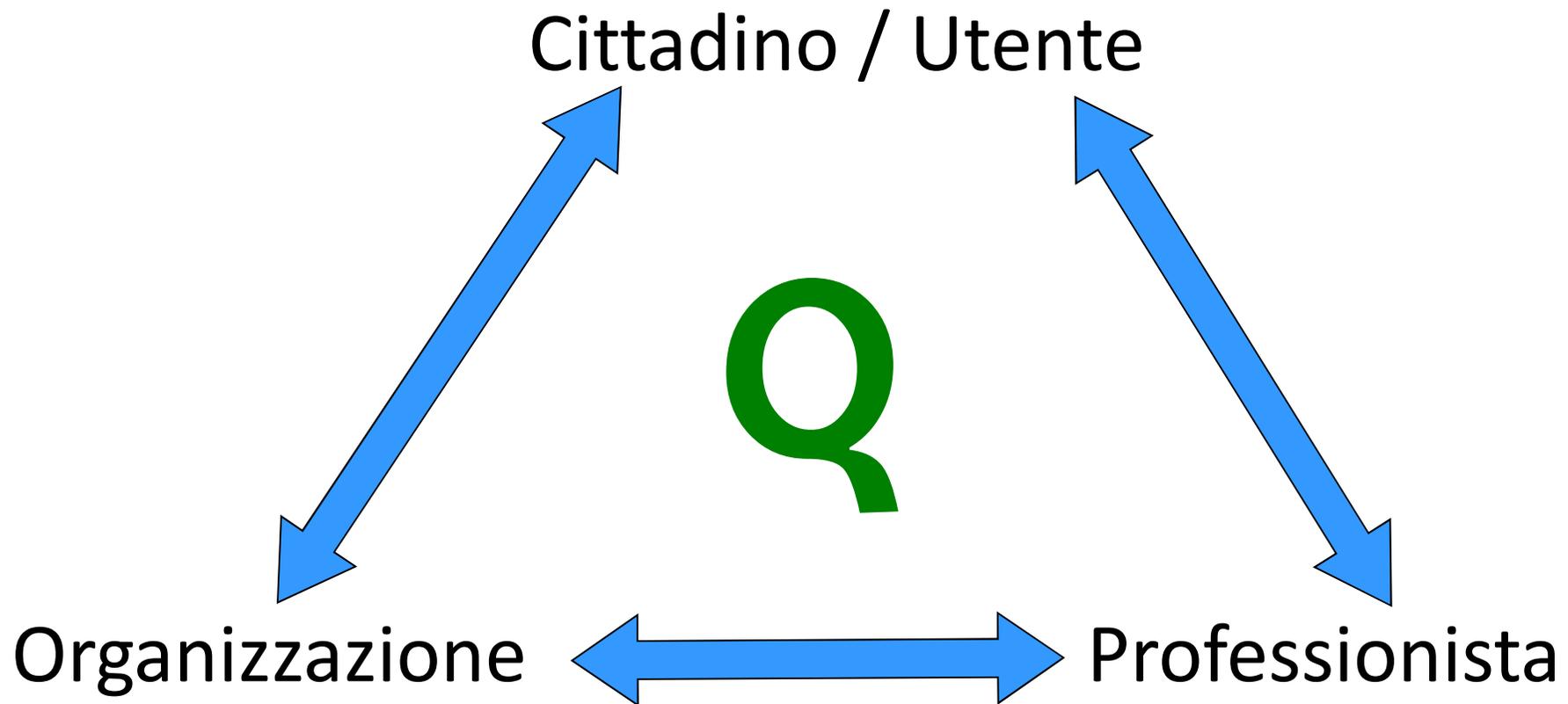


Qualità percepita Qualità dal lato dell'utente

Ulrich Wienand MD PhD
Azienda Ospedaliero Universitaria
"Arcispedale S. Anna di Ferrara"
Maggio 2017

QUALITA'

L'insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruitore.

