla customer/Totale operatori

Metodologie per la verifica dei risultati

- Visite on site nelle UU.OO.

PIANI DI MIGLIORAMENTO AUDIT CIVICO

AC1 - Piano di Miglioramento “Campagna Informativa Donazione Organi e Tessuti”

- Obiettivi:** Obiettivi prioritari da raggiungere con la campagna informativa sono:
1. informare utenza e cittadini sulla possibilità della donazione;
 2. rassicurare, cioè offrire elementi confortanti rispetto all'affidabilità, alla trasparenza e all'efficienza del sistema della donazione
 3. promuovere una “*call to action*”, vale a dire una *chiamata all'azione* che spinga la gente a dichiarare la propria volontà e a farla dichiarare a chi ha vicino.
- Target:** Utenti ospedalieri e cittadini in generale
- Metodologia:** La campagna verrà realizzata coinvolgendo le Associazioni interessate (ARIS, AIDO, ecc) e utilizzerà strumenti comunicativi diversificati (locandine, spot radiofonici e/o televisivi, depliant informativi, incontri con gli studenti, ...)
- Tempi:** Anno 2013
- Indicatori di monitoraggio:** Numero dichiarazioni espresse a sei/dodici mesi dalla realizzazione della campagna

AC2- Piano di Miglioramento “Impegni e standard di qualità condivisi per la Carta dei Servizi”

Obiettivi:

1. Condividere impegni e standard individuati nella Carta dei Servizi;
2. Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte di politica sanitaria aziendale;

Target: Associazioni di volontariato e stakeholder in generale

Metodologia: Consensus conference e gruppi di lavoro

Tempi: Anno 2012-2013

Indicatori di monitoraggio: Numero incontri realizzati; Numero impegni condivisi

AC3- Piano di Miglioramento “Elaborazione e stesura di procedura extragiudiziale”

Obiettivi:

1. Definire un percorso univoco e condiviso per la gestione extragiudiziale dei contenziosi
2. Garantire il punto di vista del cittadino malato nel percorso complessivo
3. Migliorare la fiducia nel SSR e nell’Azienda in particolare

Target: Utenti ospedalieri e cittadini in generale, operatori

Metodologia:

1. Creazione di un gruppo di lavoro multi professionale;
2. Elaborazione e condivisione della procedura con ruoli e professioni coinvolti;
3. Formazione agli operatori

Tempi: Anno 2013

Indicatori di monitoraggio: Elaborazione procedura (Si/No)

AC4/1 Piano di Miglioramento “Monitoraggio dolore”

Obiettivi:

1. Promuovere tra gli operatori una cultura del trattamento del dolore superando la convinzione secondo cui il dolore è un sintomo che è pericoloso occultare
2. Acquisire atteggiamenti e competenze per affrontare adeguatamente la gestione del dolore e delle sue diverse tipologie (acuto, cronico, ecc..)

Target: Operatori sanitari

Metodologia:

1. Elaborazione di un percorso di formazione e sensibilizzazione tra gli operatori sanitari sul tema del monitoraggio e trattamento del dolore in ospedale
2. La metodologia sarà di tipo partecipativo con simulate e studi di casi.
3. Gli operatori formati costituiranno una rete di referenti per le UU.OO. e si faranno carico di diffondere le conoscenze, competenze e le metodologie operative acquisite nelle UU.OO. di appartenenza.

Tempi: Anno 2013

Indicatori di monitoraggio: Numero Infermieri partecipanti /Tot. Infermieri
Numero medici partecipanti /Tot. medici

AC4/2 Piano di Miglioramento “Campagna informativa trattamento dolore”

Obiettivi:

1. informare utenza e cittadini sulla possibilità di chiedere il trattamento del dolore;
2. rassicurare, cioè offrire elementi confortanti rispetto alla gestione del dolore nell'esperienza del ricovero;
3. promuovere una cultura di attenzione al monitoraggio del dolore.

Target: Utenti ospedalieri e loro familiari

Metodologia: La campagna verrà realizzata coinvolgendo il Comitato ospedale-territorio senza dolore e utilizzerà strumenti comunicativi diversificati (locandine, depliant informativi, incontri con i pazienti, ...)

Tempi: Anni 2012 e 2013

Indicatori di monitoraggio: Elaborazione e distribuzione depliant (SI/No)
Elaborazione e distribuzione locandine (SI/No)

AC5- Piano di Miglioramento “Ospedale senza fumo”

Obiettivi:

1. fornire le opportunità per sviluppare nell’Azienda indirizzi, obiettivi e strutture orientate alla salute;
2. incoraggiare nei pazienti un ruolo attivo e di partecipazione, in funzione dei loro specifici potenziali di salute;
3. incoraggiare nell’Ospedale iniziative di partecipazione, orientate al miglioramento della salute;
4. contribuire a creare condizioni di lavoro sane per tutto il personale dell’Ospedale;

Target: Utenti ospedalieri e cittadini in generale, operatori

Metodologia:

La campagna verrà realizzata coinvolgendo le UU.OO. di Malattie Respiratorie, Riabilitazione Respiratoria, Ufficio Educazione alla Salute, nonché le Associazioni interessate e utilizzerà strumenti comunicativi diversificati (locandine, spot radiofonici e/o televisivi, depliant informativi, ...)

Tempi: Anno 2013

Indicatori di monitoraggio: Elaborazione depliant (Si/No)

AC6- Piano di Miglioramento “Promozione allattamento al seno”

Obiettivi:

1. Promuovere la cultura dell'allattamento al seno;
2. Fornire informazioni sanitarie e psicologiche sull'importanza dell'allattamento al seno
3. Supportare le neomamme nella scelta dell'allattamento al seno

Target: Neomamme, donne in gravidanza, familiari delle donne in gravidanza

Metodologia:

La campagna verrà realizzata coinvolgendo le UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Neonatologia, nonché le Associazioni interessate e utilizzerà strumenti comunicativi diversificati (locandine, spot radiofonici e/o televisivi, depliant informativi, incontri con le neomamme o con le donne in gravidanza, ...)

Tempi: Anno 2013

Indicatori di monitoraggio: Elaborazione depliant, locandine (Si/No)
N. Incontri con le neomamme e le donne gravide

AC7- Piano di Miglioramento “Elaborazione Bilancio Sociale Aziendale”

Obiettivi:

- ◆ leggere in un’ottica di complessità il ruolo svolto dalle nostre attività nella società civile;
- ◆ fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi sociali prefissati;
- ◆ dimostrare che il fine dell’Azienda è soprattutto quello di fornire un valore aggiunto per la comunità;
- ◆ favorire la democrazia e la trasparenza nell’ambito delle attività;
- ◆ costituire un momento di riflessione sull’impegno dell’Azienda per migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni, umanizzazione dell’organizzazione, sicurezza sul posto di lavoro, rispetto dell’ambiente.

Target: Utenti ospedalieri e cittadini in generale, operatori

Metodologia:

1. Creazione di un gruppo di lavoro multi professionale che coinvolga anche i rappresentanti dei cittadini e gli stakeholder;
2. Individuazione aree di analisi;
3. Raccolta dati, stesura bilancio
4. Conferenza di servizi per presentazione Bilancio Sociale
5. Presentazione pubblica alla cittadinanza

Tempi: Anno 2013

Indicatori di monitoraggio: Elaborazione Bilancio (Si/No)