AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Aziendale

Prot. n. 9807

Palermo, 16/07/2012

Università degli Studi di Palermo
A.O.U.P "P. Giaccone" di Palermo
SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
R 16 LUG 2012
Prot. N. 2015

AI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO

AI RESPONSABILI DI UNITÀ OPERATIVA

AI RESPONSABILI DI AREA

AI RESPONSABILI DI UNITÀ DI STAFF

Oggetto: Implementazione azioni di miglioramento del Piano di Umanizzazione Aziendale

Al fine di procedere all'implementazione delle azioni di miglioramento individuate nel Piano di Umanizzazione Aziendale, approvato lo scorso 28.06.2012 dal Collegio di Direzione in seduta congiunta con il Comitato Consultivo Aziendale, si trasmette alle SS.LL. la tabella riepilogativa che illustra le suddette azioni, gli obiettivi, le responsabilità e gli indicatori per monitorare il raggiungimento degli obiettivi.

Al fine di rendere maggiormente proficuo il lavoro intrapreso, si auspica la Vostra massima collaborazione e, consci della sperimentata professionalità e del senso di responsabilità delle SS.LL., si ringrazia anticipatamente per la fattiva collaborazione.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario
Dott. Claudio Scaglione

Il Direttore Generale
Ing. Mario La Rocca

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Aziendale

Tabella riepilogativa delle azioni di miglioramento

Criticità	Azione di miglioramento	Obiettivo	Responsabilità	Indicatore (I) Standard (S)
Assenza di una procedura che descriva le modalità di accoglienza dei pazienti presso le UUOO	Redazione procedura "Accoglienza paziente"	Illustrare all'utente l'organizzazione del reparto	Responsabile Qualità coordina gruppo di lavoro di referenti Poli-FRiCQ	I/S Redazione procedura entro 31.10.2012
	Conoscenza e adozione della procedura da parte degli operatori	Uniformare i comportamenti degli operatori	Responsabile Qualità Direttori di UUOO Operatori addetti all'accoglienza in reparto	I N° pazienti accolti secondo procedura/N° pz ricoverati *100 S ≥ 80%
Carenza materiale informativo per gli utenti che si ricoverano	Elaborazione della "Carta dell'accoglienza"	Garantire il diritto alla informazione	Staff Comunicazione	I/S Carta d'accoglienza disponibile al 30.11.2012
	Diffusione della Carta dell'accoglienza	Soddisfare il fabbisogno informativo degli utenti	Direttori di UUOO Operatori addetti all'accoglienza in reparto	I N° opuscoli distribuiti/N° pazienti ricoverati *100 S ≥ 80%
Competenze relazionali e comunicative del personale disomogenee e spesso insufficienti	Formazione del personale sugli aspetti relazionali nell'ambito del processo di umanizzazione delle cure	Migliorare le capacità comunicative e relazionali degli operatori sanitari	Staff Formazione	I/S Realizzazione di almeno un corso di formazione
Insufficiente chiarezza delle modalità di segnalazione guasti e usura degli arredi e degli ambienti	Definizione procedure di segnalazione, intervento e monitoraggio dello stato degli ambienti ed arredi	Migliorare la qualità degli ambienti e la loro funzionalità nella percezione degli operatori sanitari e degli utenti	Area Tecnico-Logistica in collaborazione con Qualità	I N° interventi/N° segnalazioni effettuate dalle UUOO *100 S ≥ 50%
	Ricorso appropriato alla procedura	Ottimizzare le risorse	Direttori di UUOO Operatori	I N° interventi appropriati/N° totale richieste*100 S ≥ 80%
Elevata percentuale di giudizi negativi (customer satisfaction) espressi dagli utenti riguardo alla pulizia e ai pasti	Implementazione di forme di controllo di qualità esercitate dalle Associazioni (escluso l'Audit Civico) a supporto della Direzione Sanitaria di Presidio	Monitorare la qualità del servizio erogato	Direzione di Presidio in collaborazione con Associazione del CCA	I/S Almeno una verifica a trimestre

