



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

## Direzione Generale Coordinamento Staff Strategico

Via Giacomo Cusmano n. 24  
90141 Palermo

**Telefono**  
091 7032040

**FAX**  
091 7032062

**EMAIL**  
[uogualita@asppalermo.org](mailto:uogualita@asppalermo.org)

**WEB**  
[www.ausl6palermo.org](http://www.ausl6palermo.org)

DATA 22/01/13

PROT. N° 180/CSS

Al Commissario Straordinario  
SEDE

# Relazione conclusiva relativa al SUB- OBIETTIVO 4.3. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PER IL CITTADINO

## PREMESSA

Il presente documento è composto di due sezioni:

1. La sezione 1 è relativa alla redazione e deliberazione del Piano di miglioramento, secondo quanto previsto dai decreti dell'Assessorato Regionale Salute (Decreto assessoriale n. 03185 del 28/12/2010 e Decreto assessoriale n. 01373 del 22 luglio 2011) e tenendo in considerazione l'attività relativa all'audit civico con evidenza degli specifici obiettivi da raggiungere al 31/12/12.  
Questa prima sezione è composta da tre parti:
  - A. Qualità progettata (pag. 2-14) contenente:
    - i risultati dell'autovalutazione, secondo la check list predisposta dall'Assessorato della Salute, nelle strutture ospedaliere e territoriali di questa ASP;
    - il piano di miglioramento rispetto alle aree critiche individuate dall'autovalutazione
  - B. Qualità percepita (pag. 15- 27) contenente:
    - i risultati della rilevazione effettuata con i questionari di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale e dei servizi diagnostici ambulatoriali
    - il piano di miglioramento rispetto alle aree critiche individuate dai questionari
  - C. Audit Civico (pag. 28- 74) contenente:
    - l'équipe operativa, il campo di applicazione, gli strumenti utilizzati e i risultati della rilevazione degli indicatori previsti;
    - il piano di miglioramento rispetto alle aree critiche individuate.
2. La sezione 2 descrive i risultati raggiunti a seguito delle azioni di miglioramento effettuate sulle criticità rilevate nei tre ambiti:
  - A. Qualità progettata (da pag. 75 a pag. 79)
  - B. Qualità percepita (da pag. 79 a pag. 83)
  - C. Audit civico (pag. 84)

## SEZIONE 1

| INDICATORE  | VALORE OBIETTIVO  | VALORE RAGGIUNTO   |
|---|---|--|
| Piano di miglioramento condiviso su alcune aree critiche con evidenziazione degli specifici obiettivi da raggiungere al 31/12 | Esistenza della deliberazione del Direttore Generale di adozione del piano con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione da parte del Collegio di Direzione e del Comitato Consultivo Aziendale | SI<br>Deliberazione n°0649 del 4/07/12<br>"Preso d'atto del <i>piano qualità aziendale 2012</i> e del piano di miglioramento, parte integrante dello stesso, relativo al progetto <i>audit civico 2011</i> " previo coinvolgimento attivo del Comitato consultivo Aziendale e del Collegio di direzione aziendale durante la riunione in seduta congiunta del 28/06/12 |

Il Piano Qualità aziendale 2012 è stato redatto sulla base dell'analisi dei dati relativi ai 3 tipi di valutazione sopra specificati in premessa (Qualità progettata, Qualità percepita, Audit civico) rilevati nei Presidi ospedalieri aziendali (G.F. Ingrassia di Palermo, Civico di Partinico, S. Cimino di Termini Imerese, Dei Bianchi di Corleone, Madonna dell'Alto di Petralia Sottana); il Centro Riabilitativo di alta specializzazione Villa delle Ginestre; i Poliambulatori dei 10 Distretti sanitari aziendali (8 poliambulatori nel distretto 42 metropolitano e 1-2 per ciascun distretto provinciale); i Consultori familiari aziendali; i Sert, gli ambulatori di Neuropsichiatria Infantile e i CSM del Dipartimento di Salute Mentale.

### A. QUALITÀ PROGETTATA

#### 1. RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

##### 1.1. Presidi Ospedalieri

##### 1.1.1 La Qualità Progettata nelle prestazioni ambulatoriali

| La check list   | SI   | NO   | Nessuna risposta |
|---|--|--|------------------|
| 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...? | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Oculistica, Urologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Laboratorio di analisi, Radiologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Geriatría, Chirurgia, Cardiologia, Ostetricia)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Laboratorio di analisi, Radiologia, Pediatria, Ortopedia, Medicina, Terapia del dolore, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Geriatría, Ortopedia, Gastroenterologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Medicina/ Diabetologia, Cardiologia/ Ecodoppler, Endoscopia, Patologia clinica, Chirurgia, Ostetricia, Radiologia)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b> | <b>P.O. Partinico</b> (ORL)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria, Radiologia, Medicina)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia Medicina Patologia clinica, Pneumologia) |                  |

| La check list   | SI   | NO   | Nessuna risposta   |
|---|--|--|--|
| <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><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Oculistica, Urologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, ORL, Laboratorio di analisi, Radiologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria, Geriatria, Chirurgia, Radiologia, Cardiologia, Ostetricia, Medicina)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Laboratorio di analisi, Pediatria, Ortopedia, Medicina, Terapia del dolore, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Geriatria, Medicina, Ortopedia, Pneumologia Gastroenterologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Medicina/ Diabetologia, Cardiologia/ Ecodoppler, Endoscopia, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p> | <p><b>P.O. Ingrassia</b><br/> (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia Patologia clinica)</p> | <p><b>P.O. S. Cimino</b><br/> (Radiologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b><br/> (Patologia clinica, Radiologia)</p> |

1.1.2 La Qualità Progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo

| La check list  | SI   | NO   | Nessuna risposta   |
|--|--|--|--|
| Esiste una procedura scritta per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero?       | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia, , Medicina, Rianimazione, ORL, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Chirurgia, Ortopedia, Radiologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Ostetricia)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p>                 | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia Medicina Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Medicina)</p>  | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Medicina)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Chirurgia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (UTIN)</p> |
| Gli orari previsti per l'accettazione sono esposti all'ingresso del reparto?                                   | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Chirurgia, Medicina, Ortopedia Radiologia<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p>          | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Rianimazione)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia Pneumologia)</p>  | <p><b>P.O. Ingrassia</b> (UTIN)</p>  |
| Esiste una evidenza che il personale conosca le procedure?   | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Chirurgia, Medicina, Ortopedia Radiologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Ostetricia, Medicina)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p> | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Ostetricia, Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia Geriatria, Ostetricia Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia)</p>  | <p><b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (UTIN)</p>   |
| Esistono procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani e disabili? | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, <b>P.O. S. Cimino</b> (ORL)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Ostetricia)</p>   | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Geriatria, Ostetricia Medicina Radiologia Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Medicina) <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p> | <p><b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (UTIN)</p>   |

| La check list   | SI  | NO   | Nessuna risposta                          |
|---|---|--|---|
| <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>                                | <p><b>P.O. S. Cimino</b> (ORL)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Ostetricia)</p>   | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Geriatría, Ostetricia Medicina Radiologia Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Medicina)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p> | <p><b>P.O. Ingrassia</b> (UTIN)</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> | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Geriatría, Ostetricia, Medicina, Ortopedia UTIN Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p> | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria)</p>  | <p><b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia)</p> |
| <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>  | <p><b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Geriatría, Medicina, Ortopedia UTIN Pneumologia)<br/> <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br/> <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b></p>             | <p><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria)<br/> <b>P.O. Ingrassia</b> (Ostetricia)</p>  | <p><b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia)</p> |

| La check list   | SI  | NO   | Nessuna risposta                   |
|---|---|--|------------------------------------|
| Il foglio informativo informa il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami?  | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Chirurgia, Geriatria, Medicina Radiologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>  | <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Pediatria)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Ostetricia UTIN Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Medicina) | <b>P.O. Ingrassia</b> (Ortopedia)  |
| 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?   | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Geriatria, Ostetricia, Medicina, Ortopedia UTIN)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>   | <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Ostetricia, Pediatria)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Medicina)  |                                    |
| 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? | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia Chirurgia, Geriatria, Ostetricia, Medicina, Ortopedia UTIN Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>             |  | <b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia) |
| Esiste una procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato?   | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia, Medicina, Ortopedia Radiologia UTIN Pneumologia, Geriatria)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b> |  |                                    |

| La check list  | SI  | NO  | Nessuna risposta                   |
|--|---|---|------------------------------------|
| Esiste una evidenza che il personale conosce la procedura sulle modalità di acquisizione del consenso informato?   | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria) <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia) <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia, Medicina, Ortopedia Radiologia UTIN Pneumologia, geriatria) <b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina) <b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b> |   |                                    |
| Esiste un documento che definisce le modalità per rispondere alle richieste di assistenza religiosa?   | <b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Rianimazione, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Chirurgia, Geriatria, Medicina)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Ostetricia)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>   | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria) <b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, ORL, Chirurgia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Ostetricia Ortopedia UTIN Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Medicina) | <b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia) |
| Il personale medico rilascia al paziente la lettera di dimissione firmata, avendo cura di conservarne una copia firmata in cartella clinica?                   | <b>P.O. Civico Partinico</b> (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br><b>P.O. Dei Bianchi</b> (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia) <b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Geriatria, Ostetricia, Medicina Ortopedia UTIN Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>    |   | <b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia) |
| La lettera di dimissione contiene le indicazioni scritte necessarie qualora si prevedano prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale domiciliare? | P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Dei Bianchi (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br><b>P.O. S. Cimino</b> (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, ORL, Chirurgia, Ostetricia)<br><b>P.O. Ingrassia</b> (Cardiologia, Chirurgia, Geriatria, Ostetricia, Medicina Ortopedia UTIN Pneumologia)<br><b>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</b> (Chirurgia, Ostetricia, Medicina)<br><b>Centro di alta Specializzazione Villa delle Ginestre</b>               |   | <b>P.O. Ingrassia</b> (Radiologia) |

## 1.2. Strutture sanitarie territoriali

Si riporta il prospetto riassuntivo dell'autovalutazione condotta nelle strutture sanitarie territoriali (ambulatori specialistici dei distretti sanitari di Palermo, consultori familiari, centri di salute mentale, ambulatori di neuropsichiatria infantile, servizi di tossicodipendenza)

| La check list   | SI  | NO   |
|---|---|--|
| <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>Distretto 33 (Poliambulatorio Cefalù, Poliambulatorio, Castelbuono)<br/>           Distretto 34<br/>           Distretto 35<br/>           Distretto 36<br/>           Distretto 37<br/>           Distretto 38 (Poliambulatorio Lercara, Palazzo Adriano)<br/>           Distretto n. 39<br/>           Distretto n. 40<br/>           Distretto n. 41<br/>           Distretto n. 42 (Zen, Pa Centro, PTA Albanese, PTA Casa del sole, Pozzillo, Aiuto Materno, PTA Guadagna, PTA Biondo, Lampedusa)<br/>           DSM (CSM1,2,3,4,5,6,7,8,9; NPI Amb dedicati 1,2,3,4,5,6; UOC Dipendenze patologiche)<br/>           Dipartimento Salute donna (Consultori familiari di Montelepre, Partinico, Carini, Villaggio Ruffini, S. Filippo Neri, Albanese, Libertà)<br/>           Dipartimento di Riabilitazione</p>           | <p>Consultori familiari di :<br/>           Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo</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>Distretto 33 (Poliambulatorio Cefalù Poliambulatorio Castelbuono )<br/>           Distretto 34<br/>           Distretto 35<br/>           Distretto 36<br/>           Distretto 37<br/>           Distretto 38 (Poliambulatorio Lercara; Palazzo Adriano)<br/>           Distretto n. 39<br/>           Distretto n. 40<br/>           Distretto n. 41<br/>           Distretto n. 42 (Zen, Pa Centro, PTA Albanese, PTA Casa del sole, Pozzillo, Aiuto Materno, PTA Guadagna, PTA Biondo, Lampedusa)<br/>           DSM (CSM1,2,3,4,5,6,7,8, 9; NPI Amb dedicati 1,2,3,4,5,6; UOC Dipendenze patologiche)<br/>           Dipartimento Salute donna e bambino (Consultori familiari di Montelepre, Partinico, Carini, Villaggio Ruffini, S. Filippo Neri, Albanese, Libertà)<br/>           Dipartimento di Riabilitazione</p> | <p>Consultori familiari di :<br/>           Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo</p> |



## 2. PIANO DI MIGLIORAMENTO RELATIVO ALLA QUALITÀ PROGETTATA

### 2.1 Azioni di miglioramento nei Presidi ospedalieri

Si riportano di seguito il prospetto delle azioni di miglioramento rispetto alle criticità individuate successivamente all'autovalutazione sul modello di qualità progettata condotta nei Presidi ospedalieri dell'ASP di Palermo sia per le prestazioni ambulatoriali sia per quelle erogate durante il ricovero.

#### 2.1.1 Prestazioni ambulatoriali

|  |  |
|--|--|
| <b>Criticità riscontrata: Assenza del foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti</b>  |  |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Partinico - P.O. Dei Bianchi - P.O. Ingrassia   |
| N° Unità Operative 10  | P.O. Partinico (ORL)<br>P.O. Dei Bianchi (Pediatria, Radiologia, Medicina)<br>P.O. Ingrassia (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia Medicina Patologia clinica, Pneumologia)  |
| Descrizione azione di miglioramento  | Predisposizione di fogli informativi che descrivano: orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti   |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Migliorare l'informazione all'utenza   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza di foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti affisso e/o disponibile per la consegna   |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |
| <b>Criticità riscontrata: Mancata consegna di relazione, da parte del medico all'utente, alla fine della prestazione, 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</b> |  |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Ingrassia - P.O. S. Cimino - P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 7   | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia, Patologia clinica)<br>P.O. S. Cimino (Radiologia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto - (Patologia clinica, Radiologia)  |
| Descrizione azione di miglioramento  | Riunioni dei responsabili delle UU.OO. con i medici per promuovere la redazione e la consegna agli utenti di relazioni complete delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc.) qualora si prevedano nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Migliorare l'informazione all'utenza: orientamento nei percorsi personalizzati   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Consegna agli utenti di relazioni complete delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc.) qualora si prevedano nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |

## 2.1.2 Prestazioni durante il ricovero programmato a ciclo continuativo

|   |   |
|---|---|
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di una procedura scritta per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero</b> |   |
| N° Presidi Ospedalieri 4  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino - P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 12   | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia, Medicina, Pneumologia, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Pediatria, Medicina)P.O. S. Cimino (Pediatria, Chirurgia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina) |
| Descrizione azione di miglioramento   | Predisposizione di procedura/ documento scritto per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero  |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.   |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012   |
| Obiettivo   | Migliorare l'accoglienza dei pazienti che vengono ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di documento scritto che descrive le modalità di accettazione e presa in carico del paziente in regime di ricovero  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)   |
| <b>Criticità riscontrata: Mancata esposizione degli orari previsti per l'accettazione all'ingresso del reparto</b>                        |   |
| N° Presidi Ospedalieri 3  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino  |
| N° Unità Operative 9  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia, Pneumologia, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Rianimazione)  |
| Descrizione azione di miglioramento   | Predisposizione di avvisi esposti con gli orari previsti per l'accettazione all'ingresso del reparto  |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.   |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012   |
| Obiettivo   | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di avvisi esposti con gli orari previsti per l'accettazione all'ingresso del reparto  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)   |
| <b>Criticità riscontrata Mancata evidenza che il personale conosca le procedure</b>   |   |
| N° Presidi Ospedalieri 4  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 10   | P.O. Ingrassia (Cardiologia Geriatria, Ostetricia Pneumologia UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria Ortopedia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia)                   |
| Descrizione azione di miglioramento   | Diffusione documentata, attraverso riunioni o distribuzione dei documenti, a tutto il personale dei documenti/ procedure/ piani di miglioramento finalizzati a migliorare l'organizzazione del reparto.             |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.   |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012   |
| Obiettivo   | Migliorare l'informazione e il coinvolgimento del personale   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di documentazione sulla diffusione dei documenti /procedure   |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani e disabili</b>  |  |
| N° Presidi Ospedalieri 6   | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino, P.O. Civico Partinico P.O. Madonna SS. Dell'Alto – Villa delle ginestre  |
| N° Unità Operative 26  | P.O. Ingrassia (Geriatría, Ostetricia, Medicina, Radiologia, Pneumologia, UTIN) P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino<br>(Pediatria, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia, Ortopedia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina)<br>Villa delle Ginestre   |
| Descrizione azione di miglioramento  | Coinvolgimento di personale specializzato (es. assistenti sociali, psicologi) per facilitare la comunicazione con pazienti anziani e disabili  |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Disponibilità di personale specializzato (es. assistenti sociali, psicologi) per facilitare la comunicazione con pazienti anziani e disabili   |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di procedure finalizzate a ridurre le barriere linguistiche o culturali per pazienti provenienti da etnie diverse, ciascuna con la propria lingua e cultura di origine</b> |  |
| N° Presidi Ospedalieri 6   | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino, P.O. Civico Partinico P.O. Madonna SS. Dell'Alto – Villa delle Ginestre  |
| N° Unità Operative 26  | P.O. Ingrassia (Geriatría, Ostetricia, Medicina, Pneumologia, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia)<br>P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina)<br>Villa delle ginestre |
| Descrizione azione di miglioramento  | Diffusione e uso di dizionario multilingue specifico per ambito sanitario  |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza/ Disponibilità di dizionario multilingue specifico per ambito sanitario  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che specifichi l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione</b> |  |
| N° Presidi Ospedalieri 2  | P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino  |
| N° Unità Operative 2  | P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)   |
| Descrizione azione di miglioramento   | Predisposizione di fogli informativi che specifichino l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione                                     |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo   | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che specifichi l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che specifichi quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze</b>    |  |
| N° Presidi Ospedalieri 3  | P.O. Ingrassia P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino   |
| N° Unità Operative 3  | P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)<br>P.O. Ingrassia (Ostetricia)  |
| Descrizione azione di miglioramento   | Predisposizione di fogli informativi che specifichino quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze  |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo   | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che specifichi quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze    |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che informi il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami</b>                                     |  |
| N° Presidi Ospedalieri 4  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino - P.O. Madonna SS. Dell'Alto  |
| N° Unità Operative 8  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Ostetricia, UTIN, Pneumologia, Ortopedia)<br>P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Medicina)                                    |
| Descrizione azione di miglioramento   | Predisposizione di foglio informativo che informi il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami  |
| Professionista responsabile   | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione   | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo   | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che informi il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami                                     |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi   | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di una carta dei diritti/doveri dei pazienti affissa in luoghi facilmente visibili e mancata consegna di informazioni scritte sui diritti e doveri</b> |  |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Ingrassia P.O. Dei Bianchi P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 5   | P.O. Ingrassia (Pneumologia)<br>P.O. Dei Bianchi (Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina)   |
| Descrizione azione di miglioramento  | Predisposizione di fogli informativi sui diritti/doveri dei pazienti e loro affissione in luoghi visibili e/o consegna ai soggetti interessati   |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Migliorare l'informazione dei pazienti che devono essere ricoverati  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza di foglio informativo sui diritti/doveri dei pazienti, affisso in luoghi visibili e/o consegnato all'utenza.   |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |
| <b>Criticità riscontrata: Assenza di un documento che definisce le modalità per rispondere alle richieste di assistenza religiosa</b>  |  |
| N° Presidi Ospedalieri 5   | P.O. Ingrassia, P.O. Civico Partinico, P.O. Dei Bianchi, P.O. S. Cimino<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto  |
| N° Unità Operative 23  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Ostetricia Ortopedia UTIN Pneumologia)<br>P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino<br>(Pediatria, Ortopedia, Medicina, ORL, Chirurgia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina) |
| Descrizione azione di miglioramento  | Predisposizione di elenco con i riferimenti telefonici delle confessioni religiose presenti nel territorio di riferimento  |
| Professionista responsabile  | Responsabile dell' U.O.  |
| Tempi di attuazione  | Entro la fine del secondo semestre 2012  |
| Obiettivo  | Assicurare la risposta alle richieste di assistenza religiosa  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza/Disponibilità di elenco con i riferimenti telefonici delle confessioni religiose presenti nel territorio di riferimento  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)  |

