



**REGIONE SICILIA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**SIRACUSA**  
**DIREZIONE GENERALE**  
**U.O. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

**PIANO DI UMANIZZAZIONE**

A cura dell'U.O. Comunicazione – U.R.P.

A cura di  
Lavinia Lo Curzio  
Maria Mallia  
Gina Rossitto

## Premessa

*“L’umanizzazione consiste in un atteggiamento mentale, affettivo e morale che obbliga l’operatore a ripensare continuamente ai propri schemi mentali e a rimodellare abitudini di intervento - e sistemi terapeutici ed assistenziali- perché si orientino al bene del malato che è, e rimane una persona in difficoltà, e perciò vulnerabile, anche perché non sempre in grado di formulare in modo corretto e diretto il proprio autentico bisogno” (Marchesi P.).*

Il Piano Regionale della Salute Regione Sicilia 2011-2013 e la legge 5/09 “Legge di riordino del Sistema Sanitario Regionale” riconoscono, tra i propri principi fondanti, anche quello dell’“umanizzazione” come principio che sottende a tutte le attività, le azioni, le programmazioni sanitarie e socio-sanitarie affinché il prendersi cura delle persone e non della sola malattia, della disabilità o della fragilità, costituisca il punto centrale della mission di ogni Azienda Sanitaria.

E’ fondamentale prevedere azioni mirate a favorire l’umanizzazione quale capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali “aperti”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

La centralità del cittadino impone la ricerca di nuovi percorsi, affinché l’umanizzazione non resti concetto astratto ma assuma una funzionalità operativa tale da garantire il raggiungimento di percorsi di eccellenza.

Il principio dell’umanizzazione reca, quindi, con sé un nodo complesso di questioni che per essere risolte con successo richiedono, da parte dell’operatore, l’acquisizione di specifiche competenze in campi tradizionalmente relegati all’ambito umanistico: l’antropologia filosofica, l’etica, la bioetica, la teoria della comunicazione. **L’umanizzazione, dunque, risulta motivo strategico nell’ambito del management sanitario.**

L’umanizzazione del processo assistenziale significa tener presente le molteplici dimensioni della persona per cogliere, secondo un approccio olistico, i problemi che il paziente incontra nell'affrontare la sua malattia.

L’U.O. Comunicazione- U.R.P., che risponde direttamente al Direttore Generale, ha studiato ed affrontato, già da anni, nodi critici, individuando anche possibili soluzioni proposte alla Direzione Aziendale.

L’U.O. è stata promotrice di percorsi sperimentali sull’Umanizzazione e sul miglioramento degli aspetti del confort alberghiero, all’interno di un contesto di miglioramento complessivo della qualità.

La priorità nell’accoglienza dei pazienti e delle loro famiglie e la continuità di attenzione alle loro esigenze costituiscono infatti obiettivi fondamentali della nostra Azienda.

Nel corso degli anni precedenti, le iniziative tendenti a garantire rispetto e soluzioni per i bisogni degli utenti e delle loro famiglie si sono sviluppate grazie all’attività dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico ed alle casuali autonome iniziative di singole Unità Operative.

L'U.O. Comunicazione-U.R.P. si è sempre adoperata per assicurare all'utenza un servizio basato sul rispetto dei principi stabiliti nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 Gennaio 1994 in materia di erogazione dei servizi pubblici.

Il **Piano di Umanizzazione** redatto dall'Ufficio URP è il documento che rileva le criticità dell'aspetto di umanizzazione dei percorsi assistenziali e definisce gli obiettivi dei Piani di miglioramento.

L'U.O. Comunicazione-U.R.P. ai fini della stesura del presente Piano, in ottemperanza al Sub-obiettivo 4.3 - Miglioramento della Qualità per il Cittadino – Obiettivi 2012 delle Aziende Sanitarie Siciliane, ha individuato alcune priorità d'intervento sulla base dell'analisi delle seguenti fonti:

1. Autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 28.12.2010 “ Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti”;
2. Analisi dei risultati dei questionari di valutazione della qualità percepita nell'anno di riferimento;
3. Analisi delle segnalazioni/reclami pervenute dai cittadini/utenti nell'anno di riferimento;
4. Proposte pervenute dai Comitati Consultivi Aziendali;
5. Standard dichiarati nella Carta dei Servizi aziendale;
6. Proposte derivanti dall'attività di autovalutazione relativa all'audit civico.

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello della Provincia di Siracusa; comprende un territorio suddiviso in 21 comuni con una popolazione di circa 400.000 abitanti.

L'attività dell'ASP viene erogata attraverso i servizi dell'Area Territoriale e dell'Area Ospedaliera.

#### **L'Area territoriale è suddivisa in 4 Distretti Sanitari:**

Distretto Sanitario di Siracusa: comprende i Comuni di Siracusa, Buccheri, Buscemi, Canicattini B., Cassaro, Solarino, Palazzolo A., Ferla, Floridia, Sortino, Priolo Gargallo.

Distretto Sanitario di Augusta: comprende i Comuni di Augusta e Melilli.

Distretto Sanitario di Noto: comprende i Comuni di Avola, Noto, Pachino, Portopalo di Capo Passero, Rosolini;

Distretto Sanitario di Lentini: comprende i Comuni di Francofonte, Carlentini e Lentini;

#### **L'Area Ospedaliera è suddivisa in 2 Distretti ospedalieri:**

Distretto Ospedaliero SR 1: comprende gli Ospedali di Siracusa e Noto- Avola.

Distretto Ospedaliero SR 2: comprende gli Ospedali di Augusta e Lentini.

