RILEVAZIONE QUALITA' PERCEPITA

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

AREA DEGENZA ACCESSIBILITÀ – CRITICITÀ: INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO

Disponibilità a dare informazioni su organizz. reparto	Valori assoluti	Valori in %	Frequenze Cumulative
Buono	311	52	52
Sufficiente	226	38	90
Insufficiente	34	6	96
Pessimo	8	1	99
Non compilato	10	2	98
Nullo	5	1	100

Cause: mancata adozione di una politica aziendale sull'accoglienza e di materiale informativo per i pazienti che si ricoverano. In Azienda esistono poche esperienze localizzate ed il personale non attribuisce la giusta attenzione a questa fase assistenziale.

Azioni di miglioramento	Stesura "Carta dell'accoglienza" e sua distribuzione a tutti i pazienti ricoverati	Formazione del personale sugli aspetti relazionali nell'ambito del processo di umanizzazione delle cure
Responsabile	Comunicazione e Informazione	Formazione aziendale Comunicazione e Informazione
Obiettivo	Soddisfare le esigenze informative dei pazienti e dei loro familiari e garantire la tutela dei loro diritti	Migliorare le capacità comunicative e relazionali degli operatori sanitari e responsabilizzarli sull'importanza della fase di accoglienza nel processo di cura in ospedale
Tempi di attuazione	30 aprile 12	30 ottobre 2012
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	N. opuscoli consegnati/N. pazienti ricoverati ≥ 80%	N. operatori formati/Target indicato nel Piano Formativo 2012 ≥ 80%
	Riduzione del 50% dei giudizi negativi degli utenti rilevati tramite questionario	
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale	Trimestrale

AREA DEGENZA COMFORT - CRITICITÀ: QUALITÀ E ORARIO DEI PASTI

Qualità dei pasti	Valori assoluti	Valori in %	Freq. Cumul.
Sufficiente	227	38	38
Insufficiente	123	21	59
Pessimo	106	18	77
Buono	100	16	93
Non compilato	27	5	98
Nullo	11	2	100

Orario dei pasti	Valori assoluti	Valori in %	Freq. Cumul.
Sufficiente	250	42	42
Buono	132	22	64
Insufficiente	94	16	80
Pessimo	81	14	94
Non compilato	29	5	99
Nullo	8	1	100

Cause: tempi di trasporto e di distribuzione dei pasti forniti dal servizio esternalizzato

Azioni di miglioramento	Avvio della sperimentazione in 12 unità operative del sistema Cook and Chill. Verifica nel capitolato e nell'organizzazione delle unità operative della fattibilità di posticipare l'orario di distribuzione del pasto serale.
Responsabile	Direzione di Presidio
Obiettivo	Migliorare la qualità dei pasti a dieta libera Posticipare l'orario della cena ≥ ore 19
Tempi di attuazione	Febbraio 12
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	Riduzione del 70% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita nelle unità operative oggetto di sperimentazione
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale

AREA DEGENZA COMFORT - CRITICITÀ: POSSIBILITÀ DI SCELTA DEL MENU

Possibilità di scelta del menu	Valori assoluti	Valori in %	Frequenze Cumulative
Sufficiente	207	34	34
Pessimo	116	20	54
Insufficiente	112	19	73
Buono	108	18	91
Non compilato	42	7	98
Nullo	9	2	100

Cause: carenza di attenzione ai bisogni dell'utente da parte del personale infermieristico. Insufficiente informazione dell'utente sulla possibilità di scelta del menu.

Azioni di miglioramento	Informazione ai pazienti sulla possibilità di scelta del menu. Verifica avvenuta informazione da parte del Comitato Consultivo Aziendale, attraverso interviste periodiche ai ricoverati.	Assegnazione obiettivo di risultato al personale infermieristico "Garantire la possibilità di scelta del menu ai ricoverati"
Responsabile	Comunicazione e Informazione	Direttori di unità operativa Caposala
Obiettivo	Consentire ai pazienti a dieta libera la possibilità di scegliere tra le opzioni di menu previste contrattualmente dalla ditta fornitrice del servizio pasti.	
Tempi di attuazione	30 aprile 12	Entro 20 giorni dalla negoziazione di budget
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	N. opuscoli consegnati/N. pazienti ricoverati ≥ 80%	
	Riduzione del 50% dei giudizi negativi degli utenti rilevati tramite questionario	
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale	Trimestrale

AREA DEGENZA COMFORT - CRITICITÀ: CURA E DECORO AMBIENTI E FUNZIONALITÀ SERVIZI IGIENICI

Cura e decoro degli ambienti	Valori assoluti	Valori in %	Freq. Cumul.
Sufficiente	251	42	42
Buono	208	36	78
Insufficiente	59	10	88
Pessimo	60	10	98
Non compilato	14	2	100
Nullo	2	0	100

Funzionalità servizi igienici	Valori assoluti	Valori in %	Freq. Cumul.
Sufficiente	247	42	42
Buono	174	29	71
Insufficiente	99	16	87
Pessimo	58	10	97
Non compilato	12	2	99
Nullo	4	1	100

Cause: insufficienza di riferimenti chiari nelle unità operative per segnalare e chiedere interventi in caso di malfunzionamento e guasti di accessori ordinari e usura degli arredi e degli ambienti.