## 2.2 Azioni di miglioramento nelle strutture sanitarie territoriali

|  |  |
|--|--|
| <p>Criticità riscontrata <b>Assenza del foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti</b></p>  |  |
| N. Consulteri familiari: 33  | <p>Consulteri familiari di :<br/>           Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo</p>                             |
| Descrizione azione di miglioramento  | <p>Predisposizione di fogli informativi che descrivano:<br/>           orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti</p>   |
| Professionista responsabile  | <p>Responsabile del Consultorio familiare</p>  |
| Tempi di attuazione  | <p>Entro la fine del secondo semestre 2012</p>   |
| Obiettivo  | <p>Migliorare l'informazione all'utenza</p>  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | <p>Esistenza di foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti affisso e/o disponibile per la consegna</p>  |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | <p>Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)</p>   |
| <p>Criticità riscontrata <b>Mancata consegna di relazione, da parte del medico all'utente, alla fine della prestazione, 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</b></p> |  |
| N° Consulteri familiari: 33  | <p>Consulteri familiari di :<br/>           Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo</p>                             |
| Descrizione azione di miglioramento  | <p>Riunione del responsabile dell'U.O. C. Salute donna e bambino territoriale con i medici dei consulteri per promuovere la redazione e la consegna agli utenti di relazioni complete delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc.) qualora si prevedano nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare</p> |
| Professionista responsabile  | <p>Responsabile del consultorio</p>  |
| Tempi di attuazione  | <p>Entro la fine del secondo semestre 2012</p>   |
| Obiettivo  | <p>Migliorare l'informazione all'utenza: orientamento nei percorsi personalizzati</p>  |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | <p>Consegna agli utenti di relazioni complete delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc.) qualora si prevedano nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare</p>   |
| Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi  | <p>Trimestrale (fine terzo trimestre e quarto trimestre)</p>   |

## B. QUALITA' PERCEPITA

### 1. RISULTATI DELLA RILEVAZIONE

Nel corso dell'anno 2012 in questa Asp è proseguita l'applicazione del Decreto Regionale del 28 dicembre 2010 dell'Assessore per la Salute "Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti", attraverso la somministrazione di questionari di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale e dei servizi diagnostici ambulatoriali (v. Prospetto generale dei questionari somministrati).

Come nell'anno 2011, al fine di individuare in modo specifico le criticità più evidenti e mettere in atto interventi di miglioramento ad hoc, è stata condotta un'analisi dei questionari somministrati nelle singole strutture assumendo come soglia degna di attenzione e di intervento specifico quella del 20% di giudizi meno favorevoli (per la quasi totalità delle domande si è considerata la somma delle risposte "pessimo e insufficiente" per quanto riguarda i giudizi qualitativi, e la somma delle risposte "molto lungo e lungo" per quanto riguarda i giudizi quantitativi). Si riporta qui di seguito, relativamente al primo trimestre 2012, l'analisi dettagliata delle criticità individuate come sopra esposto e le azioni di miglioramento proposte.

Si precisa comunque che un intervento di carattere generale sarà rappresentato da una conferenza di servizio all'interno di ciascuna struttura per presentare i risultati dei questionari al personale e definire azioni specifiche di miglioramento condivise oltre a quelle sotto specificate.

Prospetto generale dei questionari somministrati Anno 2012 - 1<sup>mo</sup> trimestre

| Servizi diagnostici ed ambulatoriali<br>(Questionari <i>AMB</i> ) - Strutture territoriali | Questionari da somministrare nel |                   | Questionari somministrati nel 1° trim. |
|--|----------------------------------|-------------------|--|
|  | Anno 2012                        | Singolo Trimestre |  |
| Distretto 33-Cefalù  | 182                              | 45                | 50                                     |
| Distretto 34-Carini  | 141                              | 35                | 35                                     |
| Distretto 35-Petralia Sottana  | 111                              | 28                | 30                                     |
| Distretto 36-Misilmeri   | 112                              | 28                | 30                                     |
| Distretto 37-Termini Imerese   | 205                              | 51                | 100                                    |
| Distretto 38-Lercara Friddi  | 363                              | 91                | 127                                    |
| Distretto 39-Bagheria  | 338                              | 84                | 100                                    |
| Distretto 40-Corleone  | 118                              | 30                | 53                                     |
| Distretto 41-Partinico   | 132                              | 33                | 35                                     |
| Distretto 42-Poliambulatorio<br><i>Centro</i>  | 574                              | 144               | 164                                    |
| Distretto 42-PTA <i>Biondo</i>   | 463                              | 116               | 221                                    |
| Distretto 42-PTA <i>Casa del Sole</i>  | 191                              | 48                | 50                                     |
| Distretto 42-PTA <i>Albanese</i>   | 563                              | 141               | 140                                    |
| Distretto 42-PTA <i>Guadagna</i>   | 253                              | 63                | 175                                    |
| <b>Totale Questionari <i>AMB</i> - Territorio</b>  | <b>3.746</b>                     | <b>937</b>        | <b>1.310</b>                           |
|  |                                  |                   | 139,81%                                |

| Servizi diagnostici ed ambulatoriali<br>(Questionari <i>AMB</i> ) - Presidi ospedalieri | Questionari da somministrare nel |                   | Questionari somministrati ne1° trim. |
|---|----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
|   | Anno 2012                        | Singolo Trimestre |                                      |
| PO <i>Cimino-Termini Imerese</i>  | 200                              | 50                | 51                                   |
| PO <i>Civico-Partinico</i>  | 240                              | 60                | 180                                  |
| PO <i>Dei Bianchi-Corleone</i>  | 280                              | 70                | 71                                   |
| PO <i>Ingrassia-Palermo</i>   | 400                              | 100               | 147                                  |
| PO <i>Madonna dell'Alto-Petralia Sottana</i>  | 280                              | 70                | 93                                   |
| PO <i>Villa delle Ginestre-Palermo</i>  | 120                              | 30                | 70                                   |
| <b>Totale Questionari <i>AMB</i> nei PP.OO.</b>   | <b>1.520</b>                     | <b>380</b>        | <b>612</b>                           |
|   |                                  |                   | 161%                                 |
| <b>TOTALE Questionari <i>AMB</i></b>  | <b>5.266</b>                     | <b>1.317</b>      | <b>1.922</b>                         |

| Servizi di ricovero e cura (Questionari <i>OSP</i> ) | Questionari da somministrare nel |                   | Questionari somministrati ne1° trim. |
|--|----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
|  | Anno 2012                        | Singolo Trimestre |                                      |
| PO <i>Cimino</i>                                     | 242                              | 61                | 60                                   |
| PO <i>Civico</i>                                     | 284                              | 71                | 85                                   |
| PO <i>Dei Bianchi</i>                                | 122                              | 31                | 34                                   |
| PO <i>Ingrassia</i>                                  | 439                              | 110               | 110                                  |
| PO <i>Madonna dell'Alto</i>                          | 101                              | 25                | 25                                   |
| PO <i>Villa delle Ginestre</i>                       | 12                               | 3                 | 9                                    |
| <b>Totale Questionari <i>OSP</i> nei PP.OO.</b>      | <b>1.200</b>                     | <b>301</b>        | <b>323</b>                           |
|  |                                  |                   | 107%                                 |
| <b>Totale Satisfaction Anno 2012</b>                 | <b>6.466</b>                     | <b>1.618</b>      | <b>2.245</b>                         |

## Analisi dei dati

### **1.a Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale**

- nel *P.O. Madonna Dell' Alto di Petralia Sottana* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo non hanno superato, anche sommate tra di loro, l'8 % delle risposte tranne nella n. 5i (possibilità di scelta del menù);
- nel *P.O. Civico di Partinico* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo non hanno superato, anche sommate tra di loro, il 12% delle risposte;
- nel *P.O. Dei Bianchi di Corleone* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo sommate tra di loro hanno superato la soglia del 20% in 4 domande (*funzionalità dei servizi igienici, qualità dei pasti, orari dei pasti e possibilità di scelta del menù*);
- nel *P.O. G.F.Ingrassia di Palermo* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo sommate tra di loro hanno superato la soglia del 20% in 3 domande (*funzionalità dei servizi igienici, qualità dei pasti e possibilità di scelta del menù*);
- nel *P.O. S. Cimino di Termini Imerese* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo sommate tra di loro hanno superato la soglia del 20% in 2 domande (*qualità dei pasti e possibilità di scelta del menù*);
- nel *Presidio di Villa delle Ginestre di Palermo* le risposte che corrispondono ad un giudizio negativo sommate tra di loro hanno superato la soglia del 20% in 7 domande di cui 1 riguardante



l'accoglienza al momento del ricovero (Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto), 2 riguardanti il personale medico (*informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute, sui rischi legati alle cure e alla terapia*) 1 riguardante il personale infermieristico (*disponibilità ad ascoltare le richieste*) e 3 riguardanti gli ambienti e l'organizzazione (*qualità dei pasti, orari dei pasti, possibilità di scelta del menù*).

### **1.b Questionario di valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali**

Si riportano i quesiti (con il relativo numero nel questionario) che hanno riportato un giudizio negativo con una percentuale superiore al 20%:

#### **Distretto 33 Cefalù:**

Non si rilevano criticità quantitativamente rilevanti.

#### **Distretto 34 Carini :**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9b. Raggiungibilità della struttura
- 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
- 9d. Barriere architettoniche
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket

#### **Distretto 35 Petralia Sottana + P.O. Madonna dell'Alto:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi

#### **Distretto 36 Misilmeri:**

- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9b. Raggiungibilità della struttura

#### **Distretto 37 Termini Imerese:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9b. Raggiungibilità della struttura
- 11) Tempo trascorso tra l'orario indicato e il momento in cui è stato chiamato per eseguire la prestazione
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket

#### **P.O. S. Cimino Termini Imerese:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9b. Raggiungibilità della struttura
- 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
- 9d. Barriere architettoniche

- 11) Tempo trascorso tra l'orario indicato e il momento in cui è stato chiamato per eseguire la prestazione
- 12) Pulizia degli ambienti
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)
- 14) Attenzione dedicata dal professionista
- 15) Informazione sulla diagnosi e sulle condizioni di salute
- 17) Riservatezza durante la visita/terapia/esame
- 18) Gentilezza e cortesia del personale
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket
- 20) Tempo di consegna del referto

**Distretto 38 Lercara:**

Non si rilevano criticità quantitativamente rilevanti.

**Distretto 39 Bagheria:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)

**Distretto 40 Corleone + P.O. Dei Bianchi:**

- 9) 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
- 9d. Barriere architettoniche
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)

**Distretto 41 Partinico:**

Non si rilevano criticità quantitativamente rilevanti.

**P.O. Civico Partinico:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
- 9d. Barriere architettoniche
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket

**Distretto 42 PA - Poliambulatorio Centro:**

- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9) 9a. Disponibilità di parcheggi
- 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio

**Distretto 42 PA - PTA Albanese:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 11) Tempo trascorso tra l'orario indicato e il momento in cui è stato chiamato per eseguire la prestazione

**Distretto 42 PA - PTA *Biondo*:**

Non si rilevano criticità quantitativamente rilevanti.

**Distretto 42 PA - PTA *Casa del Sole (Aiuto Materno + Poliambulatorio Borgo Nuovo)*:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9)
  - 9a. Disponibilità di parcheggi
  - 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
  - 9d. Barriere architettoniche
- 12) Pulizia degli ambienti
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket

**Distretto 42 PA - PTA *Guadagna*:**

- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9)
  - 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
- 12) Pulizia degli ambienti
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)

**P.O. *G.F. Ingrassia*:**

- 7) Agevolezza della modalità di prenotazione
- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute
- 9)
  - 9a. Disponibilità di parcheggi
  - 9b. Raggiungibilità della struttura
  - 9c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio
  - 9d. Barriere architettoniche
- 11) Tempo trascorso tra l'orario indicato e il momento in cui è stato chiamato per eseguire la prestazione
- 12) Pulizia degli ambienti
- 13) Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ...)
- 14) Attenzione dedicata dal professionista
- 15) Informazione sulla diagnosi e sulle condizioni di salute
- 16) Informazioni sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa
- 17) Riservatezza durante la visita/terapia/esame
- 18) Gentilezza e cortesia del personale
- 19) Tempo di attesa per il pagamento del ticket
- 20) Tempo di consegna del referto

***Villa delle Ginestre*:**

- 8) Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute

## 2. PIANO DI MIGLIORAMENTO PER LE CRITICITÀ DELLA QUALITÀ PERCEPITA

### 2.a Azioni di miglioramento nei servizi di ricovero e cura

- **Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto**

Strutture interessate: *Villa delle Ginestre*

#### **Azione di miglioramento**

##### **Descrizione:**

Predisposizione e disponibilità di documento che illustra l'organizzazione del reparto

**Professionista responsabile:** Direttore della struttura o altra figura individuata da quest'ultimo

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Assicurare le informazioni sull'organizzazione del reparto

**Indicatori di monitoraggio:** Disponibilità di documento che illustra l'organizzazione di reparto

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute (personale medico)**

Strutture interessate: *Villa delle Ginestre*

#### **Azione di miglioramento**

##### **Descrizione:**

-Comunicazione agli utenti del professionista designato a fornire informazioni su diagnosi, condizioni di salute durante la degenza e dei giorni e orari di rilascio delle informazioni;

-Consegna di relazione di dimissione con specificazione della diagnosi e delle condizioni di salute

**Professionista responsabile:** Direttore della struttura o altra figura individuata da quest'ultimo

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare le informazioni fornite all'utente sul suo stato di salute anche al fine di migliorare la compliance sul progetto terapeutico

**Indicatori di monitoraggio:** Disponibilità di foglio informativo con indicazione del professionista designato a fornire informazioni su diagnosi e condizioni di salute e dei giorni e orari di rilascio delle informazioni; N. relazioni di dimissione con specificazione della diagnosi e delle condizioni di salute/N. relazioni di dimissione

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia (personale medico)**

Strutture interessate: *Villa delle Ginestre*

#### **Azione di miglioramento**

**Descrizione:** Predisposizione e consegna agli utenti di documenti informativi sulle principali prestazioni diagnostico/terapeutiche e sui loro rischi;

**Professionista responsabile:** Direttore della struttura o altra figura individuata da quest'ultimo

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Fornire informazioni specifiche sui rischi legati alle cure e alla terapia

**Indicatori di monitoraggio:** Esistenza di fogli informativi sulle principali prestazioni diagnostico/terapeutiche e sui loro rischi

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti (personale infermieristico)**

Strutture interessate: *Villa delle Ginestre*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Organizzazione di incontri con il personale infermieristico per migliorare l'ascolto delle richieste dei pazienti

**Professionista responsabile:** Direttore della struttura o altra figura individuata da quest'ultimo

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare l'attenzione dedicata dal personale infermieristico alle richieste dei pazienti

**Indicatori di monitoraggio:** N. incontri con il personale infermieristico per migliorare l'attenzione dedicata alle richieste dei pazienti con evidenza di interventi di miglioramento

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Qualità dei pasti e possibilità di scelta del menù**

Strutture interessate: *P.O. G. F. Ingrassia, P.O. S. Cimino, P.O. Dei Bianchi, P.O. Madonna dell'Alto, Villa delle Ginestre*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Verifica del rispetto del capitolato da parte delle ditte titolari della fornitura dei pasti;

- Segnalazione delle inosservanze alle ditte

**Professionista responsabile:** Direttore medico di Presidio o figura da questi individuata

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Assicurare la conformità delle caratteristiche organolettiche degli alimenti e la possibilità di scelta del menu

**Indicatori di monitoraggio:** N. UU.OO. di degenza in cui viene effettuata verifica trimestrale della conformità delle caratteristiche organolettiche con segnalazione alle ditte di eventuali difformità/ N. UU.OO. di degenza totali;

N.UU.OO. di degenza in cui viene effettuata verifica trimestrale sulla possibilità di scelta del menu/N. UU.OO. di degenza totali;

**Periodicità della misurazione degli indicatori:** Trimestrale

- **Funzionalità dei servizi igienici**

Strutture interessate: *P.O. G.F. Ingrassia e P.O. Dei Bianchi*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Verifica della funzionalità dei servizi igienici (funzionamento, presenza di accessori);

- Adozione delle soluzioni correttive (riparazione guasti, acquisto accessori) nei servizi igienici con scarsa funzionalità.

**Professionista responsabile:** Responsabile dell'assistenza infermieristica o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Assicurare la funzionalità dei servizi igienici con tempestiva riparazione dei guasti e fornitura accessori

**Indicatori di monitoraggio:** N. UU.OO. del Presidio in cui viene effettuata la verifica della funzionalità dei servizi igienici con adozione degli interventi correttivi/N. UU.OO. del Presidio

**Periodicità della misurazione degli indicatori:** Trimestrale

- **Orario dei pasti**

Strutture interessate: *P.O. Dei Bianchi, Villa delle Ginestre*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Verifica dell'orario di distribuzione dei pasti ai degenti secondo capitolato;
- Segnalazione delle inosservanze alle ditte titolari della fornitura dei pasti e/o al personale interno.