## Criticità, obiettivi e piani di miglioramento

**Autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 28.12.2010 “Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti”.**

L'autovalutazione dei percorsi di umanizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie è stata realizzata secondo la check list predisposta dal gruppo di lavoro regionale sulla qualità percepita. Questa attività di autovalutazione è stata attivata presso i PP.OO. aziendali.

**Aspetti analizzati nella check list.**

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

**Criticità riscontrata in:**

- N° 2 Presidi
- N° 4 Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento.**

Redazione delle procedure scritte per l'accettazione e la presa in carico del paziente in regime di ricovero.

**Professionista responsabile.**

Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedalieri, Coordinatori Sanitari D.O.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi.

**Obiettivo:** adozione in tutte le UU.OO. ospedaliere di procedure per l'accettazione del paziente.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. ospedaliere che hanno adottato le procedure nei tempi previsti.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

## **2. Gli orari previsti per l'accettazione sono esposti all'ingresso del reparto?**

### **Criticità riscontrata in:**

- N° 3 Presidi
- N° 13 Unità Operative

### **Descrizione azione di miglioramento**

Redazione di appositi cartelli in cui vengono descritti gli orari previsti per l'accettazione del paziente e successiva affissione in modo ben visibile all'ingresso del reparto.

**Professionista responsabile:** Direttori di UU.OO. ospedalieri

**Tempi di attuazione:** due mesi

**Obiettivo:** affissione di cartelli esplicativi degli orari di accettazione del paziente.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. Ospedalieri che hanno adottato il piano previsto di affissione degli orari nei tempi previsti.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

## **3. E' a disposizione e/o viene consegnato al paziente il foglio informativo di reparto?**

### **Criticità riscontrata in:**

- N° 3 Presidi
- N° 9 Unità Operative

### **Descrizione azione di miglioramento**

Redazione del foglio informativo/guida di reparto da consegnare all'utente o ai famigliari al momento del ricovero.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedalieri , Coordinatori Sanitari D.O.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** redazione e l'adozione in tutte le UU.OO. ospedaliere del foglio informativo di

reparto.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. ospedaliere che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

#### **4. Il foglio informativo di reparto specifica quali informazioni relative alle cure debbano essere fornite e in quali circostanze?**

**Criticità riscontrata in:**

- N° 3 Presidi
- N° 13 Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento**

Redazione del foglio informativo/guida di reparto da consegnare all'utente o ai famigliari al momento del ricovero.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedaliere, Coordinatori Sanitari D.O.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** redazione e adozione in tutte le UU.OO. ospedaliere del foglio informativo di reparto.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. ospedaliere che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

#### **5. Il foglio informativo di reparto informa il paziente e i familiari sui processi attivati per accogliere e rispondere ai reclami ?**

**Criticità riscontrata in:**

- N° 3 Presidi

- **N° 14 Unità Operative**

**Descrizione azione di miglioramento**

Redazione del foglio informativo/guida di reparto da consegnare all'utente o ai familiari al momento del ricovero in cui vengono descritti i processi di accoglimento e gestione dei reclami, il numero verde aziendale e le sedi degli Uffici URP.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedaliere, Coordinatori Sanitari D.O., Resp.le URP.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** redazione e adozione in tutte le UU.OO. ospedaliere del foglio informativo di reparto.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

**6. Nella documentazione sanitaria è riportato un recapito telefonico per contatti urgenti?**

**Per questo fattore non è stata rilevata alcuna criticità in nessun P.O.**

**7. Il personale medico rilascia al paziente la lettera di dimissione firmata avendo cura di conservarne una copia in cartella clinica ?**

**Criticità riscontrata in:**

- N° 1 Presidi
- N° 2 Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento**

Attivare procedure al momento della dimissione del paziente in cui venga previsto il rilascio di una lettera di dimissione firmata dal personale medico e la archiviazione di una copia nella cartella clinica.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO., Resp.le

Archiviazione.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** attivazione di procedure che prevedano al momento della dimissione del paziente il rilascio di una lettera di dimissione firmata dal personale medico e la archiviazione di una copia nella cartella clinica.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. Ospedaliere che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

**8. La lettera di dimissione contiene le indicazioni scritte necessarie qualora si prevedano prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale domiciliare ?**

**Criticità riscontrata in:**

- N° 1 Presidi
- N° 1 Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento**

Attivare procedure al momento della dimissione del paziente in cui venga previsto il rilascio di una lettera di dimissione che contiene le indicazioni scritte necessarie qualora si prevedano prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale domiciliare.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedaliere.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** attivazione di procedure che prevedano al momento della dimissione del paziente il rilascio di una lettera di dimissione che contiene le indicazioni scritte necessarie qualora si prevedano prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale domiciliare.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. Ospedaliere che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli**



**obiettivi:** semestrale.

## 9. E' a disposizione e/o viene consegnato il foglio informativo nell'attività ambulatoriale ?

### **Criticità riscontrata in:**

- N° 4 Presidi
- N° 14 Unità Operative

### **Descrizione azione di miglioramento**

La redazione e l'adozione in tutte le UU.OO. ambulatoriali/ospedaliere del foglio informativo da consegnare al momento della prenotazione.

**Professionista responsabile:** Direttori di Presidio, Direttori di UU.OO. Ospedaliere, Resp.le CUP.

**Tempi di attuazione:** quattro mesi

**Obiettivo:** redazione e adozione in tutte le UU.OO. ambulatoriali/ospedaliere del foglio informativo da consegnare al momento della prenotazione.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** numero UU.OO. ambulatoriali/ospedaliere che hanno adottato il foglio informativo di reparto.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

## **Analisi dei risultati dei questionari di valutazione della qualità percepita nell'anno di riferimento. Customer satisfaction**

La legge regionale n. 5/ 2009 e il Piano Regionale della Salute 2011- 2013 promuovono la centralità del cittadino e il suo coinvolgimento nei processi di miglioramento dei servizi sanitari e sostengono le iniziative per la valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari, rendendo il sistema sanitario trasparente ai suoi fruitori.