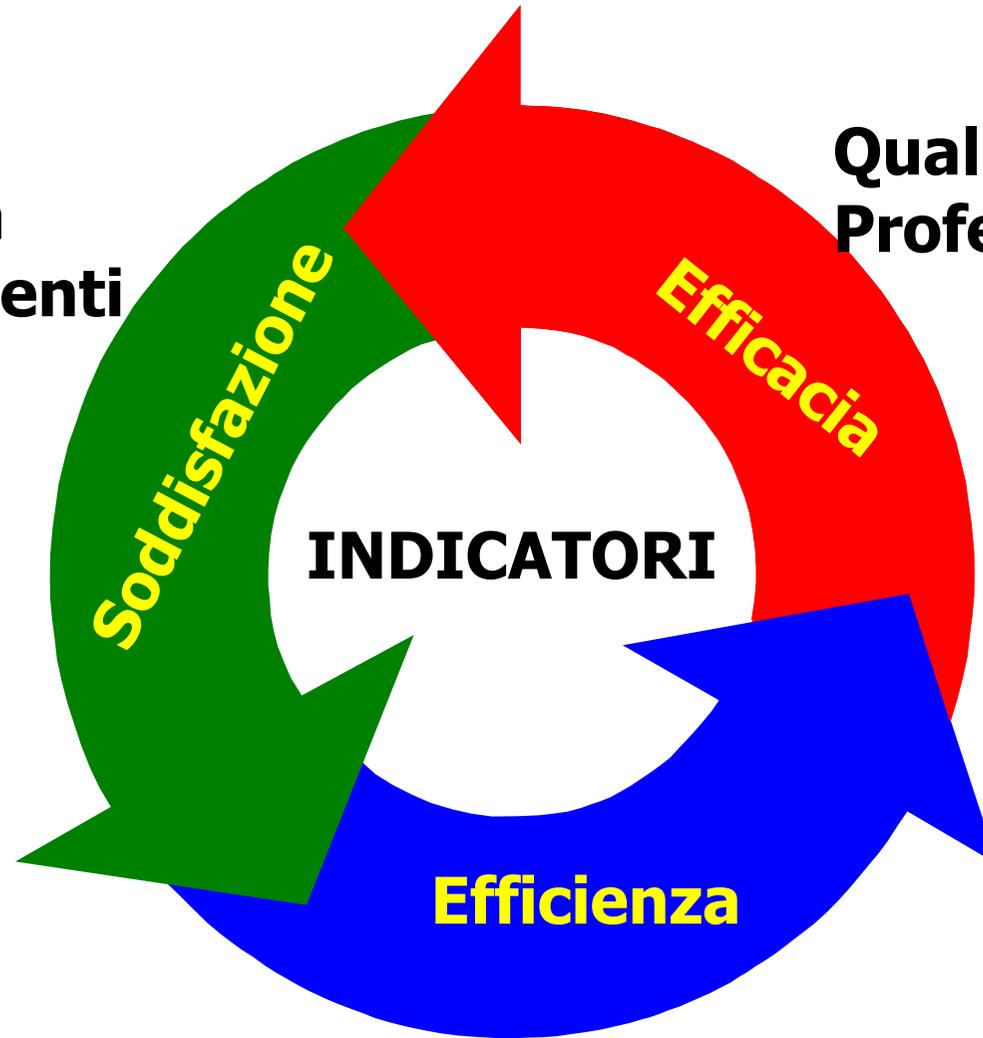


«Relazione di servizio» ► 3 punti di osservazione sulla qualità

Tre aspetti della Qualità nella Sanità

**Qualità
dal lato utenti**

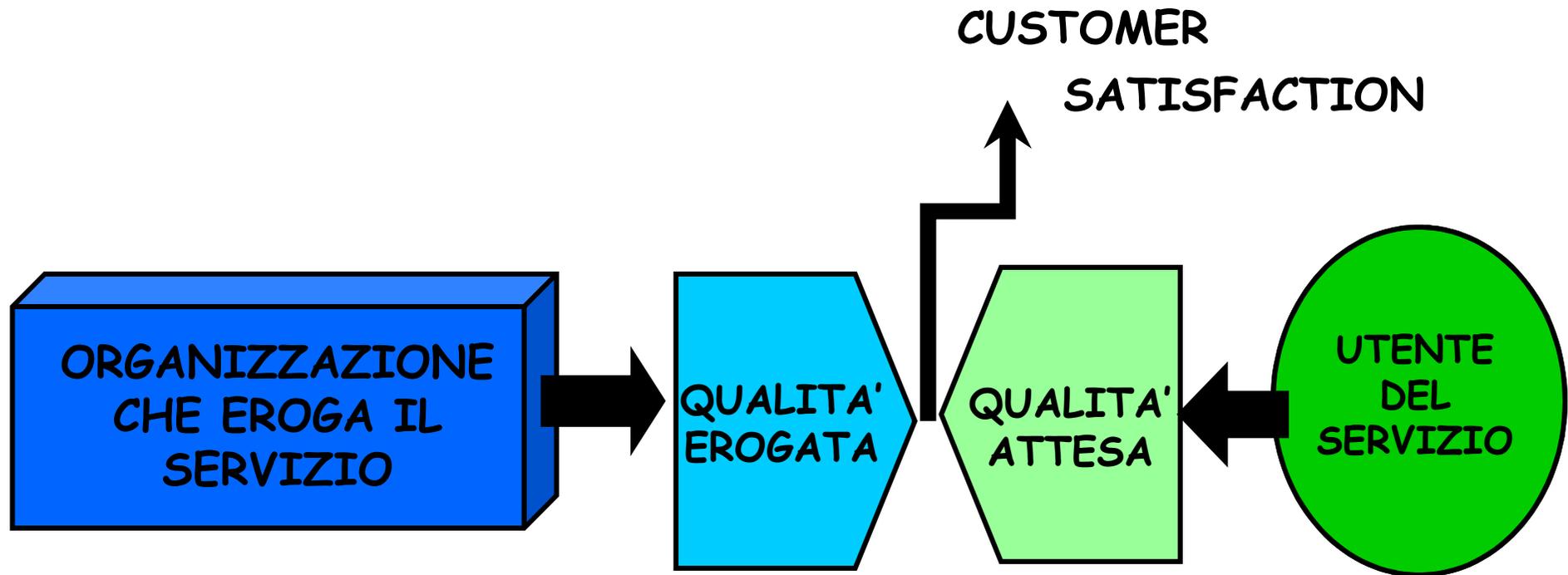
**Qualità
Professionale**