**Professionista responsabile:** Responsabile dell'assistenza infermieristica o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Assicurare la di distribuzione dei pasti in fascia oraria confacente alle abitudini domiciliari dei pazienti

**Indicatori di monitoraggio:** N. UU.OO. di degenza del Presidio in cui viene effettuata la verifica dell'orario di distribuzione dei pasti ai degenti secondo capitolato con adozione di eventuali interventi correttivi/N. UU.OO. di degenza del Presidio

**Periodicità della misurazione degli indicatori:** Trimestrale

## **2. b Azioni di miglioramento nei servizi diagnostici e ambulatoriali**

- **Agevolezza della modalità di prenotazione**

Strutture interessate: *n. 34 Carini, n. 35 Petralia Sottana, n. 37 Termini Imerese, n. 39 Bagheria, PTA E. Albanese, PTA Casa del sole, P.O. Madonna dell'Alto, P.O. Cimino, P.O. Civico, P.O. G.F. Ingrassia.*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Monitoraggio nelle diverse ore della giornata del tempo di attesa per l'effettuazione della prenotazione allo sportello;
- Eventuale potenziamento del personale addetto in caso di lunghi tempi di attesa;
- Diffusione agli utenti di informazioni sulla possibilità di prenotazione telefonica al numero verde CUP

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero; Responsabile del Poliambulatorio o altra figura individuata dal Direttore del Distretto sanitario/PTA

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare la facilità delle prenotazioni di visite e prestazioni specialistiche sia attraverso la riduzione dei tempi di attesa nelle sedi di prenotazione sia incentivando la prenotazione telefonica tramite CUP

**Indicatori di monitoraggio:** N. verifiche del tempo di attesa per effettuare la prenotazione nelle sedi di prenotazione;

N. sportelli per la prenotazione attivi dopo la verifica del tempo di attesa / N. sportelli per la prenotazione attivi prima della verifica del tempo di attesa;

Esistenza di fogli informativi affissi nelle sedi di prenotazione con l'indicazione del numero verde CUP

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute**

Strutture interessate *Distretti n. 34 Carini, n. 35 Petralia Sottana, n. 36 Misilmeri, n. 37 Termini Imerese n. 39 Bagheria, n. 42 Poliambul. Centro Palermo, PTA E. Albanese, PTA Casa del sole, PTA Guadagna, P.O. G.F.Ingrassia, P.O. Madonna dell'Alto, P.O. Civico, P.O. Cimino, Villa delle Ginestre.*

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Verifica a campione sul rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni rispetto alla classe di priorità;
- Segnalazione all'U.O. CUP dei casi di mancanza di posti disponibili per le prestazioni delle diverse classi di priorità e proposta alla stessa U.O. di eventuale revisione delle agende di prenotazione locali per migliorare l'offerta di prestazioni nella struttura;
- Diffusione di informazioni agli utenti sul rapporto fra classe di priorità indicata nella ricetta SSN e il tempo di attesa della prestazione richiesta (es. affissione di manifesti esplicativi sul Decreto assessoriale 12 agosto 2010 – GURS 27 agosto 2010)

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero; Responsabile del Poliambulatorio

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Rispettare il tempo di attesa delle prestazioni secondo classe di priorità

**Indicatori di monitoraggio:** N. verifiche sul rispetto dei tempi di attesa;

Esistenza di report all'U.O. CUP di mancato rispetto dei tempi di attesa previsti per le prestazioni delle diverse classi di priorità;

Esistenza di fogli informativi per gli utenti sulle classi di priorità delle prestazioni specialistiche

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Accessibilità alla struttura**

**a. Disponibilità di parcheggi**

Strutture interessate: *(Distretti n. 34 Carini, n. 35 Petralia Sottana, n. 36 Misilmeri, n. 37 Termini Imerese, n. 39 Bagheria, n. 42 Poliamb. Centro Palermo, PTA Casa del Sole, P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Civico, P.O. Madonna dell'Alto, P.O. Cimino)*

**b. Raggiungibilità della struttura**

Strutture interessate *(Distretti n. 34 Carini, n. 36 Misilmeri, n. 37 Termini Imerese, P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Cimino)*

**c. Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio**

Strutture interessate *(Distretti n. 34 Carini, n. 40 Corleone, n. 42 Poliamb. Centro Palermo, P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Cimino, P.O. Dei Bianchi, P.O. Civico, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna)*

**d. Barriere architettoniche**

Strutture interessate *(Distretti n. 34 Carini, n. 40 Corleone, P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Dei Bianchi, P.O. Civico, P.O. Cimino, PTA Casa del Sole)*

### **Azione di miglioramento**

#### **Descrizione:**

- Disponibilità di parcheggi: Esistenza di posti riservati a pazienti con disabilità;
- Segnaletica: Miglioramento della segnaletica interna per raggiungere gli ambulatori;
- Barriere architettoniche: Elaborazione, congiuntamente con gli uffici tecnici, di un piano fattibile di interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero o dal Direttore del distretto sanitario/PTA

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare l'accesso alla struttura e agli ambulatori da parte degli utenti

**Indicatori di monitoraggio:** n. posti auto riservati a pazienti con disabilità; n. verifiche adeguatezza della segnaletica interna per gli ambulatori; Esistenza di piano fattibile di interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Tempo trascorso tra l'orario indicato e il momento in cui è stato chiamato per eseguire la prestazione**

Strutture interessate (*Distretto n. 37 Termini Imerese, P.O. Cimino, P.O. G.F. Ingrassia, PTA Albanese*)

### **Azione di miglioramento**

#### **Descrizione:**

- Verifica periodica presso le sale di attesa degli ambulatori del tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata di quest'ultimo.

In caso di riscontro di tempo di attesa lungo (superiore a 60 minuti):

- controllo del rispetto dell'orario di servizio da parte dei medici specialisti
- revisione degli orari di appuntamento

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero; Responsabile del Poliambulatorio o altra figura individuata dal Direttore del Distretto sanitario/PTA

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Ridurre il tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata di quest'ultimo

**Indicatori di monitoraggio:** N. ambulatori con verifica del tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata di quest'ultimo /N. ambulatori attivi;

N. ambulatori con tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata superiore a 60 minuti su cui si adottano interventi correttivi/ N. ambulatori con tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata superiore a 60 minuti

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Pulizia degli ambienti**

Strutture interessate (*P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Cimino, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna*)

### **Azione di miglioramento**

#### **Descrizione:**

- Verifica periodica dell'effettuazione della pulizia da parte delle ditte titolari del servizio;
- Segnalazione delle inosservanze alle ditte;
- Verifica della disponibilità in tutti gli ambienti di contenitori per i rifiuti ed eventuale allocazione degli stessi.



**Professionista responsabile:** Responsabile dell'assistenza infermieristica o altra figura delegata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero o Direttore del Distretto sanitario/PTA  
**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012  
**Obiettivo:** Migliorare la pulizia degli ambienti  
**Indicatori di monitoraggio:** N. verifiche dell'effettuazione delle pulizie da parte delle ditte titolari del servizio e della disponibilità di contenitori per i rifiuti  
N. difformità riscontrate su cui si effettuano interventi correttivi/N. difformità riscontrate  
**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche...)**

Strutture interessate: (*Distretti n. 34 Carini, n. 39 Bagheria, n. 40 Corleone, P.O. G.F. Ingrassia, P.O. Cimino, P.O. Civico, P.O. Dei Bianchi, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna*)

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Verifica periodica degli arredi presenti nelle strutture;
- Miglioramento della comodità degli ambienti tramite allocazione di arredi

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero o dal Direttore del distretto sanitario/PTA

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare la comodità degli ambienti utilizzati dagli utenti

**Indicatori di monitoraggio:** N. verifiche periodiche degli arredi presenti nella strutture;  
N. criticità riscontrate su cui si effettuano interventi correttivi/N. criticità riscontrate

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Attenzione dedicata dal professionista**

Strutture interessate: (*P.O. Ingrassia; P.O. Cimino*)

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Organizzazione di incontri con i professionisti per migliorare l'attenzione dedicata ai pazienti anche allo scopo di individuare specifici elementi correttivi (es. tempo dedicato all'anamnesi e all'esame obiettivo e verifica della comprensione delle informazioni date al paziente).

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare l'attenzione dedicata dal professionista agli utenti rispetto alle attese di questi ultimi

**Indicatori di monitoraggio:** N. incontri con i professionisti per migliorare l'attenzione dedicata ai pazienti con evidenza di interventi di miglioramento programmati

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Informazioni sulla diagnosi e sulle condizioni di salute**

Strutture interessate: (*P.O. Ingrassia; P.O. Cimino*)

- **Informazioni sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa**

Strutture interessate: (*P.O. Ingrassia*)

**Azione di miglioramento:****Descrizione:**

Consegna di relazione di dimissione con specificazione della diagnosi, delle condizioni di salute, terapia e di indicazioni comportamentali e igienico-dietetiche a domicilio

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare le informazioni fornite all'utente sul suo stato di salute anche al fine di migliorare la compliance sul progetto terapeutico

**Indicatori di monitoraggio:** N. relazioni di dimissione con specificazione della diagnosi, delle condizioni di salute, terapia e di indicazioni comportamentali, igienico-dietetiche a domicilio/N. relazioni di dimissione

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame**
- **Gentilezza e cortesia del personale**

Strutture interessate: (P.O. Ingrassia; P.O. Cimino)

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:** Organizzazione di incontri con il personale sanitario per individuare gli interventi finalizzati a migliorare la riservatezza e la gentilezza del personale durante la visita/terapie/esami

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio ospedaliero

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Migliorare il rispetto della riservatezza durante la visita/terapie/esami e la gentilezza del personale

**Indicatori di monitoraggio:** N. di incontri con il personale sanitario con individuazione di interventi finalizzati a migliorare la riservatezza durante la visita/terapie/esami e la gentilezza del personale

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Tempo di attesa per il pagamento del ticket**

Strutture interessate: (Distretti n. 34 Carini, n. 37 Termini Imerese,, P.O. G.F.Ingrassia, P.O. Cimino, P.O. Civico, PTA Casa del Sole)

**Azione di miglioramento****Descrizione:**

- Verifica periodica del tempo di attesa per il pagamento del ticket;
- Eventuale potenziamento del personale in caso di tempo di attesa lungo;
- Diffusione di informazioni agli utenti sulle diverse possibilità e forme per il pagamento del ticket.

**Professionista responsabile:** Referente qualità/rischio clinico o altra figura individuata dal Direttore medico di Presidio; Responsabile del Poliambulatorio o altra figura individuata dal Direttore del Distretto sanitario/PTA

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Ridurre il tempo di attesa per il pagamento del ticket

**Indicatori di monitoraggio:** n. verifiche sul tempo di attesa per il pagamento del ticket;

N. operatori assegnati al pagamento del ticket prima della verifica del tempo di attesa / n. operatori assegnati al pagamento del ticket dopo la verifica del tempo di attesa; Esistenza di fogli informativi sulle diverse possibilità e forme di pagamento del ticket

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

- **Tempo di consegna del referto**

Struttura interessata (*P.O. G. F. Ingrassia, P.O. Cimino*)

**Azione di miglioramento**

**Descrizione:**

- Disponibilità del referto di esami di chimica clinica entro il giorno feriale successivo alla prestazione
- Disponibilità del referto di esami di radiologia convenzionale, ecografia e Tac entro 48 ore lavorative dall'esecuzione della prestazione (90%) degli esami, tranne casi di particolare complessità in cui si avvisa l'utente del ritardo
- Disponibilità del referto di Risonanza magnetica entro 6 giorni lavorative dall'esecuzione della prestazione, tranne casi di particolare complessità in cui si avvisa l'utente del ritardo

**Professionista responsabile:** Responsabile U.O. Patologia Clinica e Responsabile U.O. Radiodiagnostica

**Tempi di attuazione:** Entro la fine del 2° semestre 2012

**Obiettivo:** Assicurare la disponibilità dei referti di laboratorio di chimica clinica e di radiologia entro i tempi indicati nella "Descrizione dell'azione di miglioramento"

**Indicatori di monitoraggio:** n. UU.OO. di Diagnostica di laboratorio in cui è disponibile il referto di esami di chimica clinica entro il giorno feriale successivo alla prestazione / n. UU.OO. di Diagnostica di laboratorio

n. UU.OO. di Radiologia in cui è disponibile il referto delle prestazioni di radiologia convenzionale, ecografia e TAC entro 2 giorni lavorativi e di Risonanza magnetica entro 6 giorni lavorativi (valore atteso => 90%)/n. UU.OO. di radiologia

**Periodicità di misurazione degli indicatori di monitoraggio:** Trimestrale

## C. AUDIT CIVICO



### RAPPORTO LOCALE

#### Premessa

Le attività di implementazione progettuale si sono svolte secondo i tempi previsti dal cronoprogramma di attuazione e coinvolgendo le strutture aziendale riportate nel Piano Locale. L'Equipe Locale ha lavorato con spirito di integrazione e collaborazione tra le parti interessate (Aziendale e Civica) ed effettuando tutte le visite, presso le strutture e gli attori aziendali, in un clima di risposta positiva che ha fatto vivere le attività di audit nel segno della rilevazione delle criticità e dei punti di forza nell'ottica del miglioramento possibile dei servizi offerti al cittadino.

In tal senso, ci preme sottolineare come da parte dei vertici aziendali e degli stessi operatori coinvolti sia stato dato il giusto risalto e l'opportuna considerazione circa l'importanza strategica che l'audit civico rappresenta anche come possibilità di crescita e cambiamento dell'organizzazione sanitaria presa in esame.

### PIANO LOCALE

#### ELENCO DELL'EQUIPE OPERATIVA LOCALE

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Referente Aziendale:</b><br/><b>Dott. Carlo Gambino</b></p> <p><b>Referente Civico:</b><br/><b>Dott. Enzo Camarda</b></p> <p><b>COMPONENTI EQUIPE DI PARTE CIVICA:</b><br/>Francesca Vincenza D'Aprile<br/>Rossella Di Natale<br/>Antonina Cancila<br/>Costantino Fabio Rubino<br/>Angelo Castiglione</p> | <p><b>COMPONENTI EQUIPE DI PARTE AZIENDALE:</b></p> <p>D.ssa A. Maria Cutrone (URP Aziendale)<br/>D.ssa Gaetana Tomasello (URP Aziendale)<br/>Dott. Guido Cattaneo (PTA "Biondo" Distretto 42)<br/>Dott. Maurizio Gallo (PTA "E. Albanese" Distretto 42)<br/>Dott. Carlo Cottone (P.O. "Madonna dell'Alto" Petralia Sottana)<br/>D.ssa Francesca Novello (P.O. "Ingrassia" Palermo)<br/>Dott. Tullio Conti (P.O. "Cimino" Termini Imerese)<br/>D.ssa Bartolomea Sgrò (P.O. "Civico" Partinico)<br/>Dott. Giovanni Ra (P.O. "Dei Bianchi" Corleone)</p> |
|---|--|

## CAMPO DI APPLICAZIONE

### AREA TERRITORIALE

- 1) U.O.S. CE.DI.AL. (Centro Disturbi Alimentari)
- 2) U.O.S. Centro Diurno Modulo 5 (Palermo D.S. 42)
- 3) U.O.S. Centro Diurno Modulo 6 (Bagheria D.S. 39)
- 4) Ser.T. Bagheria (D.S. 39)
- 5) Ser.T. PA 3 (D.S. 42 – Casa del Sole)
- 6) U.O.S. Promozione della Salute Immigrati D.S. 42 (ex Aiuto Materno)
- 7) U.O.S. Assistenza Specialistica P.T.A. “Biondo”(D.S. 42 – Palermo via La Loggia)
- 8) U.O.S. Assistenza Specialistica P.T.A. “E. Albanese”(D.S. 42 – Palermo via La Loggia)

### AREA OSPEDALIERA

#### *P.O. “Civico” di Partinico*

- 9) U.O.C. Malattie Metaboliche
- 10) U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
- 11) U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

#### *P.O. “Dei Bianchi” di Corleone*

- 12) U.O.S. Pediatria
- 13) U.O.C. Medicina Interna
- 14) U.O.S. Lungodegenza

#### *P.O. “S. Cimino” di Termini Imerese*

- 15) U.O.C. Medicina Interna
- 16) U.O.C. Otorinolaringoiatria
- 17) U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

#### *P.O. “Madonna dell’Alto” di Petralia Sottana*

- 18) U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
- 19) U.O.C. Medicina Interna
- 20) U.O.S. Chirurgia Generale

#### *P.O. “Ingrassia” di Palermo*

- 21) U.O.S. Emodinamica Diagnostica e Cardiologia Interventistica
- 22) U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
- 23) U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

**Strumenti utilizzati nell'*Audit* (Griglie di Osservazione e Questionari)  
e relative Strutture Aziendali coinvolte**

|  | L1Q | L1GO | L2Q | L2GOA | L2GOB | L3QA | L3GOA | L3QB | L3GOB | L3QC | L3GOC |
|--|-----|------|-----|-------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Direzione Generale/<br>Direzione Sanitaria/<br>Ospedaliera/Dipartimentale/<br>Distrettuale |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| Assistenza ospedaliera   |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| Unità operative  |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| Distretto  |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| Poliambulatorio  |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| CSM  |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |
| SerT   |     |      |     |       |       |      |       |      |       |      |       |

**A. I risultati**

**Sintesi Audit Civico ASP 6 Palermo**

Distribuzione dei fattori e degli indicatori valutati nei livelli di applicazione  
**PUNTEGGIO COMPLESSIVO 61**

| <b>I^ Componente</b>   |           |           |            |            |                  |
|--|-----------|-----------|------------|------------|------------------|
| <b>"Orientamento verso i cittadini" <u>Punteggio 55</u></b>  |           |           |            |            |                  |
| Fattori  | <u>L1</u> | <u>L2</u> | <u>L3a</u> | <u>L3b</u> | <u>L3c - L3d</u> |
| 1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie   | 100       | 73        | //         | 98         | 57 – 58          |
| 1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità   | 98        | 62        | //         | 80         | 25 – 25          |
| 1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie | //        | 46        | //         | 79         | 78 – 79          |
| 1.4 Informazione e comunicazione   | //        | 56        | //         | 44         | 56 – 28          |
| 1.5 Comfort - Prestazioni alberghiere  | //        | 55 *      | //         | 33 *       | 69 * - 44        |

| <b>II Componente</b>   |           |           |            |            |                  |
|--|-----------|-----------|------------|------------|------------------|
| <b>"Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario" <u>Punteggio 79</u></b> |           |           |            |            |                  |
| Fattori  | <u>L1</u> | <u>L2</u> | <u>L3a</u> | <u>L3b</u> | <u>L3c - L3d</u> |
| 2.6 Sicurezza dei pazienti   | 100       | 86        | //         | //         | //               |
| 2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti   | 100       | 90        | //         | 50         | 83 – 17          |
| 2.8 Malattie croniche e oncologia  | 67        | //        | //         | //         | //               |
| 2.9 Gestione del dolore  | 80        | 54        | //         | //         | //               |
| 2.10 Prevenzione   | 78        | 100       | //         | 100        | 50 – 50          |

| <b>III Componente</b>   |           |           |            |            |                  |
|---|-----------|-----------|------------|------------|------------------|
| "Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario" <u>Punteggio 57</u> |           |           |            |            |                  |
| Fattori   | <u>L1</u> | <u>L2</u> | <u>L3a</u> | <u>L3b</u> | <u>L3c - L3d</u> |
| 3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti   | 56        | //        | //         | //         | //               |
| 3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda                                   | 59        | //        | //         | //         | //               |
| TOTALI  | 738       | 624       | //         | 484        | 428 – 301        |
| Totali per i livelli osservati  | <u>L1</u> | <u>L2</u> | <u>L3a</u> | <u>L3b</u> | <u>L3c - L3d</u> |
| MEDIA ARITMETICA  | <b>82</b> | <b>69</b> | //         | <b>69</b>  | <b>61 – 43</b>   |