Il D.A. 3185 del 28.12.2010 impone a tutte le Aziende Sanitarie della Regione una rilevazione della qualità percepita con metodologie omogenee su tutto il territorio regionale attraverso lo strumento del questionario da somministrare agli utenti nelle aree di attività del ricovero e della specialistica ambulatoriale. L'obiettivo è garantire al cittadino un ruolo attivo e partecipe, consapevole di poter indicare le risposte ai propri bisogni e richiedere alle Aziende attenzione alle criticità e ai bisogni espressi dall'utenza. L'avvio del Sistema Regionale di Qualità Percepita permette al cittadino di partecipare e indirizzare i piani di miglioramento attivati dall'Azienda.

## **Aspetti analizzati nella Rilevazione della qualità percepita - area territoriale**

### **AREA D'INDAGINE: QUALITÀ DEL SERVIZIO RICEVUTO**

Relativamente al giudizio espresso sul servizio ricevuto (D1), il 53,96% del campione complessivo dichiara di aver ricevuto un servizio di buona qualità, mentre il 36,14% lo giudica comunque sufficiente. Coloro che esprimono un giudizio insufficiente rappresentano circa il 8,85%.

La domanda D1 (Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto durante il ricovero?) rappresenta la sintesi dei giudizi, rispetto alla qualità ricevuta, di tutte le altre domande. Pertanto si presume che avviando azioni di miglioramento nelle altre aree d'indagine, dovrebbe migliorare il giudizio del 8,85% degli intervistati.

### **AREA D'INDAGINE: ACCOGLIENZA, GENTILEZZA.**

Le dimensioni della qualità percepita che riguardano l'area della presa in carico e della cura intesa non esclusivamente in senso sanitario ma anche come attenzione complessiva al paziente (informazioni su diagnosi e condizioni di salute, le informazioni sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa, l'attenzione dedicata dal professionista, il rispetto della privacy, la cortesia del personale) rilevano dei risultati positivi con valori che vanno al di là del 90%. Solo il 7% degli intervistati ritiene insufficiente la gentilezza e cortesia del personale; la percentuale scende ulteriormente al 5% negli ambulatori dei Presidi Ospedalieri.

#### **Criticità riscontrata in:**

- **N° 4 Presidi**
- **N° 14 Unità Operative**

#### **Descrizione azioni di miglioramento:**

- 1) formazione di tutto il personale dipendente, prestando particolare attenzione a tutti gli operatori che per il loro ruolo hanno il contatto con l'utente e che costituiscono il primo approccio all'Azienda e l'impressione che il cittadino ne ricava orienta il suo giudizio in senso positivo o negativo.
- 2) Formazione di Volontari, con distinti progetti, finalizzata alla preparazione dei volontari all'Accoglienza degli utenti in alcune UU.OO. strategiche come gli ambulatori per Pazienti Fragili, risulta efficace per il raggiungimento dell'obiettivo.

**L'obiettivo generale** è quello di fornire una migliore accoglienza, informazione, ascolto e indirizzo degli utenti e dei loro accompagnatori, cittadini italiani e stranieri, all'interno di strutture coinvolte nei vari progetti anche attraverso l'apporto di operatori delle Associazioni di Volontariato, adeguatamente formati.

**Gli obiettivi specifici** sono i seguenti:

- Costruire un rapporto di fiducia con il cittadino basato sulla percezione di una presa in carico che tenga conto della globalità della persona.
- Migliorare la percezione della qualità della prestazione.
- Agevolare il lavoro del personale medico e sanitario impegnato nell'attività di cura.

- Raccordare le necessità e i bisogni espressi dai cittadini con le necessità organizzative della struttura.

**Professionista responsabile:** Responsabile U.O. Formazione e Responsabile U.O. URP nell'espletamento dei corsi di formazione, Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO. nell'individuazione dei dipendenti da segnalare per la frequenza dei corsi e la vigilanza sulla effettiva partecipazione ai corsi.

**Tempi di attuazione: sei mesi.**

**Obiettivo:** I corsi di formazione hanno l'obiettivo di sensibilizzare gli operatori e renderli professionalmente più capaci e versatili nell'approccio quotidiano con l'Utenza. Affinché i corsi raggiungano il duplice obiettivo di offrire un'occasione di formazione e di trasmettere il messaggio di attenzione da parte della Direzione a questi servizi, non dovrebbero essere unici ma ripetuti nel tempo.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- 1) numero di corsi organizzati;
- 2) numero di partecipanti (dipendenti e volontari),
- 3) riduzione del numero di reclami sul comportamento dell'operatore.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

### **3. AREA D'INDAGINE: ACCESSIBILITA' ALLE STRUTTURE**

Le dimensioni della qualità percepita relative all'area di indagine riguardante l'accessibilità (disponibilità di parcheggi e barriere architettoniche) mostrano segnali di criticità.

In particolare, la disponibilità dei parcheggi rileva una percentuale tra pessimo ed insufficiente pari al 50,74%.

Nel dettaglio la disponibilità di parcheggi risulta maggiormente negativa per gli ambulatori del territorio rispetto a quelli dei Presidi, nello specifico per i Poliambulatori di Augusta, Noto (Avola) e Siracusa, per i Presidi Ospedalieri di Avola, Siracusa e Lentini; ( il Presidio di Lentini rispetto all'epoca del rilevamento ha attualmente una nuova struttura con ampi parcheggi).