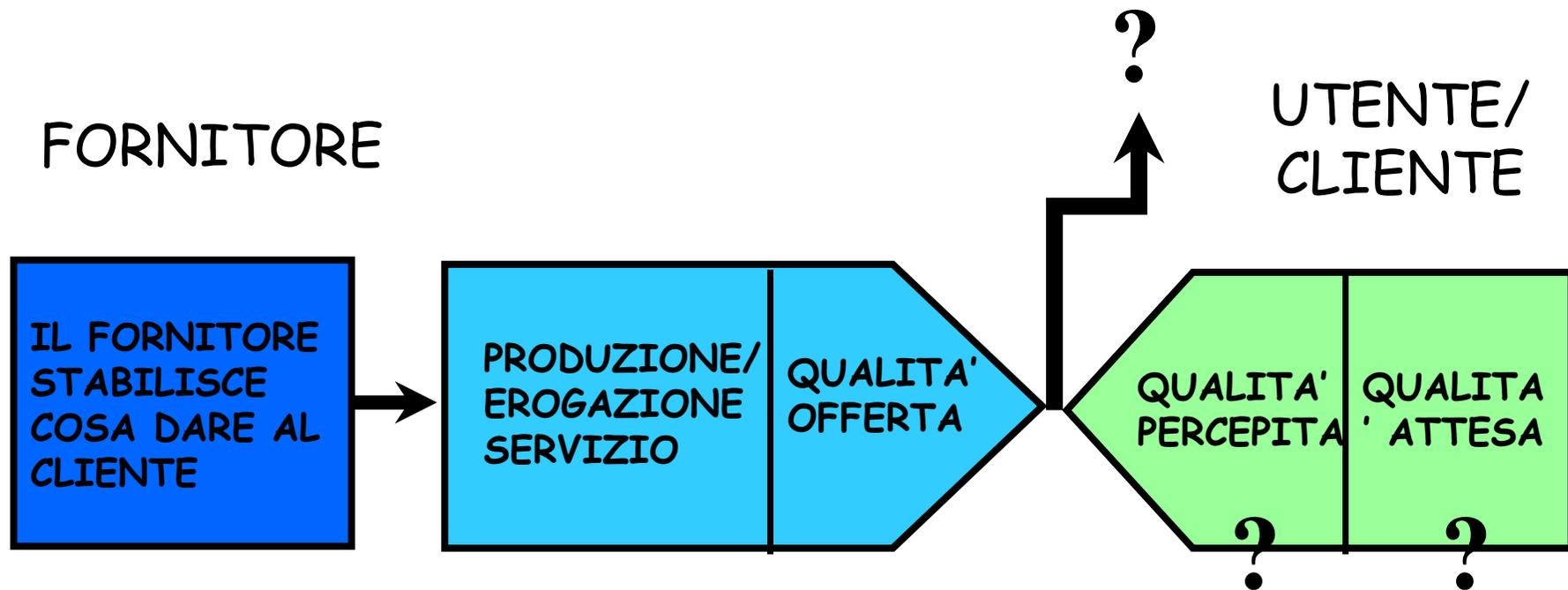
Qualità Organizzativa

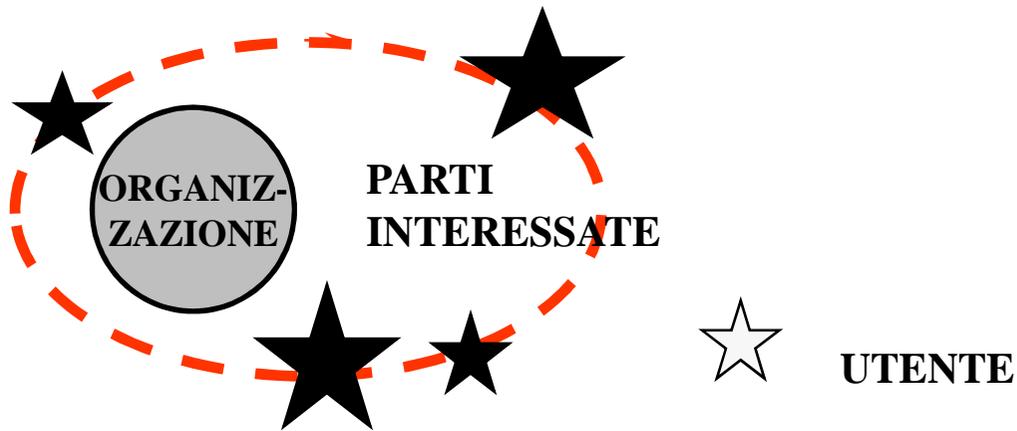


Il rapporto fornitore/utente nel servizio



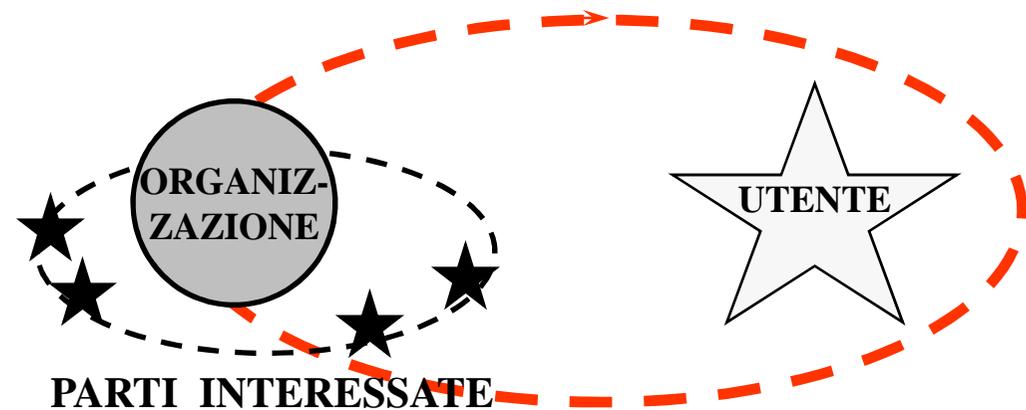
Rapporto distorto, tipico di una situazione monopolistica





L'Organizzazione era al centro del Sistema, con le parti interessate che le ruotano intorno e gli utenti emarginati alla periferia

Il Sistema (Organizzazione e Parti interessate) ruota attorno all'utente



da :Conti 1999 mod.