\* = Presenza "Eventi Sentinella" (Vedi Tabella B )

| <b>Tabella A</b>  |
|---|
| <b>LEGENDA Sintesi Livelli di Applicazione</b><br><i>Audit Civico 2011 ASP di Palermo</i>   |
| <b>L1 = Livello Aziendale: Direzione Generale e/o Direzione Sanitaria</b>   |
| <b>L2 = Livello Assistenza Ospedaliera: Direzione Ospedale e UU.OO.</b>   |
| <b>L3 = Livello Assistenza Sanitaria nel Territorio/Cure Primarie:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L3b Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatori);</b></li> <li>- <b>L3c ed L3d Assistenza Specialistica Territoriale e Semiresidenziale erogata dai Centri di Salute Mentale e dai Servizi per le Tossicodipendenze.</b></li> </ul> |

| <b>Tabella B</b>   |
|--|
| <b>*N° 12 EVENTI SENTINELLA RILEVATI DAGLI AUDITOR</b>   |
| L2 – P.O. “Bianchi” di Corleone, U.O. Lungodegenza 1.5 (Comfort) Indicatore 42.1 “Rilevamento di vetri rotti” (- 50).                                    |
| L2 – P.O. “Madonna Dell’Alto” di Petraia Sottana, U.O. Medicina Interna 1.5 (Comfort) Indicatore 42 “Rilevamento segni di fatiscenza alle pareti” (-50). |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10 “Rilevamento segni di fatiscenza alle pareti” (- 25).                               |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.1 “Rilevamento di vetri rotti” (- 25).  |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.2 “Rilevamento di finestre che non si chiudono” (- 25).                             |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.3 “Rilevamento della presenza di insetti, scarafaggi ecc.” (- 25).                  |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.5 “Rilevamento di soffitti e/o muri con   |

|  |
|--|
| ragnatele” (- 25).   |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.6 “Rilevamento di rubinetti rotti” (- 25).            |
| L3b – P.T.A. Albanese, U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.7 “Rilevamento di servizi igienici fuori uso” (- 25). |
| L3c – Ser.T PA3 Indicatore 10 “Rilevamento segni di fatiscenza alle pareti” (- 25).  |
| L3c – Ser.T PA3 Indicatore 10.6 “Rilevamento di rubinetti rotti” (- 25).   |

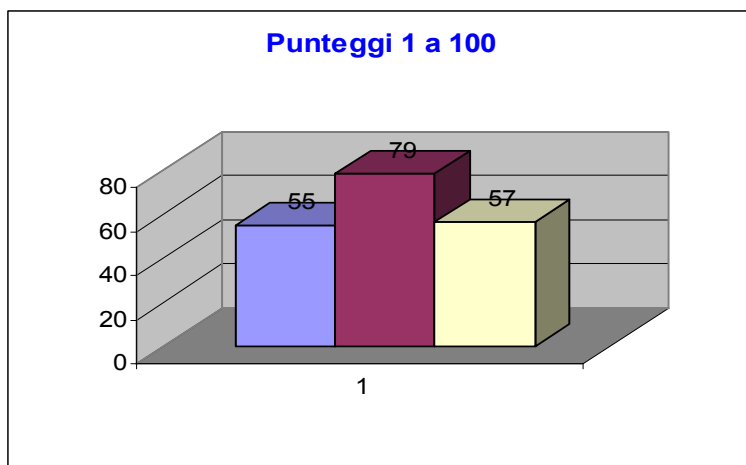
I risultati dell’indagine sopra riportati sono stati validati dall’*Equipe* di parte civica e aziendale, in data 27/04/2012, che ha ratificato il presente rapporto locale con allegato piano di miglioramento aziendale. Inoltre, i risultati in questione sono stati connessi a livello aziendale con gli interventi di *audit* attuati dall’U.O. Qualità e Progettazione e l’U.O. *Risk Management*, questi ultimi all’interno dei Progetti di miglioramento *Patient Safety* e *Emergency Department* in ambito ospedaliero e inseriti nel monitoraggio della piattaforma SAT per il piano di miglioramento relativo agli standard *Joint Commission International*.

Volendo dare uno sguardo di insieme ai dati, accorpandoli per aree (componenti, livelli e principali fattori significativi) emerge chiaramente che per l’ASP di Palermo i punti di forza sono connessi con l’ambito della qualità e della sicurezza del paziente, la prevenzione e l’accesso alle prestazioni. Per quest’ultimo risultato è stato determinante l’entrata in funzione del C.U.P Aziendale, mentre per i precedenti componenti un approccio sistemico che ha creato un lavoro di presidio e una rete aziendale a supporto degli obiettivi connessi al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei pazienti. Invece, riguardo ai punti di debolezza, risaltano i dati negativi circa l’ambito del comfort a livello PTA (in particolare per il PTA “E. Albanese”), la carenza di informazione e di sicurezza delle strutture nei Ser.T. oggetto delle visite.

Di seguito si riportano tre tabelle esemplificative con dati aggregati per: le tre componenti fondamentale dell’Audit Civico, i cinque Livelli Organizzativi Aziendali osservati, alcuni fattori significativi (punti di forza e di debolezza).



## Le tre componenti fondamentali dell'Audit Civico

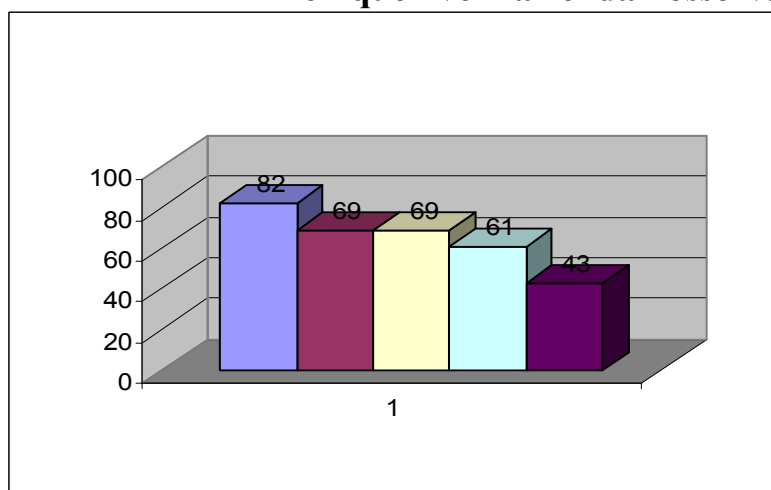


1) Orientamento verso i cittadini;

2) Politiche di particolare rilievo sociale e sanitario (sicurezza, gestione cronicità, prevenzione);

3) Promozione di alcune politiche per la partecipazione degli Utenti/Cittadini

## I cinque livelli aziendali osservati dall'Audit Civico



1) Direzione Strategica

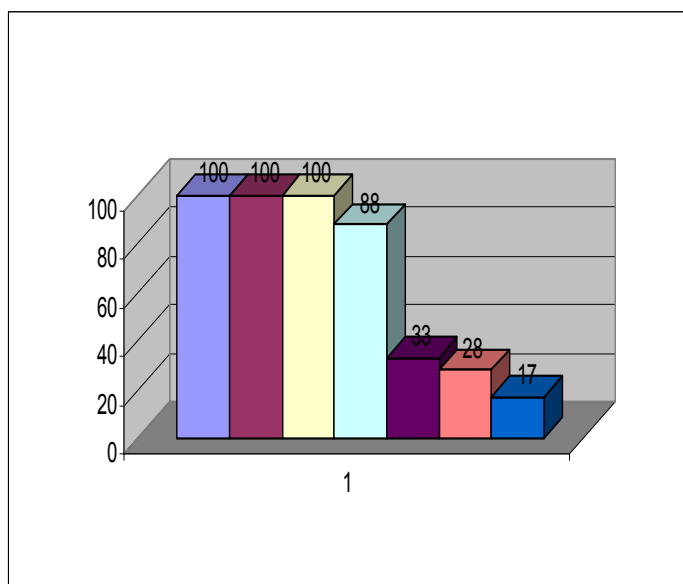
2) Assistenza Ospedaliera

3) Assistenza Specialistica Territoriale

4) Centri Diurni C.S.M.

5) Ser.T

## Sette fattori significativi rilevati dall'Audit Civico (punti di forza e di debolezza)



1) Miglioramento della Qualità e sicurezza dei pazienti (Liv. Direzione Strategica)

2) Prevenzione (Liv. PP.OO e P.T.A.-Poliambulatori)

3) Accesso alle prestazioni (Liv. Direzione Strategica e P.T.A.-Poliambulatori)

4) Sicurezza pazienti e strutture (Liv. PP.OO.)

5) Comfort (Liv. P.T.A.-Poliambulatori)

6) Informazione e comunicazione (Liv. Ser.T.)

7) Sicurezza strutture (Liv. Ser.T)

Si fa presente che **il Piano di Miglioramento**, allegato al presente Rapporto Locale, **ha preso in considerazione tutti i fattori delle tre componenti che hanno fatto registrare un punteggio inferiore a 78.**

## BENCHMARKING INTERNO

### I Componente - Orientamento verso i cittadini

#### 1.1 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

##### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi                            |
| Numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico  |
| Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione        |
| Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg.) |
| Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)  |

Il posizionamento dell'Azienda: IAS = 100

##### **Commento**

**Il posizionamento dell'Azienda sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati e conferma come l'Azienda garantisca l'accesso alle prestazioni sanitarie.**

##### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio  |
| Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano   |
| Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero  |
| Sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file   |
| Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)  |
| Agenda dei Ricoveri programmati presso la Direzione Sanitaria o le Unità Operative, consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti   |
| Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso   |
| Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso  |
| Assenza di barriere architettoniche per l'accesso nei seguenti locali:<br>CUP,<br>dialisi, pronto soccorso,<br>poliambulatorio (aggregazione rilevante di poliambulatori),<br>palestra di riabilitazione,<br>URP,<br>laboratorio analisi,<br>radiologia,<br>sede direzione aziendale (se presente nel complesso dell'ospedale). |
| Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi"<br>Corleone | PO "Ingrassia"<br>Palermo | PO "Madonna<br>dell'Alto"<br>Petalia Sottana | PO "S. Cimino"<br>Termini Imerese | PO "Civico"<br>Partinico |
|------------------------------|---------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|
| 75                           | 79                        | 39   | 87                                | 84                       |

#### Commento

**Il posizionamento raggiunto dai singoli PP.OO. conferma l'impegno a garantire in ogni presidio un accesso alle prestazioni sanitarie più che soddisfacente. Il basso punteggio conseguito dal PO Madonna dell'Alto di Petralia Sottana scaturisce dal processo in atto di rimodulazione della Struttura da ospedaliera a territoriale (P.T.A).**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

#### Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Linee di mezzi pubblici che si recano presso il poliambulatorio  |
| Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio  |
| Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)                    |
| Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file                 |
| Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio                     |
| Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

|   |   |
|---|---|
| UOS Assistenza Specialistica PTA Albanese | UOS Assistenza Specialistica PTA Biondo |
| 97  | 99                                      |

#### Commento

**Il posizionamento raggiunto in entrambi i PTA, conferma il più che positivo risultato raggiunto nel garantire ai pazienti l'accesso alle prestazioni sanitarie su questo livello organizzativo.**

#### Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio  |
| Barriere architettoniche nella struttura  |
| Numero ore al giorno di apertura del servizio   |
| Numero giorni di apertura settimanale   |
| Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)                       |
| Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta |

|   |
|---|
| Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale |
| Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura  |
| Strutture residenziali collegate  |
| Strutture diurne collegate  |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| UOS CE.DI.AL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 80  | 52                                    | 56                                   | 40                                       |

#### Commento

**Il punteggio conseguito dall'UOS CE.DI.AL. conferma il più che soddisfacente livello di accesso garantito ai pazienti alle prestazioni sanitarie. I modesti risultati raggiunti dall'UOS Centro Diurno D.S. 39 Bagheria, UOS Centro Diurno D.S. 42 Palermo e UOS Promozione della Salute Immigrati, sono negativamente condizionati da alcune carenze organizzative e dall'esigenze di una maggiore correlazione con altre Strutture Aziendali.**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio  |
| Barriere architettoniche nella struttura  |
| Numero ore al giorno di apertura del servizio   |
| Numero giorni di apertura settimanale   |
| Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)   |
| Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta   |
| Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale |
| Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura  |
| Comunità terapeutiche collegate   |
| Strutture diurne collegate  |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
|---------------|----------|
| 57            | 60       |

#### Commento

**Essenzialmente sovrapponibili sono i risultati raggiunti dal Ser.T. di Bagheria e di Pa3. Anche in queste Strutture il posizionamento raggiunto è negativamente condizionato da alcune carenze organizzative e dall'esigenza di una maggiore correlazione con altre Strutture Aziendali.**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

## 1.2 TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nell'anno precedente  |
| Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP:<br>- analisi dei reclami per esito;<br>- adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami   |
| Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una commissione/gruppo di lavoro aziendale   |
| Procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale   |
| Ufficio qualità a livello aziendale  |
| Funzione aziendale dedicata alla qualità percepita   |
| Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine aziendale sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari:<br>utilizzo di personale addestrato;<br>domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort;<br>risultati resi pubblici;<br>azioni di miglioramento della qualità in seguito all'indagine di soddisfazione |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 98

**Il posizionamento dell'Azienda sottende il raggiungimento del punteggio 100 in quasi tutti gli indicatori valutati e conferma come l'Azienda si impegni con successo nel garantire la Tutela dei Diritti e il Miglioramento continuo della Qualità dei servizi con una efficace azione di sistema.**

### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini   |
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami   |
| Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti   |
| Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti   |
| Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei familiari:<br>utilizzo di personale addestrato;<br>domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort;<br>risultati resi pubblici;<br>azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine. |
| Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) che hanno coinvolto l'intero presidio  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi" - Corleone | PO "Ingrassia" - Palermo | PO "Madonna dell'Alto" - Petralia Sottana | PO "S. Cimino" - Termini Imerese | PO "Civico" - Partinico |
|-----------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|
| 50                          | 80                       | 47  | 67                               | 67                      |

### Commento

Più che positivo appare il posizionamento raggiunto dal PO “INGRASSIA” di Palermo . Nei restanti PP.OO. il risultato modesto/insufficiente raggiunto evidenzia l’esigenza di un maggiore impegno a progettare / sviluppare azioni che consentano di garantire ai pazienti un maggiore grado di Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità .

### Proposte di miglioramento

Vedi Piano di Miglioramento

#### Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Disponibilità all’ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami  |
| Disponibilità all’ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini   |
| Disponibilità all’ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio  |
| Realizzazione negli ultimi due anni di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori:<br>utilizzo di personale addestrato;<br>domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort;<br>risultati resi pubblici;<br>azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all’indagine. |
| Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)  |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell’Azienda (*benchmarking interno*)

| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
|------------------------------|----------------------------|
| 80                           | 80                         |

### Commento

**Il positivo risultato raggiunto in entrambi i Poliambulatori dei PTA Albanese e PTA Biondo conferma l’impegno profuso da queste due Strutture nel promuovere un’adeguata Tutela dei Diritti e miglioramento della qualità nei pazienti .**

#### Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Disponibilità all’ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami   |
| Disponibilità all’ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini  |
| Disponibilità all’ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini  |
| Realizzazione negli ultimi due anni di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio:<br>utilizzo di personale addestrato;<br>domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza, medica, comfort;<br>risultati resi pubblici;<br>azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all’indagine |

|  |
|--|
| Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti |
| Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio           |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| UOS CE.DI.AL.<br>(centro disturbi<br>alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 33   | 0                                     | 0                                    | 67                                       |

#### Commento

**Il posizionamento conseguito in queste Strutture , con l'eccezione della sufficienza dell'UOS Promozione della Salute Immigrati , evidenzia profonde carenze nel progettare/ realizzare iniziative /azioni che possano determinare una maggiore tutela dei diritti e miglioramento della qualità dei servizi .**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

#### Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami  |
| Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini   |
| Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini   |
| Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio:<br>utilizzo di personale addestrato;<br>domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti:accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-<br>medici, informazione, assistenza, medica, comfort;<br>risultati resi pubblici;<br>azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine |
| Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti  |
| Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio  |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
|---------------|----------|
| 33            | 17       |

#### Commento

**Il posizionamento conseguito in queste Strutture evidenzia profonde carenze nel progettare/ realizzare iniziative /azioni che possano determinare una maggiore tutela dei diritti e miglioramento della qualità dei servizi.**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

### 1.3 PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI E ALLE LORO FAMIGLIE

#### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Servizio di interpretariato  |
| Servizio di mediazione culturale   |
| Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)  |
| Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico   |
| Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati  |
| Unità Operative di degenza di medicina generale che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza                                      |
| Unità Operative di degenza in cui i degenti hanno la possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata (escluse camere a pagamento e televisioni private) |
| Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera  |
| Orario della distribuzione della colazione ai pazienti   |
| Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti  |
| Orario della distribuzione della cena ai pazienti  |
| Unità Operative di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco   |
| Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con posto letto/poltrona letto e della mensa   |
| Unità Operative di pediatria con arredi adatti all'età dei ricoverati  |
| Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione   |
| Unità operative di degenza con divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori dell'ospedale   |
| Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno  |
| Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno   |
| Servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche:<br>oncologia;<br>trapianti;<br>violenza verso donne                                     |
| Procedura per assicurare il rispetto della privacy   |
| Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali  |
| Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi  |
| Unità Operative di degenza dotate di aree di socializzazione per i degenti   |
| Unità Operative di degenza in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento)  |
| Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette  |
| Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate   |
| Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune  |
| Unità Operative di degenza che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo TUTTI pazienti non autosufficienti e con disponibilità di posto letto/poltrona letto e della mensa      |
| Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi due anni dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti  |
| Procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili nelle Unità operative di: chirurgia, medicina generale, geriatria, lungodegenza                                 |
| Unità Operative che utilizzano la cartella integrata   |
| Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento   |



Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi"<br>Corleone | PO "Ingrassia"<br>Palermo | PO "Madonna<br>dell'Alto"<br>Petralia Sottana | PO "S. Cimino"<br>Termini Imerese | PO "Civico"<br>Partinico |
|------------------------------|---------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 43                           | 67                        | 38  | 41                                | 43                       |

### Commento

**Il posizionamento raggiunto dai PP.OO., evidenzia, con l'eccezione della sufficienza raggiunta dal PO "Ingrassia" di Palermo, una carenza progettuale/ organizzativa nell'attuare un piano di azioni che consenta di assicurare ai degenti ed alle loro famiglie un adeguato soddisfacimento nella personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza.**

### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

### Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione                                   |
| Divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori   |
| Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi d'attesa |
| Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno                                      |
| Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno  |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
|------------------------------|----------------------------|
| 83                           | 74                         |

### Commento

**Il posizionamento raggiunto da entrambi i Poliambulatori dei PTA Albanese e PTA Biondo conferma il loro impegno nel promuovere/attuare iniziative/azioni che risultino funzionali ad assicurare ai degenti ed alle loro famiglie un adeguato soddisfacimento nella personalizzazione delle cure, nel rispetto della privacy e nell'assistenza.**

### Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)   |
| Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente) |
| Servizio di mediazione culturale  |
| Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno  |
| Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata  |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

|   |                                       |                                      |  |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| UOS CE.DI.AL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
| 86  | 86                                    | 57                                   | 81                                       |