Sulle barriere architettoniche, i risultati di ricerca non vanno osservati nella loro totalità, ma nel dettaglio, poiché nonostante si abbia un valore positivo pari a 64,23,67% tra sufficiente e buono resta comunque un 32,67% che non può essere valutato esclusivamente nella accezione numerica.

Infatti, scorporando i dati viene posto in evidenza che nel Distretto di Augusta raggiungiamo un giudizio negativo del 90%, diametralmente opposto al 10% di insufficienza espresso per gli ambulatori del P.O. di Augusta. Tale criticità verrà compensata dalla realizzazione del PTA presso la struttura ospedaliera. Nel dettaglio anche i Poliambulatori di Siracusa e SUB Palazzolo mostrano dati nettamente negativi superiori al 60%. Invece, la raggiungibilità della struttura e la segnaletica interna per raggiungere gli ambulatori rivelano risultati nel complesso positivi.

**Criticità riscontrata in:**

- N° 3 Presidi

- N° 3 Distretti

**Descrizione azione di miglioramento:** verifica adeguatezza delle strutture e predisposizione interventi compatibili con le realtà strutturali esistenti.

**Professionista responsabile:** Direttori dei Distretti, Responsabile Servizio Tecnico.

**Tempi di attuazione:** 6 mesi

**Obiettivo:** Migliorare l'accessibilità alle strutture sanitarie

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- 1) Numero di interventi predisposti
- 2) Numero di strutture sottoposte a verifica
- 3) Riduzione numero dei reclami sulla presenza di barriere architettoniche

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale.

#### **4. AREA D'INDAGINE: AMBIENTI, PULIZIA**

Riguardo il giudizio espresso rispetto alla pulizia degli ambienti (D12 **Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche)**), è accettabile (pari al 73,02%, sommando il 43,81% di sufficiente e il 29,21 di buono ); il restante dato negativo pari al 26,05% ( tra pessimo e insufficiente), è fortemente sbilanciato, in senso negativo, verso la pulizia degli ambienti dei Poliambulatori rispetto agli Ambulatori dei Presidi Ospedalieri.

Lo stesso andamento viene rispecchiato nei dati relativi al giudizio espresso rispetto alla comodità degli ambienti (D13 **Qual è il Suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche)** solo il 27,54% degli intervistati lo considera buono) e nel dettaglio i risultati maggiormente negativi riguardano ancora una volta i Poliambulatori rispetto ai Presidi Ospedalieri.

**Criticità riscontrata in:**

- N° \_\_4\_\_ Distretti
- N° \_\_4\_\_ Poliambulatori

**Descrizione azione di miglioramento:** verifica adeguatezza applicazione procedura pulizia e comodità degli ambienti e predisposizione interventi correlati.

**Professionista responsabile:** Direttori dei Distretti, Responsabile Servizio Tecnico

**Tempi di attuazione:** tre mesi

**Obiettivo.** Rendere i locali per l'attesa e i servizi più accoglienti e vivibili

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- 1) Numero interventi predisposti
- 2) Numero verifiche effettuate
- 3) Riduzione numero dei reclami sulla pulizia degli ambienti.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** mensile

## 5. AREA D'INDAGINE: TEMPI DI ATTESA

La dimensione della qualità percepita sull'area di indagine riguardante il tempo di attesa per pagare il ticket e per la consegna del referto rivelano dati positivi tra adeguato e breve per entrambi; mentre il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute dell'utente rivelano giudizi poco soddisfacenti. Tale analisi è confermata dai dati statistici elaborati in base ai reclami segnalati all'URP. Le indicazioni relative ai tempi di erogazione della prestazione ed al rispetto del tempo assegnato (domanda D10 **Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario?** e D11 **Se Le è stato indicato un orario o una fascia oraria, quanto tempo è trascorso tra l'orario in cui Le è stato fissato** ) sono significativi con valore positivo: viene assegnato un orario ed una fascia all'88,9% dei soggetti e tale orario e fascia oraria vengono rispettati per l'82,92% dei soggetti intervistati.

La domanda relativa all'agevolezza della prenotazione mette in evidenza un dato contrastante con i reclami pervenuti nei vari uffici URP, nel senso che a fronte di un 69% di intervistati che giudicano positivamente le procedure di accesso alla prenotazione, l'URP rileva parecchie segnalazioni di malcontento rispetto alla mancanza di un servizio di prenotazione telefonico adeguato o un self tramite totem.

L'attesa per l'erogazione di prestazioni rappresenta una delle sfide più importanti da tempo affrontata dall'Azienda Sanitaria. L'intervento in tale ambito di attività è complesso e riguarda svariati fronti organizzativi, tra cui l'analisi della domanda e la rimodulazione dell'offerta che per la complessità della trattazione esulano da questo contesto e vanno indirizzati a progetti specifici. Di seguito viene riportata una linea d'azione riferita ad aspetti specifici rilevati dagli assistiti.

### **Criticità riscontrata in:**

- **N° 4 Distretti**

**Descrizione azione di miglioramento:** Stesura procedure gestione referti e procedure di gestione della prenotazione.

**Professionista responsabile:** Direttore dei Distretti, Responsabile CUP Aziendale, Responsabile SIFA.

**Tempi di attuazione:** sei mesi

**Obiettivo:** ridurre i tempi di attesa

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- 1) tempo di attesa rilevato dal sistema CUP
- 2) valutazione del gradimento tramite la rilevazione della Qualità Percepita
- 3) riduzione dei reclami sui tempi di attesa

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** tre mesi

## **Aspetti analizzati nella Rilevazione della qualità percepita - area ospedaliera**

### **1. AREA D'INDAGINE: QUALITÀ DEL SERVIZIO RICEVUTO**

Relativamente al giudizio espresso sul servizio ricevuto (D1), il 64,90% del campione complessivo dichiara di aver ricevuto un servizio di buona qualità, mentre il 30,03% lo giudica comunque sufficiente. Coloro che esprimono un giudizio insufficiente rappresentano circa il 2,54%. Poiché questa domanda rappresenta la sintesi della qualità del servizio, indagata anche con le domande successive, non sono previste azioni di miglioramento. Si presume infatti che intraprendendo azioni di miglioramento nelle aree successive, dovrebbe migliorare la qualità percepita dall'intervistato anche per questa area.