Opinione vs. Valutazione

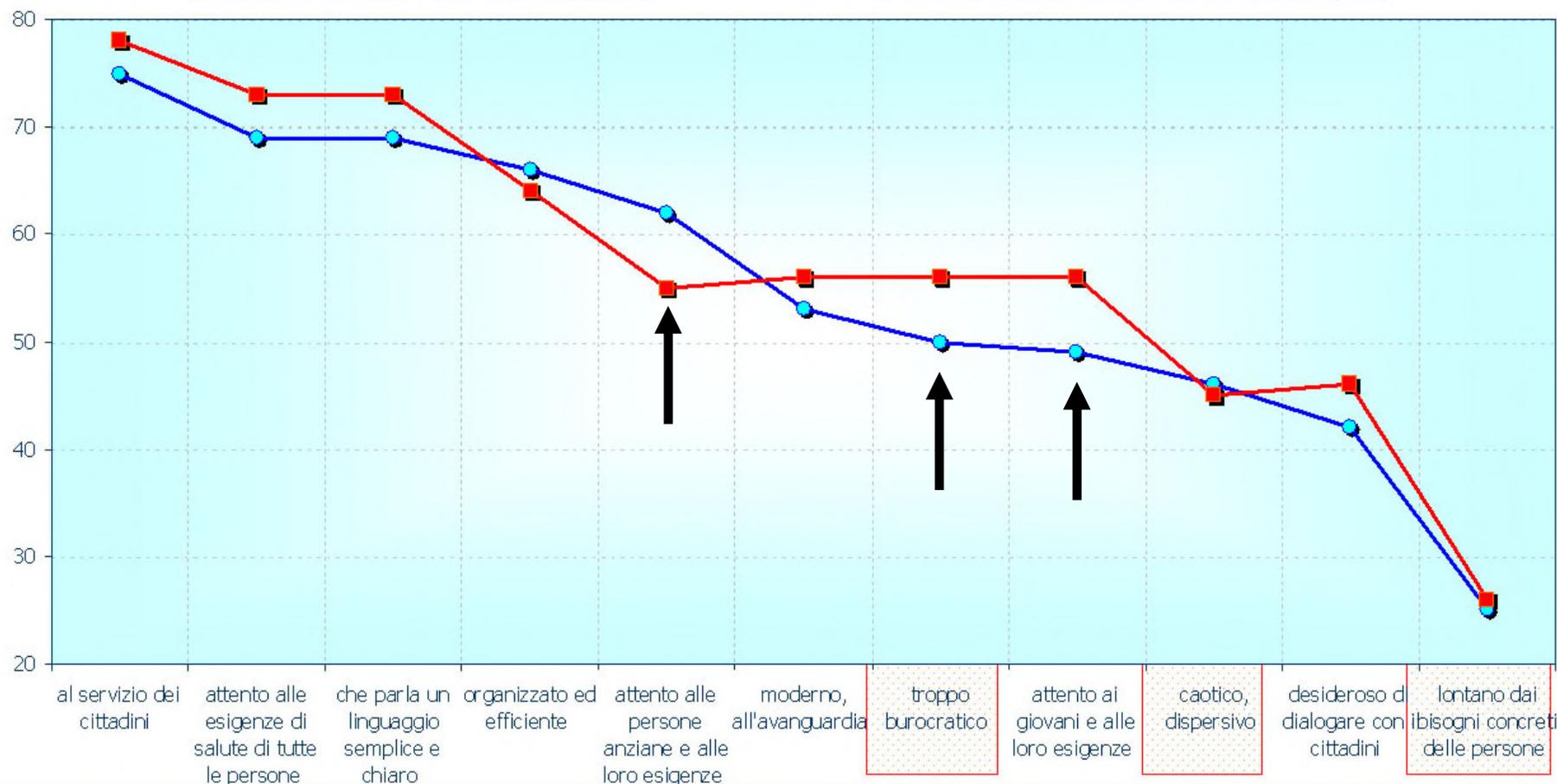
- **Opinione**: il 69% degli italiani ha un'opinione negativa del Servizio Sanitario Nazionale (indagine Eurisko)
- ... peggio degli Uffici IVA / Imposte Dirette, dell'INPS, della Magistratura, delle Poste.....
- ma: i valori si invertono se ai cittadini viene chiesto una **valutazione sul servizio ricevuto**: p.e. 60% giudizio buono (o molto buono)

Immagine dell'Ospedale Sant'Anna presso coloro che si sono recati nella struttura

TOP 2 BOXES
(5+4)

Base: Conoscono l'Ospedale Sant'Anna (733)

● Si sono recati presso l'Ospedale (538) ■ Non si sono recati presso l'Ospedale (195)