#### Commento

**Più che soddisfacente è il punteggio conseguito in questo fattore dai servizi oggetto delle visite. il risultato modesto , raggiunto dall'UOS Centro Diurno D.S. 42 di Palermo è negativamente condizionato da alcune carenze organizzative / funzionali .**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)   |
| Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente) |
| Servizio di mediazione culturale  |
| Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno   |
| Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno  |
| Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata  |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

|               |          |
|---------------|----------|
| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
| 71            | 86       |

#### Commento

**Più che soddisfacente e, solo con modeste differenze , appare il posizionamento raggiunto da entrambe le Strutture in questo fattore.**

### 1.4 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente |
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti   |
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa le responsabilità dei pazienti                                   |
| Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria  |
| Cartellonistica esterna entrata principale  |
| Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale  |
| Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria   |
| Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano   |

Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di adenotonsillectomia contenente le seguenti informazioni:

- informativa dettagliata sulla diagnosi;
- natura e scopo del trattamento;
- prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;
- percentuale di rischio associata al trattamento;
- composizione équipe chirurgica;
- alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;
- dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;
- indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;
- presenza firma congiunta medico e paziente;
- possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di appendicectomia nel minore contenente le seguenti informazioni:

- informativa dettagliata sulla diagnosi;
- natura e scopo del trattamento;
- prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;
- percentuale di rischio associata al trattamento;
- composizione équipe chirurgica;
- alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;
- dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;
- indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;
- presenza firma congiunta medico e paziente;
- possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di prostatectomia radicale contenente le seguenti informazioni:

- informativa dettagliata sulla diagnosi;
- natura e scopo del trattamento;
- prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;
- percentuale di rischio associata al trattamento;
- composizione équipe chirurgica;
- alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;
- dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;
- indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;
- presenza firma congiunta medico e paziente;
- possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di isterectomia radicale contenente le seguenti informazioni:

- informativa dettagliata sulla diagnosi;
- natura e scopo del trattamento;
- prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;
- percentuale di rischio associata al trattamento;
- composizione équipe chirurgica;
- alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;
- dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza

|  |
|--|
| dell'informazione ricevuta;<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul>   |
| Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di taglio cesareo programmato contenente le seguenti informazioni:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• informativa dettagliata sulla diagnosi;</li> <li>• natura e scopo del trattamento;</li> <li>• prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;</li> <li>• percentuale di rischio associata al trattamento;</li> <li>• composizione équipe chirurgica;</li> <li>• alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;</li> <li>• dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta;</li> <li>• indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;</li> <li>• presenza firma congiunta medico e paziente;</li> <li>• possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento</li> </ul> |
| Comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico.  |
| Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici  |
| Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico  |
| Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con gli orari della giornata  |
| Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale   |
| Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento  |
| Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale  |
| Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente   |
| Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate:<br>-diagnosi;<br>-procedure e terapie effettuate;<br>-terapia prescritta;<br>-prescrizioni su comportamenti/precauzioni.   |
| Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)  |
| Consegna a domicilio cartella clinica  |
| Consegna a domicilio referti di esami diagnostici  |
| Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet  |
| Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi" - Corleone | PO "Ingrassia" - Palermo | PO "Madonna dell'Alto" - Petraia Sottana | PO "S. Cimino" - Termini Imerese | PO "Civico" - Partinico |
|-----------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------------------|
| 60                          | 64                       | 38                                       | 64                               | 54                      |

### Commento

Il posizionamento raggiunto dai PP.OO., nell'assicurare ai pazienti un'adeguata informazione e comunicazione, risulta buono con l'eccezione del PO "Madonna dell'Alto" di Petralia Sottana il cui risultato negativo riflette il processo in atto di rimodulazione della Struttura da ospedaliera a territoriale (PTA).

### Proposte di miglioramento

Vedi Piano di Miglioramento

#### Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti                                   |
| Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti   |
| Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio   |
| Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio  |
| Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte   |
| Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini* e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto. |
| Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata  |
| Consegna a domicilio referti medici   |
| Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet   |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
|------------------------------|----------------------------|
| 33                           | 56                         |

### Commento

A fronte di una sostanziale sufficienza del punteggio riportato dal Poliambulatorio PTA Biondo, il PTA Albanese è penalizzato da alcune carenze relative ai materiali informativi / cartellonistica. Per entrambe le Strutture si evidenzia il mancato impegno a sviluppare/ adottare tecnologie innovative per la consegna/trasmissione dei referti medici e dei risultati delle analisi.

### Proposte di miglioramento

Vedi Piano di Miglioramento

#### Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti   |
| Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con le funzioni degli operatori   |
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti   |
| Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla |

|  |
|--|
| Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento   |
| Cartello aggiornato con le qualifiche degli operatori  |
| Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti |
| Cartellonistica stradale in prossimità della struttura   |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| UOS CE.DI.AL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 75  | 25                                    | 63                                   | 63                                       |

### Commenti

**Sostanzialmente omogeneo ed adeguato appare il posizionamento raggiunto dalle Strutture, con l'eccezione dell'UOS Centro Diurno D.S.39 di Bagheria il cui punteggio negativo evidenzia carenze sul piano dell'informazione/comunicazione.**

### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti   |
| Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con le funzioni degli operatori   |
| Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti   |
| Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla |
| Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento   |
| Cartello aggiornato con le qualifiche degli operatori  |
| Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno   |
| Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti   |
| Cartellonistica stradale in prossimità della struttura   |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
|---------------|----------|
| 33            | 22       |

### Commenti

**Entrambe le Strutture evidenziano profonde carenze sul piano dell'informazione / comunicazione**

### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

## 1.5 COMFORT

### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Bar accessibile ai pazienti  |
| Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona   |
| Barbiere e parrucchiere (operanti a tempo pieno o a orario fisso nel presidio, o a chiamata)   |
| Possibilità di acquistare giornali e riviste   |
| Sportello Bancomat (o sportello bancario)  |
| Parcheggio interno per il pubblico   |
| Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale  |
| Parcheggio interno con posti riservati a disabili  |
| Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale  |
| Elementi decorativi nell'atrio principale (quadri, piante)   |
| Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di:<br>segni di fatiscenza alle pareti<br>vetri rotti<br>finestre che non si chiudono<br>presenza di insetti, scarafaggi, ecc.<br>rifiuti o altro materiale abbandonato<br>soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa<br>rubinetti rotti<br>servizi igienici fuori servizio |
| Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso  |
| Bagno per disabili nel Pronto Soccorso   |
| Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso  |
| Bagni del Pronto Soccorso dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori porta rifiuti; appendiabito.  |
| Gabinetti del Pronto Soccorso dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero; carta igienica; appendiabito.  |
| Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso  |
| Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano)   |
| Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (presenza al piano)   |
| Possibilità per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso di avere acqua, in qualsiasi momento, e alimenti gratuiti   |
| Ambulatori dotati di spazio d'attesa   |
| Distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori  |
| Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori   |
| Ambulatori con bagni per disabili  |
| Ambulatori con bagni per il pubblico   |
| Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabiti  |
| Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito   |
| Unità operative con stanze di degenza con più di 4 posti letto   |
| Unità Operative che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)   |
| Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata   |

|   |
|---|
| Numero posti letto in camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza, su numero totale di posti letto  |
| Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria  |
| Unità Operative con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto  |
| Unità Operative con bagni per disabili  |
| Unità Operative con bagni per i degenti nelle stanze di degenza   |
| Unità Operative con bagni dotati di: specchio; mensola; contenitore portarifiuti; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; appendiabito                 |
| Unità Operative con gabinetti dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito |
| Unità Operative con lavapadelle a ciclo di disinfezione   |
| Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di vetri rotti  |
| Richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi" - Corleone | PO "Ingrassia" - Palermo | PO "Madonna dell'Alto" - Petraia Sottana | PO "S. Cimino" - Termini Imerese | PO "Civico" - Partinico |
|-----------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------------------|
| 58                          | 47                       | 52                                       | 59                               | 59                      |

### Commento

**Modesto appare il posizionamento dei PP.OO. in questo fattore. Tutti i PO, ma in particolare il PO "Ingrassia" di Palermo, evidenziano l'esigenza significativi interventi .**

### Proposte di miglioramento

#### Vedi Piano di Miglioramento

#### Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio  |
| Posti auto all'esterno della sede del poliambulatorio riservati a disabili  |
| Spazi d'attesa nella sede del poliambulatorio   |
| Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)  |
| Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)  |
| Ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità del locale  |
| Ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale   |
| Bagni della sede del poliambulatorio dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito                          |
| Gabinetti della sede di poliambulatorio dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di segni di fatiscenza alle pareti   |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di vetri rotti   |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di finestre che non si chiudono  |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio della presenza di insetti, scarafaggi ecc.   |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di soffitti e/o muri con ragnatele   |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di rubinetti rotti   |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di servizi igienici fuori uso  |



Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
|------------------------------|----------------------------|
| 14                           | 65                         |

#### Commento

**A fronte di una sostanziale sufficienza raggiunta dal Poliambulatorio del PTA Biondo, il Poliambulatorio-PTA Albanese consegue un risultato particolarmente negativo a causa della presenza di numerosi eventi sentinella di natura strutturale che penalizzano fortemente la valutazione in questo fattore.**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Parcheggio taxi in prossimità della struttura  |
| Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili  |
| Spazi d'attesa nella sede della struttura  |
| Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)   |
| Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)  |
| Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)  |
| Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)   |
| Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito                           |
| Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito |
| Rilevamento nella sede della struttura di segni di fatiscenza alle pareti  |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di vetri rotti  |
| Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono   |
| Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi ecc.  |
| Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele  |
| Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti  |
| Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso   |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| UOS CE.DI.AL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 51  | 87                                    | 42                                   | 95                                       |

#### Commento

**A fronte di buoni punteggi raggiunti dal C.D. di Bagheria e dal Servizio per i migranti, il C.D. di Palermo e il CE.DI.AL presentano deficit strutturali che penalizzano la valutazione in questo fattore.**

#### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

## Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Parcheggio taxi in prossimità della struttura  |
| Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili  |
| Spazi d'attesa nella sede della struttura  |
| Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)   |
| Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)  |
| Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)  |
| Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)   |
| Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito                           |
| Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito |
| Rilevamento nella sede della struttura di segni di fatiscenza alle pareti  |
| Rilevamento nella sede del poliambulatorio di vetri rotti  |
| Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono   |
| Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi ecc.  |
| Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele  |
| Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti  |
| Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso   |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
|---------------|----------|
| 56            | 35       |

### **Commento**

**I Ser.T. esaminati presentano deficit strutturali che penalizzano la valutazione in questo fattore.**

### **Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

## **II Componente - Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario**

### **2.1 SICUREZZA DEI PAZIENTI**

#### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico   |
| Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere  |
| Comitato per il buon uso del sangue   |
| Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari                        |
| Procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con Assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 100

### Commento

**Il risultato ottenuto sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati ed evidenzia l'impegno aziendale in un sistema qualificato nella prevenzione del rischio clinico e a garanzia della sicurezza del paziente.**

### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere  |
| Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio   |
| Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici   |
| Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio  |
| Protocollo per il cateterismo urinario  |
| Linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito  |
| Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali  |
| Procedura scritta per il consenso informato nella quale è prevista la richiesta a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato                               |
| Procedura/linea guida scritte contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita  |
| Utilizzo di materassi o letti appositi per prevenire le ulcere da decubito nelle U.O. di medicina generale e/o di lungodegenza e/o di geriatria   |
| Utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere  |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologica  |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO  |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura   |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico   |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio  |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto"  |
| Procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti  |
| Procedure scritte per il lavaggio delle mani  |
| Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori |
| Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza   |
| Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici  |
| Numero di infermieri che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale degli infermieri  |
| Procedura scritta con indicazioni per impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni  |
| Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi"<br>- Corleone | PO "Ingrassia" -<br>Palermo | PO "Madonna<br>dell'Alto" –<br>Petraia Sottana | PO "S. Cimino" –<br>Termini Imerese | PO "Civico" –<br>Partinico |
|--------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 92                             | 79                          | 64   | 100                                 | 94                         |

#### Commento

**Il posizionamento raggiunto dai PP.OO. in questo ambito risulta buono con una flessione significativa per il PO "Madonna dell'Alto" di Petralia Sottana il cui risultato negativo riflette il processo in atto di rimodulazione della Struttura da ospedaliera a territoriale (PTA).**

## 2.2 SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI

### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini   |
| Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi due anni rivolti a operatori sanitari o ad altre figure professionali dell'azienda |
| Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)   |
| Servizio di ingegneria clinica   |

Il posizionamento dell'Azienda IAS =100 (Indice di Adeguamento agli Standard)

#### Commento

**Il risultato ottenuto sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati ed evidenzia l'impegno aziendale in un sistema qualificato finalizzato alla sicurezza negli ambienti di lavoro.**

### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Accesso dedicato ai mezzi di trasporto diretti al Pronto Soccorso   |
| Camera calda al Pronto Soccorso   |
| Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni |
| Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso        |
| Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga   |
| Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori                               |
| Unità Operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione                         |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi"<br>- Corleone | PO "Ingrassia" -<br>Palermo | PO "Madonna<br>dell'Alto" –<br>Petraia Sottana | PO "S. Cimino" –<br>Termini Imerese | PO "Civico" –<br>Partinico |
|--------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 76                             | 86                          | 100  | 100                                 | 86                         |

**Commento**

**Il buon risultato ottenuto evidenzia l'impegno aziendale in un sistema qualificato finalizzato alla sicurezza nei PP.OO. aziendali.**

Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Segnaletica per le vie di fuga nella sede del poliambulatorio                   |
| Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio |
| Piantina di piano di evacuazione nella sede del poliambulatorio                 |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
| 67                           | 33                         |

**Commento**

**I poliambulatori dei PTA aziendali, specie il "Biondo", evidenziano alcune carenze nell'ambito della sicurezza.**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Segnaletica per le vie di fuga nella sede del servizio                   |
| Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del servizio |
| Piantina di piano di evacuazione nella sede del servizio                 |

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

|  |                                       |                                      |  |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| UOS CE.DIAL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
| 100  | 67                                    | 100                                  | 67                                       |

**Commento**

**Il discreto risultato ottenuto, specialmente per il CE.DIAL e il C.D.-PA, sottende un sostanziale soddisfacimento dei criteri rilevati dai relativi indicatori.**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Segnaletica per le vie di fuga nella sede del servizio                   |
| Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del servizio |
| Piantina di piano di evacuazione nella sede del servizio                 |

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| SerT Bagheria | SerT Pa3 |
|---------------|----------|
| 0             | 33       |

**Commento**

**I Ser.T., specie quello di “Bagheria”, hanno fatto rilevare carenze nell’ambito della sicurezza.**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

**2.3 MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA**

Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche   |
| Centri di counselling genetico per pazienti con patologie croniche o rare  |
| Servizio di cure chemioterapiche   |
| Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale) |
| Centri di riferimento dell'azienda per la manutenzione di presidi, ausilii e protesi   |
| Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia   |
| Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia  |
| Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausilii e protesi   |
| Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi   |
| Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti  |
| Servizio di dialisi domiciliare  |
| Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati  |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 67

**Commento**

**In tale ambito l’integrazione a completamento con le AA.OO. del territorio giustificano alcuni indicatori non soddisfatti (specie per l’oncologia) .**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

**2.4 GESTIONE DEL DOLORE**

Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari   |
| Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio  |
| Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital |
| Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)                                  |

|   |
|---|
| Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)   |
| Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale   |
| Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale  |
| Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice   |
| Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni  |
| Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 80

### Commento

**Il discreto risultato ottenuto, specialmente per il CE.DIAL e il C.D.-PA, sottende un sostanziale soddisfacimento dei criteri rilevati dai relativi indicatori.**

### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

### Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore  |
| Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati  |
| Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni   |
| Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni  |
| Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti sulla terapia del dolore nelle seguenti situazioni: dolore post-operatorio; parto senza dolore; controllo dolore in patologie oncologiche, controllo dolore in malattie cronico-degenerative |
| Disponibilità del parto indolore  |
| Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)  |
| Procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso  |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi" - Corleone | PO "Ingrassia" - Palermo | PO "Madonna dell'Alto" - Petraia Sottana | PO "S. Cimino" - Termini Imerese | PO "Civico" - Partinico |
|-----------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------------------|
| 75                          | 38                       | 34                                       | 75                               | 50                      |

### Commento

**Il posizionamento raggiunto dai PP.OO. aziendali in questo ambito evidenzia alcune carenze ad eccezione di alcune iniziative effettuate nei PP.OO. di Corleone e Termini Imerese che hanno soddisfatto parzialmente gli indicatori rilevati.**

### Proposte di miglioramento

**Vedi Piano di Miglioramento**

## 2.5 PREVENZIONE

### Livello Aziendale

#### Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118, e personale dei mezzi di soccorso   |
| Attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus: interventi formativi; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento rete emergenza; utilizzo algoritmi specifici per il sospetto di ictus per il personale dei mezzi di soccorso, riorientamento di piani di formazione già previsti   |
| Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza  |
| Programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi: informazione/comunicazione; interventi di tipo cognitivo comportamentale che coinvolgono anche gli insegnanti; partecipazione al Global Youth Tobacco survey   |
| Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi:<br>- counselling;<br>- farmaci sostitutivi;<br>- altri farmaci;<br>- altri trattamenti  |
| Programma per la promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività: informazioni alle donne incinte o alle partorienti: opuscoli, lettere; formazione delle ostetriche e delle puericultrici dei punti nascita o dei servizi territoriali; tutoraggio delle neomamme per aiutarle nell'attaccamento al seno; tutoraggio delle mamme con visite a casa nei primi mesi di vita del neonato; monitoraggio su frequenza e durata dell'allattamento al seno  |
| Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche   |
| Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale   |
| Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione  |
| Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra medicina generale, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste: costruzione di percorsi assistenziali in accordo tra i Centri di diabetologia e i medici di medicina generale; coinvolgimento eventuale dei distretti sanitari; formazione degli operatori sanitari coinvolti nei percorsi assistenziali; registro/database delle persone con diabete; richiamo attivo delle persone con diabete nell'ottica del case management; programma di educazione terapeutica delle persone con diabete; monitoraggio dell'assistenza al diabete attraverso indicatori specifici |
| Programma di formazione specifica per i medici di medicina generale sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, ecc)   |
| Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio   |
| Programma organizzato di screening mammografico   |
| Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia  |
| Programma organizzato di screening con il pap test  |
| Percentuale di donne che si sottopone al pap test   |
| Programma organizzato di screening del cancro del colon retto   |
| Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto  |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 78

#### **Commento**

**Il risultato ottenuto evidenzia un sostanziale impegno aziendale nella programmazione e nell'attuazione di azioni qualificate nell'ambito della prevenzione.**



## Livello Assistenza Ospedaliera

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari  |
| Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di:<br>persone che fumano<br>posacenere nella struttura<br>mozziconi di sigaretta<br>odore di fumo nella struttura     |
| Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso la presenza di cartelli regolamentari  |
| Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di:<br>persone che fumano<br>posacenere nella struttura<br>mozziconi di sigaretta<br>odore di fumo nella struttura |

Il posizionamento dell'Ospedale rispetto agli altri ospedali dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| PO "Dei Bianchi" - Corleone | PO "Ingrassia" - Palermo | PO "Madonna dell'Alto" - Petraia Sottana | PO "S. Cimino" - Termini Imerese | PO "Civico" - Partinico |
|-----------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|-------------------------|
| 100                         | 100                      | 100                                      | 100                              | 100                     |

### **Commento**

**Il risultato ottenuto sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati ed evidenzia l'impegno dei PP.OO. aziendali nelle relative azioni connesse al fattore "prevenzione".**

## Livello Assistenza Specialistica Territoriale (Poliambulatorio)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio   |
| Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari  |
| Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di:<br>persone che fumano<br>posacenere nella struttura<br>mozziconi di sigaretta<br>odore di fumo nella struttura |

Il posizionamento del Poliambulatorio rispetto agli altri poliambulatori dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Poliambulatorio PTA Albanese | Poliambulatorio PTA Biondo |
|------------------------------|----------------------------|
| 100                          | 100                        |

**Commento**

**Il risultato ottenuto sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati ed evidenzia l'impegno dei PTA aziendali nelle relative azioni connesse al fattore "prevenzione".**

Livello Centri di Salute Mentale (C.S.M.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura |
|--|

Il posizionamento del CSM rispetto agli altri csm dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| UOS CE.DIAL.<br>(centro disturbi alimentari) | UOS Centro Diurno<br>D.S. 39 Bagheria | UOS Centro Diurno<br>D.S. 42 Palermo | UOS Promozione della<br>Salute Immigrati |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 100  | 0                                     | 0                                    | 100                                      |

**Commento**

**Il risultato ottenuto sottende il raggiungimento del punteggio 100 in tutti gli indicatori valutati per il CE.DIAL e il Servizio di Promozione Salute Immigrati; mentre, forti carenze sono state evidenziate per i Centri Diurni oggetto dell'Audit.**

Livello Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.)