### **2. AREA D'INDAGINE: ACCOGLIENZA, GENTILEZZA; DISPONIBILITÀ DA PARTE DI MEDICI ED INFERMIERI**

Relativamente alle domande D2a (gentilezza e cortesia durante l'accoglienza) il 68,81% del campione dà un giudizio buono, il 25,89% sufficiente, mentre per il 3,23% degli intervistati il giudizio è insufficiente.

Rispetto alle domande D3a e D4a (gentilezza e cortesia nei rapporti), per il 77,84% degli intervistati il giudizio è buono, per il 19,21% è sufficiente, mentre per il 2,01% è insufficiente/pessimo.

Rispetto alle domande D3b) disponibilità ad ascoltare le richieste del paziente da parte del personale medico, il 94,36% del campione ha espresso un giudizio tra buono e sufficiente, il 2,88% insufficiente/pessimo) e D4b) disponibilità ad ascoltare le richieste del paziente da parte del personale infermieristico, per il 95,74% degli intervistati il giudizio è tra buono e sufficiente, ma per il 2,42% è insufficiente/pessimo.

Rispetto a D4c (sostegno, capacità di tranquillizzare e mettere a proprio agio), buono per il 65,48%, per il 31,19% sufficiente, ma per il 2,65% insufficiente/pessimo).

Rispetto a D4d (disponibilità a dare informazioni) per il 68,00% circa è buono/sufficiente, ma insufficiente/pessimo per il 2,19%).

**Criticità riscontrata in:**

- N° \_\_4\_\_ Presidi

**Descrizione azione di miglioramento:** formazione di tutto il personale dipendente, prestando particolare attenzione a tutti gli operatori che per il loro ruolo hanno il contatto con l'utente e che costituiscono il primo approccio all'Azienda e l'impressione che il cittadino ne ricava orienta il suo giudizio in senso positivo o negativo.

**Professionista responsabile:** Responsabile U.O. Formazione e Responsabile U.O. URP per l'espletamento dei corsi di formazione, Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO. per l'individuazione dei dipendenti da segnalare per la frequenza dei corsi e la vigilanza sulla effettiva partecipazione ai corsi.

**Tempi di attuazione:** sei mesi

**Obiettivo:** I corsi di formazione hanno l'obiettivo di sensibilizzare gli operatori e renderli professionalmente più capaci e versatili nell'approccio quotidiano con l'Utenza. Affinché i corsi raggiungano il duplice obiettivo di offrire un'occasione di formazione e di trasmettere il messaggio di quanta importanza l'Azienda attribuisce a questa fase del processo produttivo sanitario, non dovrebbero essere unici ma ripetuti nel tempo.

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- 1) Numero eventi formativi realizzati
- 2) Numero personale formato
- 3) Riduzione dei reclami sull'accoglienza, gentilezza, disponibilità da parte dei medici ed infermieri

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** tre mesi attraverso la rilevazione della Qualità percepita e l'analisi dei reclami.

3. AREA D'INDAGINE: DISPONIBILITA' A DARE INFORMAZIONI SULLA ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO, SULLA DIAGNOSI E CONDIZIONI DI SALUTE; SUI RISCHI LEGATI ALLE CURE E TERAPIE, AL MOMENTO DELLE DIMISSIONI.

Rispetto alla domanda D2b (Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto) per il 4,14% degli intervistati, il giudizio è insufficiente/pessimo, per il 58,34% è invece buono.

**Criticità riscontrata in:**

- N° \_\_4\_\_ Presidi

**Descrizione azione di miglioramento:** realizzazione di fogli informativi per ciascuna UU.OO. di degenza dei PP.OO. da distribuire a pazienti e familiari e da esporre in bacheca, contenenti il regolamento della U.O., orario di visita dei familiari e linee di condotta, sull'orario di distribuzione dei pasti, sul funzionamento di attrezzature in dotazione (campanello di chiamata, luce testa letto, ecc), sull'ubicazione di bagni e docce, orari e modalità per ricevere informazioni dai medici, ecc.

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Infermieri.

**Tempi di attuazione:** 3 mesi

**Obiettivo:** Migliorare l'informazione e la conoscenza sull'organizzazione aziendale per i pazienti

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

1. Numero fogli informativi realizzati.
2. Miglioramento dei dati elaborati dalla rilevazione della qualità percepita

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** trimestrale

Rispetto alle domande D3c (Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute), D3d (Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia) e D3e (Informazioni ricevute al momento della dimissione) il 69,65 degli intervistati ha dato un giudizio buono, mentre il 2,26% ha espresso un giudizio insufficiente/pessimo.

**Criticità riscontrata in:**

- N° 4 Presidi
- N° 4 Distretti

**Descrizione azione di miglioramento:**

- 1) Stesura procedura;
- 2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura.

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO., Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

**Tempi di attuazione:**

- 2 mesi per la stesura procedura della procedura
- 1 anno per la formazione degli operatori



**Obiettivo: garantire la trasparenza e il diritto all'informazione nei confronti dell'utente grazie agli interventi degli operatori che, ognuno nel proprio ruolo, dovranno intervenire nel rispetto di procedure e conoscenze specifiche**

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo: :**

1. Numero di operatori formati
2. Riduzione dei reclami in merito

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi: semestrale**

#### **4. AREA D'INDAGINE: TEMPISTICA ASSEGNAZIONE POSTO LETTO**

Rispetto alla domanda D2c (Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto) per il 62,26 il giudizio è buono, per il 32,91% sufficiente, mentre per il 3,80% degli intervistati il giudizio è insufficiente/pessimo.