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Aziendale

Criticità	Azione di miglioramento	Obiettivo	Responsabilità	Indicatore/ Standard
Scarsa conoscenza da parte degli utenti dei propri diritti e doveri in ospedale	Elaborazione di uno strumento informativo (segnalibro) che riporti i diritti e i doveri degli utenti	Garantire la tutela dei diritti del paziente e	Staff Comunicazione	I/S Segnalibro diritti e doveri
	Diffusione del segnalibro ai pazienti ricoverati	Facilitare i rapporti tra operatori e pazienti e tra i pazienti	Direttori di UUOO Operatori	N° segnalibri distribuiti/N° pz ricoverati *100 S2 ≥ 80%
Disomogenea/carente e segnaletica interna	Monitoraggio e completamento, ove carente, della segnaletica interna (nomi e qualifiche medici, caposala e orari di ricevimento)	Garantire la trasparenza e favorire la riconoscibilità degli operatori	Facility management	I N° UUOO con segnaletica adeguata/N° totale UUOO *100 S ≥ 80%
	Affissione cartelli nelle UUOO		Area Tecnico Logistica	
Lunga attesa tra orario prefissato e fruizione della prestazione	Personalizzare gli appuntamenti assegnando orario o almeno fascia oraria	Migliorare la modalità di erogazione delle prestazioni e la soddisfazione degli utenti	Direttori di UUOO Responsabili degli ambulatori Sistema Informativo Aziendale/CUP	I Riduzione dei giudizi negativi espressi dagli utenti S ≥ 25%
Distribuzione cena prima delle ore 19	Posticipazione orario cena a dopo le 19 concordata con nuova ditta pasti	Migliorare la soddisfazione degli utenti	Ditta fornitrice servizio pasti	I Riduzione dei giudizi negativi espressi dagli utenti S ≥ 25%
Assenza di posti letto per erogazione terapia antalgica	Attivazione n° 2 posti letto in day hospital	Garantire l'accesso alla terapia del dolore anche in regime di ricovero	Direzione strategica	I/S Posti letto attivati
Mancata adesione alle Linee Guida sul trattamento del dolore	Contestualizzazione ed applicazione Linee Guida internazionali sul trattamento del dolore	Standardizzazione dei protocolli di intervento	UO di Anestesia e Rianimazione	I/S Attività di auditing
Assenza di una procedura "Monitoraggio del dolore"	Redazione di una procedura che descriva il percorso di valutazione del dolore	Promuovere nelle UUOO la "cultura del sollievo"	Responsabile Qualità coordina gruppo di lavoro di referenti Poli-FRiCQ	I % UUOO che hanno avviato la implementazione del percorso S 100 %
Assenza di una procedura "Gestione dolore in Pronto Soccorso"	Redazione di una procedura che descriva le modalità di gestione del dolore in P.S.	Promuovere in P.S. la "cultura del sollievo"	Responsabile Qualità coordina gruppo di lavoro di referenti Poli-FRiCQ	I/S Avvio implementazione del percorso in P.S.

Direzione Aziendale

Criticità	Azione di miglioramento	Obiettivo	Responsabilità	Indicatore/ Standard
Carenza informativa sul tema del dolore da parte dei cittadini	Informazione/sensibilizzazione tramite distribuzione di materiale informativo e questionari sul tema del dolore	Migliorare l'informazione ai cittadini e consentire il diritto di scelta del trattamento antalgico	Staff Comunicazione in collaborazione con le Associazioni	I/S Realizzazione di una campagna informativa
Frequente inosservanza del divieto di fumo vicino ai reparti sia da parte degli operatori che degli utenti	Campagna di sensibilizzazione del personale sanitario all'osservanza del divieto di fumo e alla vigilanza del rispetto anche da parte degli utenti	Contribuire al contrasto del tabagismo, rispettando e facendo rispettare il divieto nei locali comuni dell'ospedale	Staff Educazione alla Salute in collaborazione con le Associazioni	I/S Realizzazione di una campagna di sensibilizzazione
Modesta interlocuzione tra Azienda e CCA	Valorizzare il ruolo del CCA in ambito aziendale	Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte aziendali	Direzione strategica Staff CCA	I/S Accoglimento di almeno una proposta a trimestre
Carenza informativa degli strumenti di pianificazione aziendale da parte del CCA	Condivisione e discussione del Piano di Comunicazione con il CCA	Favorire la conoscenza delle iniziative di comunicazione esterna e interna intraprese dall'Azienda	Staff Comunicazione in collaborazione con le Associazioni	I/S Piano condiviso con le Associazioni