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura |
|--|

Il posizionamento del Sert rispetto agli altri sert dell'Azienda (*benchmarking interno*)

| Sert Bagheria | Sert Pa3 |
|---------------|----------|
| 0             | 100      |

**Commento**

**Il risultato ottenuto sottende il soddisfacimento pieno dell'indicatore rilevato durante la visita *on-site* preso il Ser.T.-PA a differenza di quanto rilevato nel Ser.T. di Bagheria.**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

### III Componente - Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

#### 3.1 ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

##### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|  |
|--|
| Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99) |
| Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 dlgs 502/92)  |
| Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)                                |
| Commissione mista conciliativa   |
| Comitati consultivi misti  |
| Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità  |
| Coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi         |
| Comitato etico   |
| Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico  |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 56

##### **Commento**

**Questa è la Componente di maggiore criticità evidenziata a livello di Direzione Strategica (Liv.1), anche se in corso di Audit (durante l'intervista con la Direzione Sanitaria) sono state rilevate programmazioni in via di attuazione che riguardano tale ambito (coinvolgimento dei volontari in progetti specifici, protocolli di intesa in via di attuazione ed altre iniziative simili).**

##### **Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

#### 3.2 ALTRE FORME DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E INTERLOCUZIONE CITTADINI/AZIENDA

##### Livello Aziendale

Gli indicatori valutati

|   |
|---|
| Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro    |
| Una o più richieste formali negli ultimi due anni alle organizzazioni di cittadini da parte dell'azienda di suggerimenti o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc. |
| Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio (monitoraggi concordati, customer satisfaction, ecc.)  |
| Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari                                       |
| Consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la   |

|  |
|--|
| determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio, ecc.   |
| Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture  |
| Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica  |
| Piano di comunicazione e richieste formali alle organizzazioni dei cittadini/cittadini da parte dell'azienda di partecipare a commissioni di studio/gruppi di lavoro per la progettazione degli aspetti del Piano di Comunicazione inerenti la comunicazione e l'informazione rivolte ai cittadini |

Il posizionamento dell'Azienda IAS = 59

**Commento**

**Come sopra riportato, questa è la Componente di maggiore criticità evidenziata a livello di Direzione Strategica (Liv.1), anche se in corso di Audit (durante l'intervista con la Direzione Sanitaria) sono state rilevate programmazioni in via di attuazione che riguardano tale ambito (coinvolgimento dei volontari in progetti specifici, protocolli di intesa in via di attuazione ed altre iniziative similari).**

**Proposte di miglioramento**

**Vedi Piano di Miglioramento**

**N.B.: Il Piano di Miglioramento, che segue, relativo all'Audit Civico 2011 è stato "sovrapposto" con le altre azioni di miglioramento previste dal presente Piano Qualità al fine di ottimizzare tempi e risorse nell'attuazione degli strumenti di miglioramento proposti.**

## Piano di miglioramento Audit civico

### Azione 1

| Componente Esaminata           | Fattore e relativo punteggio                 | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I   | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione   |
|--------------------------------|--|------------------------------|--|--|---|---|---|
| Orientamento verso i cittadini | 1.1<br>Accesso alle prestazioni sanitarie 69 | L1<br>100                    |  |  |   |   |   |
|                                |  | L2<br>73                     | Per i PP.OO. di: <b>Ingrassia, Corleone e Partinico:</b><br>1.1 Adozione procedura di accoglienza per il ricovero dei pazienti   | N° Procedure/<br>N° PP.OO.<br>(100%)                         | 1.1 Definizione (a) e adozione (b) specifica procedura  | Direzione Sanitaria PP.OO.  | entro 2 mesi (a)<br>entro 4 mesi (b)  |
|                                |  | L3a<br>//                    |  |  |   |   |   |
|                                |  | L3b<br>98                    |  |  |   |   |   |
|                                |  | L3c-L3d<br>57-58             | Centri Diurni CSM:<br>1.1.1 Verifica e valutazione della congruità del numero di ore e giornate di apertura del Servizio ed eventuale potenziamento dell'orario e dei giorni<br><br>1.1.2 Adozione di una procedura per la differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale | SI – NO<br>Se si:<br>= > 12 ore die<br>= 6 gg<br><br>SI - NO | 1.1.1<br>a) Verifica e valutazione della congruità del numero di ore;<br>b) Valutazione dei bisogni da parte dell'utenza target;<br>c) Eventuale potenziamento del servizio:<br>- Risorse Umane;<br>- Orari e giornate di apertura.<br><br>1.1.2<br>a) Costituzione gruppo di lavoro Dipartimentale;<br>b) redazione procedura secondo le Linee Guida Aziendali (Procedura delle Procedure);<br>c) Adozione e distribuzione della Procedura | Dipartimento Salute Mentale<br><br>Direzione Aziendale<br><br>Dipartimento Salute Mentale | 1.1.1<br>a) e b)<br>2 mesi<br>c) 8 mesi<br>dall'approvazione del Piano<br><br>1.1.2<br>a) 1 mese<br>b) 3 mesi<br>c) 1 mese<br>(in sequenza) |

| Componente Esaminata           | Fattore e relativo punteggio                            | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I  | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'                                       | Tempi di attuazione  |
|--------------------------------|---|------------------------------|--|---|---|---|--|
| Orientamento verso i cittadini | 1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità 51 | L1<br>98                     |  |   |   |   |  |
|                                |   | L2<br>62                     | 1.2.1 Individuazione e assegnazione locali per associazioni terzo settore (solo PP.OO. di Petraia e Partinico)<br><br>1.2.2 Fornire documenti, informazioni e avvisi circa la possibilità di comunicazione e/o reclami per gli utenti in punti di accesso ai PP.OO. (ad esclusione PP.OO. Ingrassia e di Partinico)  | SI – NO<br><br>N° PP.OO. oggetto di intervento informativo/ N° di PP.OO.<br><br>(100%)  | 1.2.1 Individuazione locali (a), individuazione associazione/i (b) e assegnazione (c) dei locali per associazioni del territorio nei PP.OO. di Petraia e Partinico<br><br>1.2.2 Definizione e pubblicizzazione documenti informativi nei PP.OO. in carenza. | Direzione Sanitaria Ospedaliera e Direzione Aziendale | 1.2.1 a) e b) 3 mesi<br>c) 6 mesi dall'approvazione del Piano<br><br>1.2.2 Entro l'anno dall'approvazione del Piano  |
|                                |   | L3a<br>//                    |  |   |   |   |  |
|                                |   | L3b<br>80                    |  |   |   |   |  |
|                                |   | L3c-L3d<br>25-25             | 1.2.1 Fornire documenti, informazioni e avvisi circa la possibilità di comunicazione e/o reclami e relative schede per gli utenti in punti di accesso ai servizi.<br><br>1.2.2 Realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti dei CSM e Ser.T.<br><br>1.2.3 Coinvolgimento del Settore No Profit nell'erogazione dei servizi all'interno del Centro Diurno di Bagheria , Modulo 5 PA e Ser.T PA3 | N° UU.OO. oggetto di intervento informativo/ N° di UU.OO.<br><br>(100%)<br><br>SI - NO<br><br>= o > del 50% UU.OO. in carenza | 1.2.1 Definizione e pubblicizzazione documenti informativi<br><br>1.2.2 Programmazione e realizzazione di Indagine di Customer Satisfaction<br><br>1.2.3 Individuazione stakeholders di riferimento e loro coinvolgimento                                   | DSM<br><br>U.O. Comunicazione e Informazione          | 1.2.1 2 mesi dall'approvazione del Piano<br><br>1.2.2 Programmazione entro 2 mesi<br>Realizzazione entro un anno<br><br>1.2.3 Individuazione entro 2 mesi<br>Coinvolgimento entro 6 mesi |

| Componente Esaminata                  | Fattore e relativo punteggio   | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I  | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'  | Tempi di attuazione   |
|---------------------------------------|--|------------------------------|--|---|---|--|---|
| <b>Orientamento verso i cittadini</b> | 1.3 Personalizzazione delle cure , rispetto della privacy , assistenza ai degenti e alle loro famiglie | L1<br>//                     |  |   |   |  |   |
|                                       |  | L2<br>46                     | 1.3.1 Miglioramento nei PP.OO. di Corleone, Petralia, Termini Imerese e Partinico degli orari di distribuzione dei pasti<br><br>1.3.2 Miglioramento nei PP.OO. di Corleone, Petralia, Termini Imerese e Partinico del comfort per il target pediatrico<br><br>1.3.3 Rafforzamento del Sistema di Procedure relative alle modalità e protezione delle dimissioni dei pazienti nei PP.OO. di Corleone, Petralia, Termini Imerese e Partinico | 1.3.1 Dopo o = alle ore: 07, 12, 19 (almeno 2 su 3)<br><br>1.3.2 SI – NO<br><br>1.3.3 SI - NO | 1.3.1 Revisione e riorganizzazione nei PP.OO. di Corleone, Petralia, Termini Imerese e Partinico degli orari di distribuzione dei pasti<br><br>1.3.2 Redazione piano di miglioramento e realizzazione contenute , almeno, i seguenti punti: miglioramento e adeguamento arredi, realizzazione spazi dedicati al gioco e all'animazione, possibilità di permanenza dei genitori.<br><br>1.3.3 a) Identificazione procedure mancanti e in particolare per le procedure relative a:: richiesta secondo parere medico, attivazione dimissioni protette, attivazione dimissioni programmate, attivazione dei Servizi Sociali del Comune, procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili i fragili;<br>b) contestualizzazione ed adozione procedure | (1.3.1 e 1.3.2) Direzioni Sanitarie dei PP.OO. e UOC Facility Management<br><br>1.3.3 Direzione Sanitarie PP.OO. | 1.3.1 Entro l'anno dall'approvazione del Piano<br><br>1.3.2 Redazione Piano entro 2 mesi e realizzazione entro l'anno<br><br>1.3.3 a) entro 2 mesi<br>b) entro 8 mesi |
|                                       |  | L3a<br>//                    |  |   |   |  |   |
|                                       |  | L3b<br>79                    |  |   |   |  |   |
|                                       |  | L3c-L3d<br>78-79             |  |   |   |  |   |
|                                       |  |                              |  |   |   |  |   |

| Componente Esaminata                  | Fattore e relativo punteggio        | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO   | INDICATORE/I  | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI   | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---|---|--|---|--|
| <b>Orientamento verso i cittadini</b> | 1.4<br>Informazione e Comunicazione | L1<br>//                     |   |   |  |   |  |
|                                       |                                     | L2<br>56                     | 1.4.1 Potenziamento dell'informazione ai pazienti circa l'organizzazione dei PP.OO., dei regolamenti, dei diritti e delle proprie responsabilità.<br><br>1.4.2 Definizione ed adozione di apposite procedure per la presa in carico dei pazienti ( <i>Case Manager</i> ) e per la condivisione dei dati clinici tra Medici Ospedalieri e MMG.<br><br>1.4.3 Adozione della cartella Clinica Informatizzata | 1.4.1 N° Opuscoli informativi/ N° PP.OO.<br><br>1.4.2 N° di Procedure adottate/ N° di PP.OO.<br><br>1.4.3 SI - NO | 1.4.1 Produzione e pubblicizzazione di opuscoli informativi presso punti di accesso dei PP.OO. aziendali<br><br>1.4.2 Definizione ed adozione Procedure<br><br>1.4.3 Adozione della cartella Clinica Informatizzata  | 1.4.1 Direzioni Sanitarie PP.OO. e U.O. Comunicazione e Informazione<br><br>1.4.2 Direzioni Sanitarie PP.OO. e U.O.C. Cure Primarie<br><br>1.4.3 Direzioni Sanitarie PP.OO.   | 1.4.1 Entro l'anno dall'approvazione del Piano<br><br>1.4.2 Entro l'anno dall'approvazione del Piano<br><br>1.4.3 Entro l'anno dall'approvazione del Piano |
|                                       |                                     | L3a<br>//                    |   |   |  |   |  |
|                                       |                                     | L3b<br>44                    | 1.4.4 PTA "E. Albanese":<br>a) Potenziamento dell'informazione ai pazienti dei diritti e delle proprie responsabilità, il diritto alla libera scelta del luogo di cura/Medico curante;<br>b) Potenziamento della cartellonistica stradale prossimale al PTA;<br>c) Consegna referti (a domicilio o via Internet).   | SI - NO   | 1.4.4<br>a) Redazione e distribuzione opuscoli e/o poster informativi per i pazienti circa i diritti e le proprie responsabilità, il diritto alla libera scelta del luogo di cura/Medico curante;<br><br>b) posizionamento apposita cartellonistica stradale prossimale al PTA;<br><br>c) Definizione e realizzazione di un sistema per la consegna dei referti a domicilio e/ o via Internet. | 1.4.4<br>a) Direttore Distretto 42, Responsabile PTA "E. Albanese", U.O. Comunicazione ed Informazione<br><br>b) Direttore Distretto 42, Responsabile PTA "E. Albanese", U.O.C. Facility Management<br><br>c) Direttore Distretto 42, Responsabile PTA "E. Albanese", Dipartimento Provveditorato e Tecnico | 1.4.4<br>a) Entro l'anno dall'approvazione del Piano<br><br>b) Entro tre mesi<br><br>c) Un anno dall'approvazione del Piano                                |



|                                |   |  |                      |   |  |  |
|--------------------------------|---|--|----------------------|---|--|--|
|                                |   | 1.4.5 PTA "Biondo":<br>a) Prospetto riassuntivo dei servizi offerti<br>b) Consegna referti (a domicilio o via Internet).   | SI - NO              | 1.4.5<br>a) Posizionamento del prospetto riassuntivo dei servizi offerti nell'atrio del PTA;<br><br>b) Definizione e realizzazione di un sistema per la consegna dei referti a domicilio e/ o via Internet. | 1.4.4<br>a) Responsabile PTA<br><br>b) Direttore Distretto 42, Responsabile PTA "E. Albanese", Dipartimento Provveditorato e Tecnico | 1.4.4<br>a) Entro 2 mesi<br><br>b) Un anno dall'approvazione del Piano |
| <b>L3c-L3d</b><br><b>56-28</b> | <b>Centro Diurno D.S. 39 di Bagheria:</b> | 1.4.6:<br>a) Potenziamento dell'informazione ai pazienti circa l'organizzazione dei servizi, dei regolamenti, dei diritti e delle proprie responsabilità.<br>b) Potenziamento della cartellonistica stradale | 1.4.6<br><br>SI - NO | 1.4.6<br>Produzione e pubblicizzazione di opuscoli informativi presso punti di accesso e potenziamento cartellonistica  | 1.4.6<br>Direzione D.S.M. Direzione U.O.C. Modulo 6 Responsabile C.D. e U.O. Comunicazione e Informazione                            | 1.4.6<br>Entro l'anno dall'approvazione del Piano                      |
|                                |   | 1.4.7 Definizione ed adozione di apposite procedure per favorire il raccordo tra operatori del centro e MMG  | 1.4.7<br><br>SI - NO | 1.4.7<br>Definizione ed adozione Procedure  | 1.4.7<br>Direzione Sanitaria Distrettuale, Direzione D.S.M. Direzione U.O.C. Modulo 6 Responsabile C.D e U.O.C. Cure Primarie        | 1.4.7<br>Entro l'anno dall'approvazione del Piano                      |
|                                |   | Centro Diurno D.S. 42 Palermo e U.O.S. Promozione della salute immigrati:  | 1.4.8<br><br>SI - NO | 1.4.8<br>Produzione e pubblicizzazione di opuscoli informativi presso punti di accesso e potenziamento cartellonistica  | 1.4.8<br>Direzione D.S.M. Direzione U.O.C. Modulo 4 Responsabile C.D. e U.O. Comunicazione e Informazione                            | 1.4.8<br>Entro l'anno dall'approvazione del Piano                      |
|                                |   | 1.4.8:<br>a) Potenziamento dell'informazione ai pazienti circa diritti e proprie responsabilità.<br>b) Potenziamento della cartellonistica stradale  | 1.4.9<br><br>SI - NO | 1.4.9<br>Definizione ed adozione Procedure  | 1.4.9<br>Direzione Sanitaria Distrettuale, Responsabile C.D. e U.O.C. Cure Primarie  | 1.4.9<br>Entro l'anno dall'approvazione del Piano                      |
|                                |   | 1.4.9 Definizione ed adozione di apposite procedure per favorire il raccordo tra operatori del centro e MMG  |                      |   |  |  |

|  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|---|--|---|--|
|  |  | <p><b>Ser.T Bagheria e Palermo:</b></p> <p>1.4.10:<br/>a) Potenziamento dell'informazione ai pazienti circa l'organizzazione dei servizi, dei regolamenti, dei diritti e delle proprie responsabilità.<br/>b) Potenziamento della cartellonistica stradale</p> <p>1.4.11 Definizione ed adozione di apposite procedure per favorire il raccordo tra operatori del centro e MMG</p> <p>1.4.12 Istituzione numero dedicato per informazione e orientamento</p> | <p>1.4.10<br/>SI - NO</p> <p>1.4.11<br/>SI - NO</p> <p>1.4.12<br/>SI - NO</p> | <p>1.4.10<br/>Produzione e pubblicizzazione di opuscoli informativi presso punti di accesso e potenziamento cartellonistica</p> <p>1.4.11<br/>Definizione ed adozione Procedure</p> <p>1.4.12<br/>Organizzazione e Istituzione Numero dedicato</p> | <p>1.4.10<br/>Direzione D.S.M.<br/>Direzione U.O.C.<br/>Dipendenze Patologiche<br/>Responsabile Ser.T. e U.O. Comunicazione e Informazione</p> <p>1.4.11<br/>Direzione Sanitaria Distrettuale,<br/>Responsabile Ser.T.. e U.O.C. Cure Primarie</p> <p>1.4.12<br/>Direzione D.S.M.<br/>Direzione U.O.C.<br/>Dipendenze Patologiche<br/>Responsabile Ser.T. e U.O. Comunicazione e Informazione</p> | <p>1.4.10<br/>Entro l'anno dall'approvazione del Piano</p> <p>1.4.11<br/>Entro l'anno dall'approvazione del Piano</p> <p>1.4.12<br/>Entro l'anno dall'approvazione del Piano</p> |
|--|--|--|---|--|---|--|