**Criticità riscontrata in:**

- N°   4   Presidi
- N°   4   Distretti
- N°    Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento:**

1) Stesura di procedura che definisca:

- tempi di assegnazione del posto letto a seconda della tipologia di pazienti;
- **strategie organizzative finalizzate a sopperire eventuali temporanee indisponibilità di posti letto delle varie UU.OO.**

2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO.; Responsabile U.O., Coordinatore Infermieristico, Infermieri, U.O. Responsabile UO Formazione Aziendale.

**Tempi di attuazione:**

1. 2 mesi per la stesura della procedura
2. 1 anno per la formazione degli operatori

**Obiettivo:** migliorare l'accoglienza dei pazienti al momento del ricovero riducendo il disagio di dovere attendere per l'assegnazione del posto letto

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

1. Numero di operatori formati
2. Riduzione dei reclami in merito.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi: semestrale**

#### **5. AREA D'INDAGINE: AMBIENTI, PULIZIA, FUNZIONALITA' DEI SERVIZI**

Rispetto alle domande D5a, D5b, D5c, D5d, D5e, D5f il giudizio è buono per il 46,05 degli intervistati, sufficiente per il 40,85%, ma è insufficiente per circa il 10%.

**Criticità riscontrata in:**

- N° 4 Presidi
- N° 4 Distretti
- N°      Unità Operative

**Descrizione azione di miglioramento:**

- 1) verifica e predisposizione di interventi correttivi;
- 2) sviluppo di procedure;
- 3) formazione degli operatori per l'applicazione delle procedure

**Professionista responsabile:** Direttore U.O.C. Tecnico e Patrimoniale e Direttori/Responsabili UU.OO.; Direttori dei PP.OO e Direttori/Responsabili UU.OO.; Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

**Tempi di attuazione:** nove mesi

**Obiettivo:** ottimizzare la pulizia e la funzionalità degli ambienti

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

1. Numero interventi
2. Numero verifiche effettuate
3. Numero operatori formati.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** annuale

## **6. AREA D' INDAGINE: QUALITA' DEI PASTI**

Per le domande relative ai pasti D5g, D5h, D5i, per il 37,20% degli intervistati è buona, per il 36,28% è sufficiente, ma per il 21,67% è insufficiente/pessima, evidenziando una notevole criticità.

**Azione di miglioramento a seguito della criticità riscontrata in:**

- N° \_\_4\_\_ Presidi
- N° \_\_4\_\_ Distretti

Descrizione azione di miglioramento:

1. Predisposizione di apposite procedure finalizzati al controllo della qualità dei cibi prima dell'erogazione
2. Incontri con le ditte addette alla preparazione dei pasti finalizzati alla predisposizione di pasti più appetibili sempre nel rispetto della qualità e delle varie esigenze dettate dalle patologie dei pazienti.

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO. Commissioni Vitto dei PP.OO., Coordinatori Infermieristici e Infermieri

**Tempi di attuazione:** tre mesi

**Obiettivo:** ottimizzare il gradimento dei pasti ai pazienti

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:** giudizio dell'utenza acquisito tramite la rilevazione della Qualità percepita e l'analisi dei reclami.

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** tre mesi

## **7. AREA D'INDAGINE: ASPETTI ORGANIZZATIVI GESTIONALI**

Per la domanda D5J (orari di visita) per il 54,66% degli intervistati il giudizio è buono, per il 37,28% è sufficiente, mentre è insufficiente/pessimo per circa il 6% del campione. Si rimanda alle azioni D2b, in quanto è strettamente connessa alla stesura dei fogli informativi in ognuna delle UU.OO.

Per quanto riguarda le domande D5k il 60,41% del campione ha dato un buon giudizio, il 33,37% sufficiente, mentre il 4,03% si è espresso in termini di insufficienza) e D5l (relativamente alle condizioni di trasporto, il 44,42% esprime un buon giudizio, il 42% un giudizio sufficiente, che invece per il 9,20% degli intervistati è insufficiente.

**Criticità riscontrata in:**

- N° 4 **Presidi**
- N° 4 **Distretti**

**Descrizione azione di miglioramento:**

- 1) stesura dichiarazione scritta dei diritti del paziente e dei familiari da consegnare al paziente al momento dell'arrivo in reparto e che rimarrà a disposizione per tutta la durata della degenza bene esposta alle pareti di ogni stanza;
- 2) Formazione degli operatori

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO. (stesura dichiarazione), Responsabile Formazione Aziendale, Coordinatore Infermieristico, Infermieri

**Tempi di attuazione:**

- 2 mesi per la stesura del documento
- 1 anno per la formazione del personale

**Obiettivo:** ottimizzare l'informazione ai pazienti sugli aspetti organizzativi gestionali

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

1. Numero dichiarazioni distribuite per pazienti ricoverati;
2. Numero di operatori formati
3. Riduzione dei reclami in merito
4. Miglioramento dei dati elaborati dalla rilevazione della qualità percepita

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** tre mesi

**Analisi delle segnalazioni/reclami pervenute dai cittadini/utenti.**

Il reclamo è una comunicazione scritta o inviata attraverso fax, posta o e.mail anonima o sottoscritta dal reclamante per qualsiasi disservizio inteso come mancanza di efficacia-efficienza che abbia negato o limitato al reclamante la fruibilità delle prestazioni e per qualsiasi violazione delle leggi o dei regolamenti che disciplinano la fruizione dei servizi sanitari.