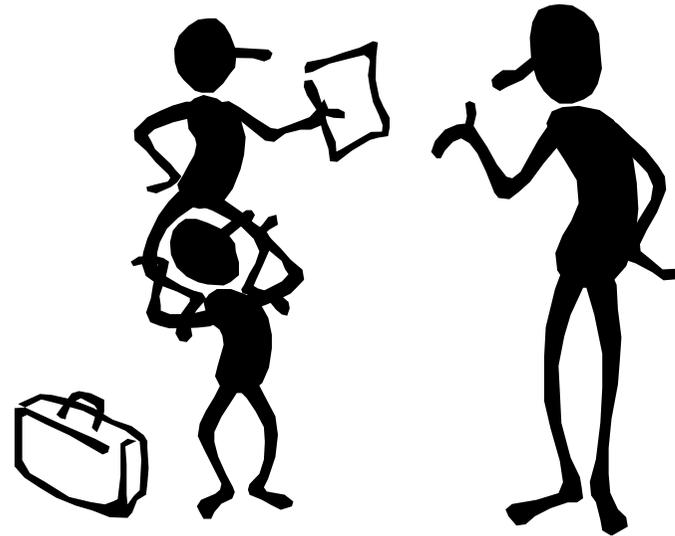


1. lezione :

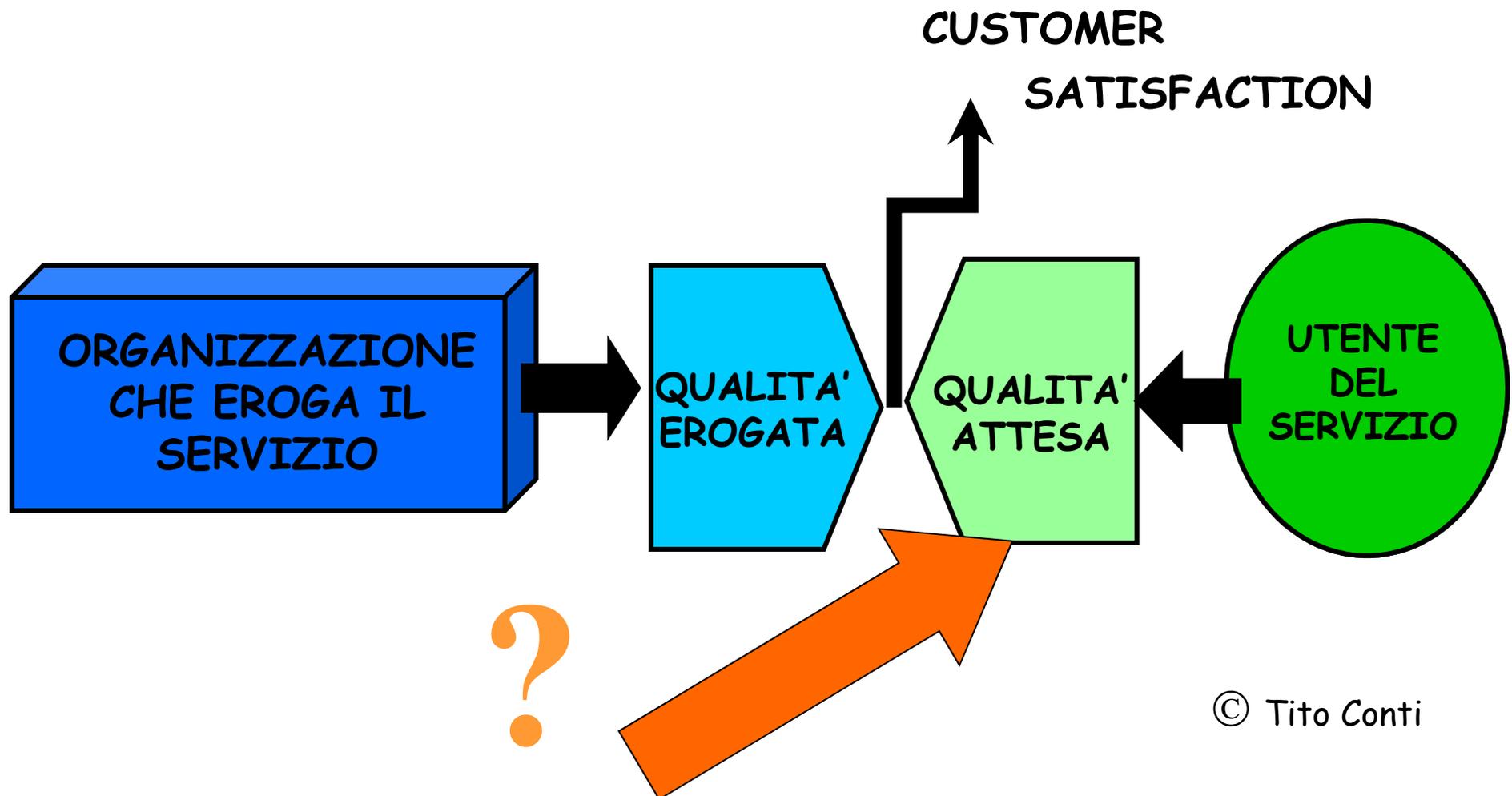
Attenzione all' "Experience gap" !