| Componente Esaminata           | Fattore e relativo punteggio        | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I  | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'  | Tempi di attuazione   |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|---|---|--|---|
| Orientamento verso i cittadini | 1.5 Comfort Prestazioni alberghiere | L1<br>//                     |  |   |   |  |   |
|                                |                                     | L2<br>55*                    | <b>PP.OO. Aziendali:</b><br>1.5.1 Creazione punto vendita per pazienti e familiari all'interno del presidio (Bar, accessori, riviste) ( <u>ad esclusione del P.O. di Termini Imerese</u> )<br>1.5.2 Potenziamento e miglioramento del sistema parcheggi degli ospedali<br>1.5.3 Miglioramento spazi per i pazienti (es. sala pasti)<br>1.5.4 Miglioramento comfort e sicurezza bagni e gabinetti PP.SS. e ambulatori ( <u>esclusivamente per i PP.OO. Ingrassia e Corleone</u> )<br>1.5.5 Realizzazione bagni per disabili e potenziamento per i degenti<br>1.5.6 Interventi di manutenzione effettuati entro 15 gg. dalla richiesta<br><b>1.5.7 Eliminazione vetri rotti Lungodegenza P.O. di Corleone (Indicatore 42.1)</b><br><b>1.5.8 Eliminazione condizione di faticenza delle pareti della U.O. Medicina Interna P.O. Petraia Sottana</b> | Punti<br>1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5:<br><br>N° Piani di Miglioramento Comfort/ N° PP.OO. Aziendali<br><br>1.5.6<br>N° Interventi effettuati entro 15 gg./ N° di richieste effettuate | Punti<br>1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5 :<br>a) Rilevazione bisogni da integrare con quanto segnalato dall'Audit Civico;<br>b) redazione dei progetti di miglioramento per ogni singolo P.O.;<br>c) realizzazione interventi di miglioramento.<br><br>1.5.6 – 1.5.7 – 1.5.8:<br>a) Eventuale Revisione e/o semplificazione delle procedure di segnalazione per gli interventi in questione e la loro esecuzione;<br>b) Interventi di manutenzione. | Direzioni Sanitarie dei PP.OO<br><br>U.O.C.<br>Facility Management | Punti<br>1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5 :<br>a) e b) entro 3 mesi dall'approvazione del Piano;<br>c) entro 6 mesi gli interventi di ordinaria manutenzione, mentre gli interbenti straordinari entro l'anno dall'approvazione del Piano.<br><br>1.5.6:<br>a) entro 3 mesi<br>b) entro 15 gg. dalle richieste.<br><br><b>1.5.7 - 1.5.8: IMMEDIATA ESECUZIONE (se non ancora attuata).</b> |
|                                |                                     | L3a<br>//                    |  |   |   |  |   |

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
|  |   | <p><b>L3b</b><br/><b>33*</b></p> <p><b>PTA "E. Albanese"</b></p> <p>1.6.1 Realizzazione parcheggio per disabili</p> <p>1.6.2 Miglioramento comfort e sicurezza bagni e gabinetti del Poliambulatorio</p> <p>1.6.3 Interventi di manutenzione effettuati entro 15 gg. dalla richiesta</p> <p><b>1.6.4 Interventi per l'eliminazione dei seguenti "Eventi sentinella" segnalati dall'Audit Civico:</b></p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10 "Rilevamento segni di fatiscenza alle pareti"</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.1 "Rilevamento di vetri rotti"</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.2 "Rilevamento di finestre che non si chiudono" (- 25).</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.3 "Rilevamento della presenza di insetti, scarafaggi ecc."</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.5 "Rilevamento di soffitti e/o muri con ragnatele"</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.6 "Rilevamento di rubinetti rotti"</p> <p>U.O.S. Assistenza Specialistica Indicatore 10.7 "Rilevamento di servizi igienici fuori uso"</p> | <p>1.6.1 e 1.6.2:<br/>Piano di Miglioramento Comfort</p> <p>1.6.3<br/>N° Interventi effettuati entro 15 gg./ N° di richieste effettuate</p> | <p>1.6.1 e 1.6.2:<br/>a) Rilevazione bisogni da integrare con quanto segnalato dall'Audit Civico;<br/>b) redazione progetto di miglioramento.;<br/>c) realizzazione interventi di miglioramento.</p> <p>1.6.3 e 1.6.4<br/>a) Eventuale Revisione e/o semplificazione delle procedure di segnalazione per gli interventi in questione e la loro esecuzione;<br/>b) Interventi di manutenzione.</p> | <p>Direzione Sanitaria Distrettuale</p> <p>Direzione P.T.A.</p> <p>U.O.C.<br/>Facility Management</p> | <p>1.6.1 e 1.6.2<br/>a) e b) entro 3 mesi dall'approvazione del Piano;<br/>c) entro 6 mesi gli interventi di ordinaria manutenzione, mentre gli interbenti straordinari entro l'anno dall'approvazione del Piano.</p> <p>1.6.3 e 1.6.4<br/>a) entro 3 mesi<br/>b) entro 15 gg. dalle richieste.</p> <p><b>1.6.4 IMMEDIATA ESECUZIONE (se non ancora attuata).</b></p> |
|  | <p><b>L3c-L3d</b><br/><b>69*-44</b></p> | <p>( per il Ce.Di.Al., livello L3d si rimanda alla programmazione dei Servizi di appartenenza logistica - PTA- L3b)</p>   |   |   |   | <p>1.7.1 e 1.7.2:a) e b) entro 3 mesi dall'approvazione del</p>   |

|  |  |   |  |  |   |   |
|--|--|---|--|--|---|---|
|  |  | <p><b>Ser.T. di Palermo</b></p> <p>1.7.1 Realizzazione parcheggio per disabili</p> <p>1.7.2 Miglioramento comfort e sicurezza bagni e gabinetti I</p> <p><b>1.7.3 Interventi per l'eliminazione dei seguenti "Eventi sentinella" segnalati dall'Audit Civico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatore 10 "Rilevamento segni di fatiscenza alle pareti";</li> <li>- Indicatore 10.6 "Rilevamento di rubinetti rotti"</li> </ul> | 1.7.1 e 1.7.2:<br>Piano di Miglioramento Comfort | 1.7.1 e 1.7.2:<br>a) Rilevazione bisogni da integrare con quanto segnalato dall'Audit Civico;<br>b) redazione progetto di miglioramento.;<br>c) realizzazione interventi di miglioramento. | 1.7.1 e 1.7.2<br>Direzione D.S.M.<br>Direzione U.O.C.<br>Dipendenze Patologiche<br>Responsabile Ser.T U.O.C.<br>Facility Management | <p>Piano;<br/>c) entro 6 mesi gli interventi di ordinaria manutenzione, mentre gli interventi straordinari entro l'anno dall'approvazione del Piano.</p> <p><b>1.6.4 IMMEDIATA ESECUZIONE (se non ancora attuata)</b></p> |
|--|--|---|--|--|---|---|

^^^

### Azione 2

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio        | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO | INDICATORE/I | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI | RESPONSABILITA' | Tempi di attuazione |
|---|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario | 2.1<br>Sicurezza dei pazienti<br>87 | L1<br>100                    |                     |              |                                |                 |                     |
|   |                                     | L2<br>86                     |                     |              |                                |                 |                     |
|   |                                     | L3a<br>//                    |                     |              |                                |                 |                     |
|   |                                     | L3b<br>//                    |                     |              |                                |                 |                     |
|   |                                     | L3c-L3d<br>//                |                     |              |                                |                 |                     |

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio                     | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I                              | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'  | Tempi di attuazione                  |
|---|--|------------------------------|--|---|---|--|--------------------------------------|
| Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario | 2.2 Sicurezza delle strutture e degli impianti78 | L1<br>100                    |  |   |   |  |                                      |
|   |  | L2<br>90                     |  |   |   |  |                                      |
|   |  | L3a<br>//                    |  |   |   |  |                                      |
|   |  | L3b<br>50                    | <b>PTA "E. Albanese" e "Biondo"</b><br>2.7.1 Dotazione piantina "piano di evacuazione" nelle sedi dei Poliambulatori (per il "Biondo": relativa segnaletica indicante le vie di fuga)          | 2.7.1<br>N° Piantine/<br>N°Poliambulatori | 2.7.1 Collocazione piantina "piano di evacuazione" nelle sedi dei Poliambulatori (per il "Biondo": realizzazione relativa segnaletica indicante le vie di fuga) | Responsabili P.T.A.<br>U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione  | Entro 2 mesi dall'adozione del Piano |
|   |  | L3c-L3d<br>83-17             | <b>Ser.T PA 3 e Ser.T Bagheria</b><br>2.7.2 Dotazione piantina "piano di evacuazione" (ad esclusione Ser.T. PA 3) , relativa segnaletica indicante le vie di fuga ed individuazione estintori. | 2.7.2<br>Si - No                          | 2.7.2 Collocazione piantina "piano di evacuazione" nel Ser.T. di Bagheria, realizzazione segnaletiche indicante le vie di fuga e individuazione estintori       | Direzione D.S.M.<br>Direzione U.O.C.<br>Dipendenze Patologiche<br>Responsabile Ser.T<br>U.O.C.<br>U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione | Entro 3 mesi dall'adozione del Piano |

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio         | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO   | INDICATOR E/I | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI                             | RESPONSABILITA'  | Tempi di attuazione                                  |
|---|--------------------------------------|------------------------------|---|---------------|--|--|--|
| Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario | 2.3 malattie croniche e oncologia 67 | L1<br>67                     | 2.8.1<br>Semplificazione procedure di accesso e rinnovo delle esenzioni per patologia | SI - NO       | 2.8.1<br>a) revisione procedure;<br>b) adozione modifiche. | 2.8.1<br>a) U.O.C. Cure Primarie;<br>b) Direzione Strategica | a) entro 3 mesi dall'adozione del Piano<br>b) 4 mesi |
|   |                                      | L2<br>//                     |   |               |  |  |  |
|   |                                      | L3a<br>//                    |   |               |  |  |  |
|   |                                      | L3b<br>//                    |   |               |  |  |  |
|   |                                      | L3c-L3d<br>//                |   |               |  |  |  |

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I                 | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI   | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione                   |
|---|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario | 2.4 Gestione del dolore 60   | L1<br>80                     |  |                              |  |   |                                       |
|   |                              | L2<br>54                     | PP.OO. Ingrassia, Civico di Partinico e "Madonna dell'Alto di Petraia"<br>2.9.1<br>Monitoraggio - controllo clinico e raccolta dati sui pazienti con dolore. | 2.9.1<br>N° report/N° PP.OO. | 2.9.1<br>a) Monitoraggio - controllo clinico sul dolore<br>b) Raccolta dati (Report) | 2.9.1 (a e b)<br>Dipartimento delle Anestesia, delle Terapie Intensive e della Terapia del Dolore<br>Direzioni Sanitarie dei PP.OO. | Entro un anno dall'adozione del Piano |
|   |                              | L3a<br>//                    |  |                              |  |   |                                       |
|   |                              | L3b<br>//                    |  |                              |  |   |                                       |
|   |                              | L3c-L3d<br>//                |  |                              |  |   |                                       |

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO   | INDICATORE/I   | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI  | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione   |
|---|------------------------------|------------------------------|---|--|---|---|---|
| Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario | 2.5<br>Prevenzione 82        | L1<br>78                     |   |  |   |   |   |
|   |                              | L2<br>100                    |   |  |   |   |   |
|   |                              | L3a<br>//                    |   |  |   |   |   |
|   |                              | L3b<br>100                   |   |  |   |   |   |
|   |                              | L3c-L3d<br>50-50             | <b>C.D. PA – C.D. Bagheria e Ser.T. Bagheria</b><br><br>2.10.1<br>Fornire materiale informativo sulla prevenzione agli utenti dei servizi interessati | N° opuscoli informativi disponibili/ N° Utenti dei Servizi | 2.10.1<br>a) Rilevazione bisogno;<br>b) Realizzazione materiale informativo;<br>c) Distribuzione "monitorata-registrata" all'utenza | Direzione D.S.M.<br>Direzione U.O.C.<br>Dipendenze Patologiche<br>Responsabil Centri Diurni e Ser.T.<br>U.O. Comunicazione e Informazione | a) entro 2 mesi;<br>b) entro 8 mesi;<br>c) entro l'anno dall'attuazione del piano |



^^^

### Azione 3

| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio   | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I   | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI   | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione  |
|---|--|------------------------------|--|--|--|---|--|
| Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali | 3.1<br>Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti 56 | L1<br>56                     | 3.11.1<br>Coinvolgimento attivo dei cittadini organizzati in forme associative in organi/programmi di monitoraggio della qualità dei servizi erogati   | 3.11.1<br>a)<br>N° programmi Qualità/<br>N°Pareri C.C.A.<br><br>b) SI – NO | 3.11.1<br>A) Coinvolgimento C.C.A. su programmi di monitoraggio della qualità dei servizi erogati;<br>b) Istituzione di gruppi misti per il monitoraggio della qualità dei servizi aziendali | Direzione Strategica<br>Presidenza C.C.A.<br>Coordinamento Staff<br>U.O. Qualità e Progettazione<br>U.O. Comunicazione e Informazione           | 3.11.1<br>a) Entro 6 mesi<br>b) Entro 8 mesi<br><br>3.11.2<br>Entro l'anno dall'approvazione del Piano |
|   |  | L2<br>//                     |  |  |  |   |  |
|   |  | L3a<br>//                    |  |  |  |   |  |
|   |  | L3b<br>//                    |  |  |  |   |  |
|   |  | L3c-L3d<br>//                |  |  |  |   |  |
| Componente Esaminata  | Fattore e relativo punteggio   | Livello e relativo punteggio | OBIETTIVO SPECIFICO  | INDICATORE/I   | PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI   | RESPONSABILITA'   | Tempi di attuazione  |
| Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali | 3.2  | L1<br>59<br><br>Altre        | 3.12.1<br>Iniziative comuni con le associazioni dei cittadini finalizzate al monitoraggio della qualità percepita e della <i>customer satisfaction</i> | 3.12.1<br>N° iniziative/<br>N°Iniziative concordate con C.C.A.             | 3.12.1<br>Coinvolgimento C.C.A. su iniziative finalizzate al monitoraggio della qualità percepita e della <i>customer satisfaction</i> ;   | 3.12.1<br>Direzione Strategica<br>Presidenza C.C.A.<br>Coordinamento Staff<br>U.O. Qualità e Progettazione<br>U.O. Comunicazione e Informazione | 3.12.1<br>a) Entro 6 mesi<br>b) Entro 8 mesi   |
|   |  |                              | 3.12.2<br>Inserimento di articolati nei Capitolati d'Appalto che   | 3.12.2<br>N° Capitolati d'Appalto con                                      | 3.12.2<br>a) Definizione appositi articolati<br>b) Coinvolgimento delle associazioni (C.C.A.)  | 3.12.2<br>Direzione Strategica<br>Dipartimento  | 3.12.2<br>Entro l'anno dall'approvazione   |

| forme di partecipazione dei cittadini e altre interlocuzioni cittadini /azienda |                      | consentano il controllo della qualità delle forniture da parte dei cittadini | specifico articolato/ N° Capitolati aziendali | c) Inserimento nelle procedure di Appalto | Provveditorato e Tecnico | del Piano |
|---|----------------------|--|---|---|--------------------------|-----------|
|   | <b>L2</b><br>//      |  |   |   |                          |           |
|   | <b>L3a</b><br>//     |  |   |   |                          |           |
|   | <b>L3b</b><br>//     |  |   |   |                          |           |
|   | <b>L3c-L3d</b><br>// |  |   |   |                          |           |

*Elaborati dal Referente Aziendale Dott. Carlo Gambino e dal Referente Civico Dott. Enzo Camarda*

## SEZIONE 2

| INDICATORE  | VALORE OBIETTIVO   | VALORE RAGGIUNTO             |
|---|--|------------------------------|
| Raggiungimento obiettivi sulle aree critiche oggetto di miglioramento | Report relativo all'implementazione degli obiettivi relativi all'Area di umanizzazione dei processi assistenziali previsti nel Piano Qualità Aziendale | SI<br>(vedi schema seguente) |

La sezione II di questo documento, che comprende i risultati raggiunti sulle aree critiche oggetto di miglioramento, consta delle seguenti parti:

- A. Qualità progettata (da pag.74 a pag.78)
- B. Qualità percepita (da pag. 78 a pag. 82)
- C. Audit civico (pag. 83 )

Per le parti A e B le azioni di miglioramento sono state schematizzate indicando l'area alla quale si riferiscono, le strutture in cui sono state rilevate le criticità, gli indicatori di monitoraggio e i risultati raggiunti.