L'Ufficio **URP** esplica l'attività di tutela per il cittadino: accoglie e dà una risposta risolutiva nell'immediato a numerosi disservizi segnalati di persona o per telefono dagli utenti evitando che il disagio del cittadino si concretizzi in una segnalazione scritta o, in modo più grave, in una segnalazione alle autorità giudiziarie. I Reclami vengono acquisiti direttamente, per posta e e-mail. L'Ufficio provvede alla raccolta delle segnalazioni di disservizio, alla suddivisione delle stesse in: "Reclami semplici" e "Reclami complessi".

Nei Reclami Semplici sono compresi tutti i disagi che l'URP accoglie e risolve grazie alla collaborazione diretta del personale del Reparto o del Servizio interessato: la risoluzione del problema è generalmente immediata. Nei Reclami Complessi l'utente viene accolto dal personale URP, quindi invitato a mettere per iscritto la segnalazione del disservizio su apposita modulistica; l'URP, conduce l'istruttoria per verificare l'accaduto, secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale di tutela: l'indagine si conclude con una risposta scritta inviata all'utente.

**Dai Reclami acquisiti dall'URP centrale ed URP periferici nel primo trimestre 2012 risultano statisticamente significative le criticità di seguito indicate:**

- **Are d'indagine: tempi di attesa**

I reclami rilevati riguardano quasi totalmente il tempo di attesa considerato eccessivo tra la prenotazione e la prestazione richiesta; riguardano in particolar modo i tempi di attesa per le seguenti prestazioni: endoscopie dell'apparato digerente, ecocardiogramma, ecocolordoppler, ecografie, terapia fisica e medicina riabilitativa.

L'attesa per l'erogazione di prestazioni rappresenta una delle sfide più importanti da tempo affrontata dall'Azienda Sanitaria. L'intervento in tale ambito di attività è complesso e riguarda svariati fronti organizzativi, tra cui l'analisi della domanda e la rimodulazione dell'offerta che per la complessità della trattazione esulano da questo contesto e vanno indirizzati a progetti specifici. Di seguito viene riportata una linea d'azione riferita ad aspetti specifici rilevati dagli assistiti.

**Criticità riscontrata in:**

- **N° 4 Presidi**
- **N° 4 Distretti**

**Descrizione azione di miglioramento:** Stesura procedure gestione referti e procedure di gestione della prenotazione.

- 1) Individuazione di strategie organizzative
- 2) Stesura procedure;
- 2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura.

**Professionista responsabile:** Responsabile Ufficio Qualità, Responsabile CUP, Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

**Tempi di attuazione:**

4 mesi per la stesura di procedure di strategie migliorative

1 anno per la formazione degli operatori

**Obiettivo:** ridurre i tempi di attesa

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

1. Numero di procedure realizzate per la formalizzazione di strategie migliorative
2. Numero operatori formati
3. Riduzione dei reclami sui tempi di attesa

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale

• **Area d'indagine: aspetti relazionali**

Dall'analisi dei reclami emerge un'alta criticità relativa all'aspetto relazionale tra utenti e gli operatori dove per operatori si intende sia gli addetti agli sportelli e altri servizi amministrativi, che gli specialisti e gli operatori addetti ai servizi assistenziali sia territoriali che ospedalieri.

**Criticità riscontrata in:**

- N° 4 Presidi
- N° 4 Distretti

**Descrizione azione di miglioramento:**

- 1) Stesura procedura;
- 2) Formazione degli operatori per l'applicazione della procedura.

**Professionista responsabile:** Direttori dei PP.OO., Direttori/Responsabili UU.OO., Responsabile U.O. Formazione Aziendale.

**Tempi di attuazione:**

- 2 mesi per la stesura della procedura
- 1 anno per la formazione degli operatori

**Obiettivo:** ridurre le situazioni conflittuali utenti- operatori

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

3. Numero di procedure realizzate
4. Numero operatori formati
4. Riduzione dei reclami in merito

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale

- **Area d'indagine: aspetti organizzativi**

**Difficoltà prenotazione telefonica,**

**Criticità riscontrata in:**

- **N° 4 Presidi**
- **N° 4 Distretti**

**Descrizione azione di miglioramento:**

1) Estensione della prenotazione a tutti gli utenti interessati, in atto è rivolta agli utenti ultra sessantacinquenni, portatori di handicap e ai non residenti dei comuni interessati.

2) Procedure di prenotazione alternativa come quella informatica.,

**Professionista responsabile:** Direttori dei Distretti PP.OO., Direttori/Responsabili CUP

**Tempi di attuazione:**

**6 mesi**

**Obiettivo:** ridurre il disagio di accesso alla prenotazione

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

5. Numero postazioni
6. Numero di prenotazioni telefoniche
5. Riduzione dei reclami in merito

**Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:** semestrale

E' presente un numero estremamente significativo di reclami riguardanti aree che non sono strettamente di competenza aziendale come i disagi manifestati a seguito della nuova normativa sulle fasce di esenzione ticket. Tuttavia anche per queste segnalazioni l'azienda ha cercato di ridurre il disagio lamentato dall'utenza ampliando l'apertura degli uffici URP anche in orari pomeridiani per dare maggiori informazioni.

### **Proposte pervenute dai Comitati Consultivi Aziendali**

Il Comitato Consultivo è un organo di partecipazione dei cittadini all'attività dell'Azienda; esprime la centralità dei cittadini-utenti, chiaramente indicata nella legge di riordino del SSR, che

possono, in questo modo, avere un ruolo nelle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria. Il Comitato esprime pareri ed ha una funzione propositiva relativamente agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di Educazione Sanitaria e alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali. Il Comitato ha, anche, la prerogativa di proporre campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi, in particolare per quanto riguarda l'aspetto dell'accoglienza.

