

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO RISULTATI CONSEGUITI AL 31/12/2012

In ottemperanza a quanto stabilito dalla nota assessoriale prot. n. 73536 del 08/10/2012, si rappresenta che dall'analisi delle criticità scaturite dal percorso Audit Civico 2011 sono stati esaminati alcuni degli "indicatori sentinella" che coinvolgono trasversalmente tutte le articolazioni organizzative, oggetto della rilevazione (Presidi, distretti, poliambulatori, CSM, SERT).

Per una più ottimale pianificazione degli interventi da promuovere, in accordo con il responsabile regionale di Cittadinanzattiva, dott. Greco, nonché in linea con l'obiettivo programmatico del Direttore Generale per l'anno 2012, **Sub obiettivo 4.3 Miglioramento della qualità del cittadino**, il gruppo di lavoro in sinergia con la Direzione strategica, adottando come criterio la **fattibilità** nella implementazione dei percorsi di miglioramento per l'anno in corso, ha focalizzato l'attenzione sulle alcune aree ritenute dalla componente civica di maggiore priorità.

Pertanto la Direzione dell'ASP di Trapani con delibera del Direttore Generale n° 3035 del 29/06/2012 ha formalizzato la redazione di piani di miglioramento condivisi dalla direzione aziendale stessa con il Collegio di Direzione e il Comitato Consultivo Aziendale.

Di seguito si riportano i risultati raggiunti al 31/12/2012.

Indicatore	Risultati
<p>Piano di miglioramento condiviso dal collegio di direzione e dal CCA con raggiungimento degli obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento al 31/12/2012</p>	<p>Con delibera del Direttore Generale n° 3035 del 29/06/2012 è stato approvato il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico 2012 contenente al suo interno anche il " Piano di miglioramento della qualità per cittadino" condiviso dal collegio di direzione e dal CCA.</p> <p>In accordo con la rete civica il piano contiene percorsi di miglioramento individuati a partire anche dalle criticità emerse dall'Audit Civico.</p> <p>Il report, condiviso anche con il CCA, è pubblicato sul sito web aziendale.</p> <p>Rispetto alle aree critiche oggetto di miglioramento si rappresenta il raggiungimento dei singoli obiettivi contenuti nel piano al 31/12/2013</p> <p>1. Carta dei servizi: Revisionata l' edizione precedente come da piano di miglioramento. Pubblicata sul sito web in linea con il cronoprogramma.</p> <p>2. Applicazione protocollo sulla qualità progettata nel ricovero. Redatto, verificato e approvato il protocollo. Implementazione in linea con il</p>

cronoprogramma.

Risultati

1. Conformità alla check list descritta dal protocollo di ricovero = 100%
2. Soddisfazione dell'utente nell'area "Accoglienza" al ricovero = 93%

3. Applicazione protocollo sulla qualità progettata e nei servizi diagnostici ed ambulatoriali.

Redatto, verificato e approvato il protocollo. Implementazione in linea con il cronoprogramma.

Risultati

1. Conformità alla check list descritta dal protocollo ambulatoriale = 85%
2. Soddisfazione dell'utente nell'area "Accoglienza" all'ambulatorio = 95%

4/5/6. Confort alberghiero: vitto, cura e decoro degli ambienti, pulizia degli ambienti:

4. Vitto

Risultati

1. Applicazione procedura vitto aziendale conformità = 80 %
2. Soddisfazione dell'utente nell'area "vitto" (dati di riferimento 2012) = 80%

5. Cura e decoro degli ambienti,

Risultati

1. N. segnalazioni effettuate dalle UU.OO/ N. interventi. = 70%
2. Riduzione del 25% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita in seguito ad azioni correttive attuate da settembre 2012.

Dati customer 2011 questionario ricoveri (D5a) = 12% (insoddisfazione)

Dati customer 2012 questionario ricoveri (D5a) = 8 % (insoddisfazione)

6. Pulizia

Risultati

Riduzione del 30% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti

nel questionario sulla qualità percepita in seguito ad azioni correttive attuate da settembre 2012

Dati customer 2011 questionario ricoveri:
(D5b)= 11% (insoddisfazione)

Dati customer 2012 questionario ricoveri
(D5b)=7 %

7. Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione.

Attuata l'analisi e la implementazione dei percorsi. Rilevata una riduzione dei reclami. Permane la criticità sui tempi di attesa e sul gradimento, oggetto di ulteriore intervento per il 2013.

1. Tempi attesa: = 60 min.

2.1 Soddisfazione 2012 (D7 questionario ambulatorio)2012=75%

2.2. % reclami sui tempi di attesa/tot dei reclami = 4%

8. Scheda unica di terapia.

Risultati

Emissione dei protocolli, audit e report in linea con il cronoprogramma

1. Cartelle contenenti STU/tot delle cartelle esaminate = 100%

2. Evidenza di corretta compilazione delle schede terapia (numero conformità agli indicatori della check list di verifica/numero indicatori check list) = 90%

9. Consenso informato.

Fonte: report rischio clinico

Risultati

N. di Unità operative che conoscono e applicano la procedura / tot delle UU.OO.= 80%
Conformità allo standard = 80%

10. Gestione del rischio di caduta .

Fonte: report rischio clinico.

Risultati

N. di Unità operative che conoscono e applicano la procedura / tot delle UU.OO.= 80%

11. Ospedale/territorio senza dolore

Risultati

	<ol style="list-style-type: none">1. Attivazione n. 2 centri spoke: 100%2. linee guida trattamento dolore acuto, cronico, post operatorio, oncologico ecc. = 100%3. Programmazione percorsi formativi = 100%4. Customer = come da obiettivo in corso
--	---

Dalle proposte di miglioramento scaturite dall'attività di autovalutazione relativa all'Audit Civico sono stati individuati alcuni obiettivi (quali ad es. Piano di comunicazione aziendale, Piano di formazione aziendale, implementazione CUP aziendale, adeguatezza ai requisiti sull'accreditamento istituzionale....) che costituiscono parte integrante del Piano Attuativo Aziendale 2012, cui si rimanda per l'approfondimento.

Il Referente Civico

Gaspare Mangiapane
(Coordinatore TDM Trapani)

La Referente Aziendale

Maria Anelli
(Responsabile Qualità e URP)