### A. QUALITÀ PROGETTATA

#### 1. Raggiungimento delle azioni di miglioramento nei servizi di ricovero e cura

|  |  |
|--|--|
| <b>AREA:</b> Accettazione e presa in carico del paziente in regime di ricovero |  |
| N° Presidi Ospedalieri 4   | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino - P.O. Madonna SS. Dell'Alto  |
| N° Unità Operative 11  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia, Medicina, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Pediatria, Medicina)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria, Chirurgia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo                     | Esistenza di documento scritto che descrive le modalità di accettazione e presa in carico del paziente in regime di ricovero   |
| <b>RISULTATO:</b>  | SI tranne UU.OO. Ingrassia   |

|   |  |
|---|--|
| <b>AREA:</b> Esposizione degli orari previsti per l'accettazione all'ingresso del reparto |  |
| N° Presidi Ospedalieri 2  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi -  |
| N° Unità Operative 7  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Geriatria, Ostetricia, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo                                | Esistenza di avvisi esposti con gli orari previsti per l'accettazione all'ingresso del reparto                   |
| <b>RISULTATO:</b>   | SI (tutte le strutture)  |

|  |   |
|--|---|
| <b>AREA:</b> Conoscenza delle procedure da parte del personale |   |
| N° Presidi Ospedalieri 4                                       | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 9   | P.O. Ingrassia (Cardiologia Geriatria, Ostetricia, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria, Ortopedia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo     | Esistenza di documentazione sulla diffusione dei documenti /procedure   |
| <b>RISULTATO:</b>  | SI tranne UU.OO. Geriatria e UTIN P.O. Ingrassia (7/9 UU.OO.)   |

|  |  |
|--|--|
| <b>AREA:</b> Riduzione delle barriere linguistiche o culturali per pazienti anziani e disabili |  |
| N° Presidi Ospedalieri 6   | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino, P.O. Civico Partinico P.O. Madonna SS. Dell'Alto – Villa delle ginestre  |
| N° Unità Operative 25  | P.O. Ingrassia (Geriatria, Ostetricia, Medicina, Radiologia, UTIN) P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia, Ortopedia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina)<br>Villa delle Ginestre |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo                                     | Disponibilità di personale specializzato (es. assistenti sociali, psicologi) per facilitare la comunicazione con pazienti anziani e disabili   |
| <b>RISULTATO:</b>  | SI (tutte le strutture)  |

|   |   |
|---|---|
| <b>AREA:</b> Riduzione delle barriere linguistiche o culturali per pazienti provenienti da etnie diverse, ciascuna con la propria lingua e cultura di origine |   |
| N° Presidi Ospedalieri 6  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino, P.O. Civico Partinico P.O. Madonna SS. Dell'Alto – Villa delle Ginestre   |
| N° Unità Operative 25   | P.O. Ingrassia (Geriatria, Ostetricia, Medicina, UTIN)<br>P.O. Dei Bianchi (Lungodegenza, Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria, Ortopedia, Medicina, Rianimazione, Chirurgia, Ostetricia)<br>P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina)<br>Villa delle ginestre |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza/ Disponibilità di dizionario multilingue specifico per ambito sanitario   |
| <b>RISULTATO:</b>   | SI (tutte le strutture)   |

|   |  |
|---|--|
| <b>AREA:</b> Foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che specifichi l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione |  |
| N° Presidi Ospedalieri 2  | P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino  |
| N° Unità Operative 2  | P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che specifichi l'orario di visita dei familiari, le linee di condotta, l'orario di distribuzione dei pasti, le modalità di dimissione |
| <b>RISULTATO:</b>   | SI (tutte le strutture)  |

|  |   |
|--|---|
| <b>AREA:</b> Foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che specifichi quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze |   |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Ingrassia P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino  |
| N° Unità Operative 3   | P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)<br>P.O. Ingrassia (Ostetricia)   |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che specifichi quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite ai familiari o ad altre persone e in quali circostanze |
| <b>RISULTATO:</b>  | SI (tutte le strutture)   |

|   |   |
|---|---|
| <b>AREA:</b> Foglio informativo di reparto, a disposizione e/o consegnato all'utenza, che informi il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami |   |
| N° Presidi Ospedalieri 4  | P.O. Ingrassia - P.O. Dei Bianchi - P.O. S. Cimino - P.O. Madonna SS. Dell'Alto   |
| N° Unità Operative 8  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Ostetricia, UTIN, Pneumologia, Ortopedia)<br>P.O. Dei Bianchi (Pediatria)<br>P.O. S. Cimino (Pediatria)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Medicina) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo  | Esistenza di foglio informativo, a disposizione e/o consegnato all'utenza; che informi il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere a reclami  |
| <b>RISULTATO</b>  | SI (tutte le strutture)   |

|  |   |
|--|---|
| <b>AREA:</b> Carta dei diritti/doveri dei pazienti affissa in luoghi facilmente visibili e consegna di informazioni scritte sui diritti e doveri |   |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Ingrassia P.O. Dei Bianchi P.O. Madonna SS. Dell'Alto  |
| N° Unità Operative 5   | P.O. Ingrassia (Geriatrics)<br>P.O. Dei Bianchi (Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza di foglio informativo sui diritti/doveri dei pazienti, affisso in luoghi visibili e/o consegnato all'utenza.      |
| <b>RISULTATO</b>   | SI (tutte le strutture)   |

|  |  |
|--|--|
| <b>AREA:</b> Documento che definisce le modalità per rispondere alle richieste di assistenza religiosa |  |
| N° Presidi Ospedalieri 5   | P.O. Ingrassia, P.O. Civico Partinico, P.O. Dei Bianchi, P.O. S. Cimino<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto  |
| N° Unità Operative 23  | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Ostetricia Ortopedia UTIN Pneumologia)<br>P.O. Civico Partinico (Cardiologia, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Medicina, Diabetologia, Pediatria, Ostetricia)<br>P.O. Dei Bianchi (Chirurgia, Ostetricia, Pediatria)<br>P.O. S. Cimino<br>(Pediatria, Ortopedia, Medicina, ORL, Chirurgia)<br>P.O. Madonna SS. Dell'Alto (Chirurgia, Medicina) |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza/Disponibilità di elenco con i riferimenti telefonici delle confessioni religiose presenti nel territorio di riferimento  |
| <b>RISULTATO:</b>  | SI (tutte le strutture)  |

## 2. Raggiungimento delle azioni di miglioramento nei servizi diagnostici e ambulatoriali

|  |   |
|--|---|
| <b>AREA:</b> Foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti |   |
| N° Presidi Ospedalieri 2   | P.O. Dei Bianchi - P.O. Ingrassia   |
| N° Unità Operative dei PP.OO. :9   | P.O. Dei Bianchi (Pediatria, Radiologia, Medicina)<br>P.O. Ingrassia (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia Medicina Patologia clinica, Pneumologia)   |
| N Consultori familiari: 33   | Consultori familiari di :<br>Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Esistenza di foglio informativo che descrive gli orari d'apertura, le prestazioni specialistiche erogate, le modalità di prenotazione, le modalità di ritiro dei referti affisso e/o disponibile per la consegna  |
| <b>RISULTATO:</b>  | 42/42   |

|  |   |
|--|---|
| AREA: Consegna di relazione, da parte del medico all'utente, alla fine della prestazione, 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 |   |
| N° Presidi Ospedalieri 3   | P.O. Ingrassia - P.O. S. Cimino - <u>P.O. Madonna SS. Dell'Alto</u>   |
| N° Unità Operative dei PP.OO. :7   | P.O. Ingrassia (Cardiologia, Chirurgia, Ostetricia, Patologia clinica)<br>P.O. S. Cimino (Radiologia) P.O. Madonna SS. Dell'Alto - (Patologia clinica, Radiologia)  |
| N Consultori familiari: 33   | Consultori familiari di :<br>Danisinni, Cesalpino, Pietratagliata, Monreale, Boccadifalco, Noviziato, Cruillas, Tommaso Natale, Borgonuovo, Noce, Arenella, Settecannoli, Villagrazia, Oreto, Villabate, Piana degli albanesi, Parisi, Castelbuono, Cefalù, Gangi, Petralia sottana, Polizzi, Cerda, Termini Imerese, Santa Flavia, Bagheria, Misilmeri, Bisacquino, Corleone, San Giuseppe Jato, Lercara, Ciminna, Marineo |
| Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo   | Consegna agli utenti di relazioni complete delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc.) qualora si prevedano nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare   |
| <b>RISULTATO:</b>  | Si in tutte tranne Patologia clinica P.O. Ingrassia (39/40 UU.OO.)  |

## B. QUALITÀ PERCEPITA

### 1. Raggiungimento delle azioni di miglioramento nei servizi di ricovero e cura

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto                         |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> Villa delle Ginestre   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Disponibilità di documento che illustra l'organizzazione di reparto |
| <b>RISULTATO:</b> SI   |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute (personale medico)   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> Villa delle Ginestre   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Disponibilità di foglio informativo con indicazione del professionista designato a fornire informazioni su diagnosi e condizioni di salute e dei giorni e orari di rilascio delle informazioni; |
| <b>RISULTATO:</b> SI   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. relazioni di dimissione con specificazione della diagnosi e delle condizioni di salute/N. relazioni di dimissione  |
| <b>RISULTATO:</b> 179/179  |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia (personale medico)  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> Villa delle Ginestre  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Esistenza di fogli informativi sulle principali prestazioni diagnostico/terapeutiche e sui loro rischi |
| <b>RISULTATO:</b> SI  |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti (personale infermieristico)  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> Villa delle Ginestre   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. incontri con il personale infermieristico per migliorare l'attenzione dedicata alle richieste dei pazienti con evidenza di interventi di miglioramento |
| <b>RISULTATO:</b> 3  |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Qualità dei pasti e possibilità di scelta del menù   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Dei Bianchi, Madonna dell'Alto, Villa delle Ginestre   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. UU.OO. di degenza in cui viene effettuata verifica trimestrale della conformità delle caratteristiche organolettiche con segnalazione alle ditte di eventuali difformità/ N. UU.OO. di degenza totali |
| <b>RISULTATO:</b> 23/24   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N.UU.OO. di degenza in cui viene effettuata verifica trimestrale sulla possibilità di scelta del menu/N. UU.OO. di degenza totali  |
| <b>RISULTATO:</b> 23/24   |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Funzionalità dei servizi igienici  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, Dei Bianchi   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> : N. UU.OO. del Presidio in cui viene effettuata la verifica della funzionalità dei servizi igienici con adozione degli interventi correttivi/N. UU.OO. del Presidio |
| <b>RISULTATO:</b> 29/29   |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Orario dei pasti   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> Dei Bianchi, Villa delle Ginestre   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> : N. UU.OO. di degenza del Presidio in cui viene effettuata la verifica dell'orario di distribuzione dei pasti ai degenti secondo capitolato con adozione di eventuali interventi correttivi/N. UU.OO. di degenza del Presidio |
| <b>RISULTATO:</b> 8/8   |

## 2. Raggiungimento delle azioni di miglioramento nei servizi diagnostici e ambulatoriali

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Agevolezza della modalità di prenotazione   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Madonna dell'Alto, Civico, <b>DISTRETTI:</b> n. 34, 35, 37, 39, PTA E. Albanese, PTA Casa del sole. |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. verifiche del tempo di attesa per effettuare la prenotazione nelle sedi di prenotazione;                           |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq 1$ (tutte le strutture)   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Esistenza di fogli informativi affissi nelle sedi di prenotazione con l'indicazione del numero verde CUP              |
| <b>RISULTATO:</b> SI (tutte le strutture)  |



|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Madonna dell'Alto, Civico, Villa delle Ginestre<br><b>DISTRETTI</b> n. 34, n.35, 36, 37, 39, Poliambulatorio Centro, PTA E. Albanese, PTA Casa del Sole; PTA Guadagna |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. verifiche sul rispetto dei tempi di attesa;  |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq$ 1 (tutte le strutture)   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Esistenza di fogli informativi per gli utenti sulle classi di priorità delle prestazioni specialistiche   |
| <b>RISULTATO:</b> SI tranne P.O. Ingrassia   |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Accessibilità alla struttura: disponibilità parcheggi  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Madonna dell'Alto, Civico<br><b>DISTRETTI</b> n. 34,35,36,37,39, Poliambulatorio Centro, PTA Casa del sole   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> n. posti auto riservati a pazienti con disabilità;   |
| <b>RISULTATO:</b> P.O. S. Cimino n. 5- P.O. Ingrassia n. 1- P.O. Civico n. 5-<br>Distretto 34 n. 2- P.O. Madonna dell'Alto e Distretto 35 n. 4 - Distretto 36 n.2 - Distretto 37 n. 3 -<br>Distretto39 n.2 - PTA Casa del Sole n.10 - Poliambulatorio Centro n.1. |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Accessibilità alla struttura: segnaletica interna per raggiungere l'ambulatorio   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Dei Bianchi, Civico,<br><b>DISTRETTI</b> Distretti n. 34, 40, Poliambulatorio Centro, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> n. verifiche adeguatezza della segnaletica interna per gli ambulatori   |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq$ 1(tutte le strutture)  |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Accessibilità alla struttura: barriere architettoniche  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI e DISTRETTI SANITARI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S. Cimino, P.O. Dei Bianchi, P.O. Civico, Distretti n. 34, 40, PTA Casa del Sole  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Esistenza di piano fattibile di interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche  |
| <b>RISULTATO:</b> Distretto 34: SI; Distretto 40: SI PTA Casa del Sole:SI; P.O. Dei Bianchi: SI. Le altre strutture non hanno confermato la presenza di barriere architettoniche.  |
| <b>AREA:</b> Rispetto degli orari comunicati al paziente per le prestazioni ambulatoriali  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI e DISTRETTI SANITARI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, Distretto n. 37, PTA E. Albanese   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. ambulatori con verifica del tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata di quest'ultimo /N. ambulatori attivi;   |
| <b>RISULTATO:</b> 54/65  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. ambulatori con tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata superiore a 60 minuti su cui si adottano interventi correttivi/ N. ambulatori con tempo trascorso tra l'orario comunicato al paziente e il momento della chiamata superiore a 60 minuti |
| <b>RISULTATO:</b> S. Cimino: non possibili correttivi perché gli ambulatori effettuano consulenze urgenti per il PS; G. Ingrassia: 0/0; PTA E. Albanese:0/0; Distretto 37: 0/0   |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Pulizia degli ambienti  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI e DISTRETTI SANITARI:</b> G. Ingrassia, S. Cimino, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. verifiche dell'effettuazione delle pulizie da parte delle ditte titolari del servizio e della disponibilità di contenitori per i rifiuti |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq 1$ (tutte le strutture)   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. difformità riscontrate su cui si effettuano interventi correttivi/N. difformità riscontrate  |
| <b>RISULTATO:</b> 34/47  |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche...)   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI e DISTRETTI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S. Cimino, P.O. Dei Bianchi, Civico, Distretti n. 34,39,40, PTA Casa del Sole, PTA Guadagna   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. verifiche periodiche degli arredi presenti nella strutture;   |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq 1$ (tutte le strutture)  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. criticità riscontrate su cui si effettuano interventi correttivi/N. criticità riscontrate   |
| <b>RISULTATO:</b> SI (78/79) (Non conteggiate le criticità del Distretto 40 perché non ritenuti opportuni gli interventi correttivi per previsto cambio di sede, e del P.O. Ingrassia perché dato non definito) |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Attenzione dedicata al professionista   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S.Cimino   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. incontri con i professionisti per migliorare l'attenzione dedicata ai pazienti con evidenza di interventi di miglioramento programmati |
| <b>RISULTATO:</b> SI $\geq 1$  |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Informazioni sulla diagnosi, le condizioni di salute, le terapie e i comportamenti da seguire a casa   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O.S. Cimino  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. relazioni di dimissione con specificazione della diagnosi, delle condizioni di salute, terapia e di indicazioni comportamentali, igienico-dietetiche a domicilio/N. relazioni di dimissione |
| <b>RISULTATO:</b> > 90% in tutte le strutture   |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame; Gentilezza e cortesia del personale  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S. Cimino  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. di incontri con il personale sanitario con individuazione di interventi finalizzati a a migliorare la riservatezza durante la visita/terapie/esami e la gentilezza del personale |
| <b>RISULTATO:</b> $\geq 1$ in tutte le strutture   |

|  |
|--|
| <b>AREA:</b> Tempo di attesa per il pagamento del ticket   |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI e DISTRETTI SANITARI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S. Cimino, P.O.Civico, Distretti n. 34, 37, PTA Casa del Sole |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. verifiche sul tempo di attesa per il pagamento del ticket  |
| <b>RISULTATO:</b> $\geq 1$ in tutte le strutture   |

|   |
|---|
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> Esistenza di fogli informativi sulle diverse possibilità e forme di pagamento del ticket |
| <b>RISULTATO:</b> SI (tutte le strutture)   |

|   |
|---|
| <b>AREA:</b> Tempo di consegna del referto  |
| <b>PRESIDI OSPEDALIERI:</b> P.O. G. Ingrassia, P.O. S. Cimino   |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> N. UU.OO. di Diagnostica di laboratorio in cui è disponibile il referto di esami di chimica clinica entro il giorno feriale successivo alla prestazione /N. UU.OO. di Diagnostica di laboratorio   |
| <b>RISULTATO:</b> SI (2/2)  |
| <b>INDICATORE DI MONITORAGGIO:</b> n. UU.OO. di Radiologia in cui è disponibile il referto delle prestazioni di radiologia convenzionale, ecografia e TAC entro 2 giorni lavorativi e di Risonanza magnetica entro 6 giorni lavorativi (valore atteso => 90%)/n. UU.OO. di radiologia |
| <b>RISULTATO:</b> 2/2   |

## C. AUDIT CIVICO

### Scheda di sintesi sul raggiungimento delle azioni di miglioramento al 31/12/2012

La presente sintesi scaturisce da un lavoro di monitoraggio effettuato dai referenti civico ed aziendale su schede di monitoraggio appositamente compilate dagli assegnatari aziendali delle azioni di miglioramento previste dal Piano in epigrafe. Si fa presente che le schede in questione possono essere scaricate dal sito web: <http://qualitarischioclinico.asppalermo.org> (cliccare in “Menù Principale”, in alto a sinistra, “AUDIT CIVICO”, quindi cliccare su “MONITORAGGIO”).

| Componente/Azione<br>(Area di intervento)   | Numero Complessivo<br>Azioni Previste*<br>Da attuare entro<br>Luglio 2013 | Risultato<br>(%)                         | Numero<br>Azioni<br>Previste<br>Da attuare<br>entro il<br>31/12/2012                        | Risultato<br>(%)                              |
|---|---|--|---|---|
| 1^ Componente<br><b>Orientamento verso i Cittadini</b><br>(Accesso alle prestazioni sanitarie, tutela dei diritti e miglioramento della qualità, personalizzazione delle cure, privacy, assistenza ai familiari, informazione e comunicazione, comfort e prestazioni alberghiere) | 63  | 64%<br>(40/63)                           | 32  | 94%<br>(30/32)                                |
| 2^ Componente<br><b>Impegno dell’Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario</b><br>(Sicurezza dei pazienti, sicurezza delle strutture degli impianti, malattie croniche e oncologia, gestione del dolore, prevenzione)                    | 9   | 78%<br>(7/9)                             | 5   | 100%<br>(5/5)                                 |
| 2^ Componente<br><b>Impegno dell’Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario</b><br>(Attuazione e funzionamento istituti di partecipazione degli utenti, coinvolgimento e partecipazione interlocuzione cittadini/azienda)                 | 8   | 71%<br>(5/8)                             | 2   | 100%<br>(2/2)                                 |
| <b>RISULTATI AGGREGATI</b>  | <b>Totale Numero<br/>Complessivo<br/>Azioni Previste</b>                  | <b>Risultato<br/>Complessivo<br/>(%)</b> | <b>Totale<br/>Numero<br/>Azioni<br/>previste<br/>da attuare<br/>entro il<br/>31/12/2012</b> | <b>Risultato<br/>Complessiv<br/>o<br/>(%)</b> |
|   | <b>80</b>   | <b>65%<br/>(52/80)</b>                   | <b>39</b>   | <b>95%<br/>(37/39)</b>                        |

Il Direttore dell’U.O.C.  
Coordinamento Staff Strategico  
Dott. Francesco Monterosso

\* N.B. Alcune azioni sono “moltiplicate” per tutti i PP.OO. Aziendali ed i servizi oggetto di audit civico (Ser.T., C.D., Poliambulatori), come riportato nel Piano di Miglioramento. L’azione è stata valutata “positivamente attuata” (1) o “parzialmente attuata” (1/2) solo se realizzata, rispettivamente, nel 100% delle Strutture Aziendali o in più del 50%.