Azioni di miglioramento	Definizione, formalizzazione ed implementazione di un percorso organizzativo aziendale per migliorare gli ambienti assistenziali attraverso l'identificazione di procedure di segnalazione, intervento e monitoraggio dello stato degli ambienti ed arredi (V. progetto di umanizzazione "Curare i luoghi della cura")
Responsabile	Area Logistica (in collaborazione con Ufficio Qualità, URP e Referente progetto di umanizzazione "Curare i luoghi della cura")
Obiettivo	Migliorare la qualità degli ambienti e della loro funzionalità nella percezione degli operatori sanitari e degli utenti.
Tempi di attuazione	Maggio 2012
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	N. interventi /N. segnalazioni effettuate dalle unità operative. Riduzione del 25% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale

AREA DEGENZA COMFORT - CRITICITÀ: PULIZIA DEGLI AMBIENTI

Pulizia degli ambienti	Valori assoluti	Valori in %	Frequenze Cumulative
Sufficiente	229	39	39
Buono	170	29	68
Insufficiente	106	17	85
Pessimo	72	12	97
Non compilato	14	2	99
Nullo	3	1	100

Cause: insufficiente e inadeguata modalità di esecuzione del servizio di sanificazione a seguito del nuovo sistema di gestione introdotto dal mese di agosto 2011

Azioni di miglioramento	Istituzione di una Commissione per la verifica della qualità del servizio e adozione di una procedura di monitoraggio in tutte le unità operative dell'Azienda
Responsabile	Direzione di Presidio
Obiettivo	Monitorare la qualità del servizio di sanificazione erogato Migliorare la soddisfazione degli utenti su tale aspetto della degenza
Tempi di attuazione	Marzo 2012
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	N. verifiche effettuate dalla Commissione e relativi verbali. Riduzione del 30% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale

AREA AMBULATORI ACCESSIBILITÀ - CRITICITÀ: DISPONIBILITÀ DI PARCHEGGI

Disponibilità di parcheggi	Valori assoluti	Valori in %	Frequenze Cumulative
Pessimo	256	34	34
Insufficiente	191	25	59
Sufficiente	185	24	83
Buono	77	10	93
Non compilato	46	6	99
Nullo	4	1	100

Cause: la domanda di parcheggi da parte dell'utenza esterna ed interna è superiore all'offerta che viene utilizzata soprattutto da personale interno, attraverso abbonamenti annuali.

Azioni di miglioramento	Verificare con il gestore esterno dei parcheggi del Policlinico, la possibilità di: - ridurre il n. di abbonamenti per il personale interno, introducendo contestualmente anche un sistema di abbonamenti a rotazione tra i dipendenti (ad es. semestrale) per aumentare la disponibilità di parcheggi per gli utenti esterni. - installare display contatore ai due ingressi del Policlinico per visualizzare la disponibilità di posti liberi.
Responsabile	Facility Manager
Obiettivo	Migliorare l'accessibilità alle unità operative da parte degli utenti.
Tempi di attuazione	Verifica con il gestore entro marzo 2012. In caso di fattibilità, installazione di display entro aprile 2012 e rimodulazione del sistema di abbonamenti a gennaio del 2013.
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	Verifica della fattibilità (Sì/No). Se si, riduzione del 15% dei giudizi negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti.
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale

AREA AMBULATORI TEMPI D'ATTESA - CRITICITÀ: ATTESA PER LA PRESTAZIONE

Attesa tra orario prefissato e visita	Valori assoluti	Valori in %	Frequenze Cumulative
> 60 minuti	304	40	40
tra 30 e 60 minuti	207	28	68
< 30 minuti	132	17	85
Non compilato	113	15	100
Nullo	3	0	100

Cause: nel foglio di prenotazione rilasciato dal CUP viene indicato l'orario di apertura dell'ambulatorio e non l'orario dell'appuntamento. Ciò genera un equivoco che induce insoddisfazione nell'utente che considera l'orario di apertura come orario di appuntamento. Insufficiente attenzione dei professionisti sul rispetto degli orari di appuntamento.

Azioni di miglioramento	Verificare con il Responsabile del SIA/CUP la fattibilità di inserire in automatico sulla prenotazione l'orario dell'appuntamento (o fascia oraria) personalizzato.	Attività formativa rivolta ai professionisti sui temi della umanizzazione e del rapporto con gli utenti.
Responsabile	SIA e CUP Direttori di unità operative	Formazione Aziendale
Obiettivo	Migliorare la modalità di erogazione delle prestazioni	
Tempi di attuazione	Verifica fattibilità entro febbraio 2012. In caso positivo, modifica della modalità di prenotazione entro i tempi indicati dal Responsabile CUP.	Ottobre 2012
Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo	Verifica della fattibilità (Sì/No). Se si, riduzione del 25% dei giudizi negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti.	N. operatori formati/Target indicato nel Piano Formativo 2012 ≥ 80%
Periodicità della misurazione degli indicatori	Trimestrale	