Le proposte presentate dal Comitato Consultivo che riguardano l'area dell'umanizzazione sono:

1. 1 Attivazione di terminali video con tastiera (work station), per la rilevazione di reclami, installati presso le strutture aziendali ed in particolare presso alcuni posti strategici quali Presidi Ospedalieri e CUP. Tale proposta è finalizzata a favorire l'acquisizione dei reclami.
2. Formazione linguistica degli operatori sanitari finalizzata al superamento delle barriere linguistiche con priorità per gli operatori sanitari in servizio presso le UU.OO. di 1° intervento e per acuti.
  - a. Formazione degli operatori delle UU.OO. di Pronto Soccorso e di personale volontario autorizzato a vario titolo a collaborare nei processi assistenziali nella lingua dei segni al fine di superare la barriera della sordità.
3. Individuazione di strategie organizzative finalizzate all'ottimizzazione dell'accoglienza ed accesso ai vari servizi delle persone con disabilità con particolare attenzione alle UU.OO. di urgenza.
  - a. Assicurare ai soggetti disabili gravi che si rivolgono alle strutture ospedaliere condizioni di accessibilità e di permanenza idonee ai bisogni specifici di ciascun paziente e favorire l'assistenza continuativa da parte di un familiare.
  - b. Realizzazione di uno sportello informativo e/o di ascolto presso i PP.OO. gestito da tutte le Associazioni del Comitato Consultivo.

**L'AUDIT CIVICO**, avviato dalla Direzione Generale dell'Asp di Siracusa, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico è un ambizioso progetto promosso da Cittadinanzattiva Sicilia onlus in collaborazione con la Regione Sicilia.

Le attività di indagine sono state attuate attraverso gli strumenti di rilevazione quali questionari e griglie di osservazione presso le strutture sanitarie, grazie alla collaborazione dei Responsabili delle Unità Operative. La raccolta e la consequenziale analisi dei dati hanno dato la vera immagine del lavoro prodotto. E' evidente che il progetto AUDIT CIVICO promuove la partecipazione dei cittadini alla valutazione permanente dei servizi sanitari, dando seguito a quanto stabilito dal Piano Regionale della Salute 2011/2013.

Con l'Audit civico, oltre a migliorare i servizi sanitari sul territorio e umanizzare le strutture ospedaliere, anche grazie al diretto coinvolgimento delle organizzazioni di tutela dei cittadini nelle politiche aziendali, si tende a superare quegli ostacoli che impediscono al cittadino-utente di poter beneficiare di servizi sicuri e di buona qualità.

E' stata cura delle equipe accertare, attraverso i questionari e le griglie di valutazione, la qualità e la sicurezza delle strutture ospedaliere.



I dati, una volta raccolti, sono stati resi pubblici con il 1° Rapporto Regionale Audit Civico Sicilia. Gennaio -Aprile 2012. Tali elaborati hanno permesso di formulare giudizi e proposte operative di miglioramento da sottoporre alle Direzioni aziendali.

### **Criticità e proposte emerse dall’Audit**

- Proporre un maggiore orientamento per i cittadini anche se appare “soddisfacente “ il risultato per le informazioni e la comunicazione all’utente finalizzate all’accesso alle prestazioni sanitarie, alla personalizzazione delle cure, che solo in alcuni casi raggiungono risultati appena soddisfacenti. Si potrebbe migliorare ulteriormente con l’apertura di un altro ufficio URP presso l’ex ONP e la realizzazione dell’aggiornamento della carta dei servizi già in itinere.
- Proporre una maggiore attenzione al confort alberghiero dati i risultati poco soddisfacenti sul confort alberghiero per alcune strutture, dovute anche ad interventi in itinere di ristrutturazione.
- Curare maggiormente gli aspetti sulla sicurezza, insoddisfacente per alcune strutture; più penalizzata è quella relativa ai poliambulatori.
- Promuovere la cultura della prevenzione avviando campagne di educazione sanitaria presso scuole, centri di formazione ed altri luoghi di aggregazione con l’ausilio di materiale didattico all’uopo redatto.

L’aspetto dell’accoglienza, come rilevato dal 1° Rapporto Regionale Audit Civico Sicilia aprile 2012 l’Azienda ASP di Siracusa ha ottenuto risultati soddisfacenti. Si potrebbe migliorare ulteriormente attivando nuovi punti URP presso luoghi strategici aziendali, favorendo il coinvolgimento del volontariato in particolar modo delle Associazioni del Comitato Consultivo.

### **INDIVIDUAZIONE DI ALCUNE AREE CRITICHE SU CUI OTTENERE RISULTATI DI MIGLIORAMENTO GIA’ NEL SECONDO SEMESTRE 2012**

#### **Accesso alle strutture sanitarie**

##### **Descrizione azione di miglioramento:**

- realizzazione di materiale informativo sulle prestazioni erogate, accesso ai servizi e prestazioni, organizzazione dei reparti di degenza ecc.
- Formazione del personale con priorità agli operatori che hanno maggiore contatto con l’utenza;
- Coinvolgimento e formazione dei Volontari
- Coinvolgimento del Comitato Consultivo

**Obiettivo:** favorire l’accesso alle strutture e servizi aziendali

**Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:**

- Numero eventi formativi realizzati
- Numero operatori e volontari formati
- Riduzione dei reclami in merito
- Numero di materiale informativo realizzato e distribuito all'utenza
- Numero incontri del responsabile URP con il Comitato Consultivo
- Aggiornamento della Carta dei Servizi