Differenza fra:

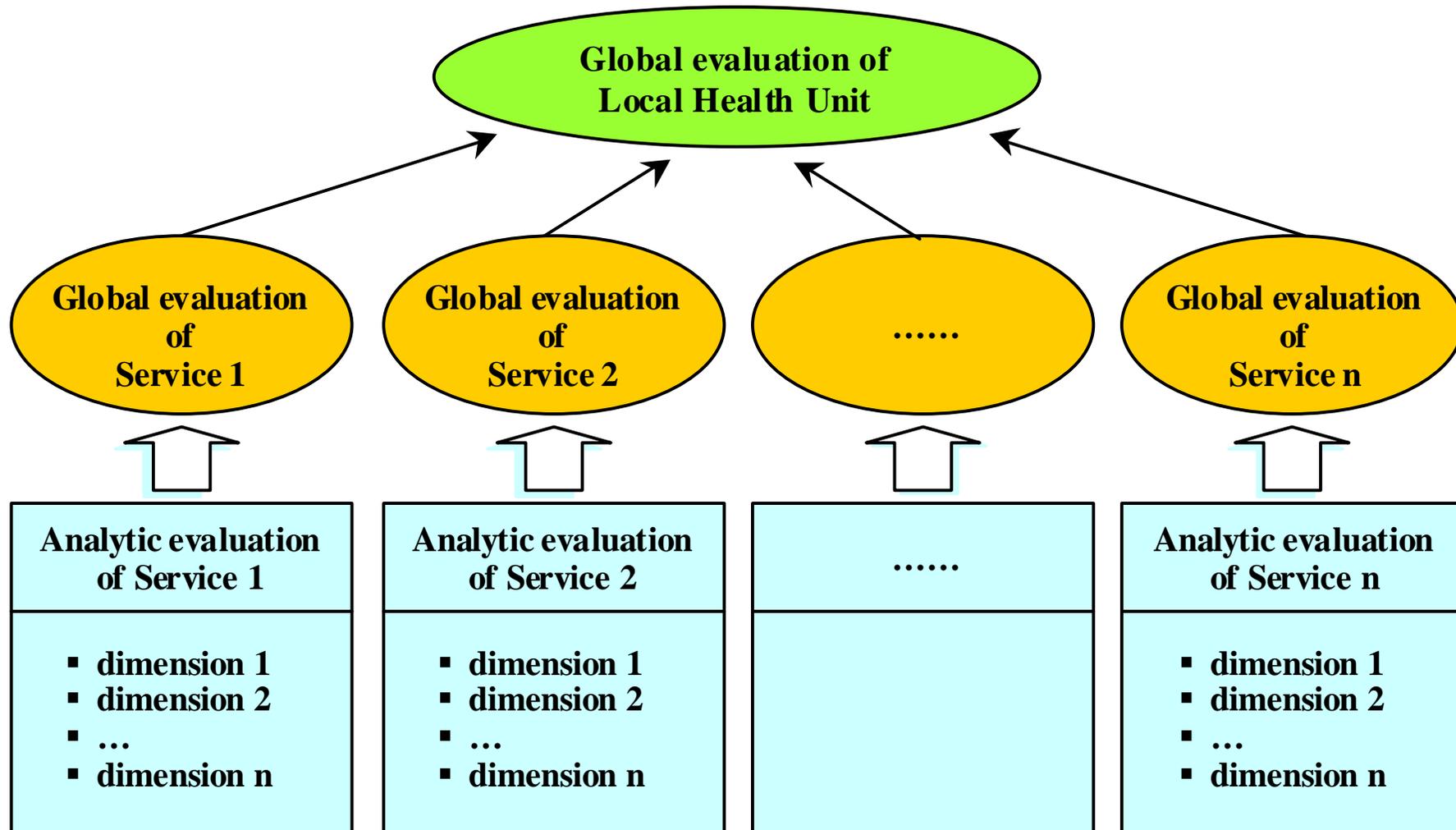
- Opinione
- Soddifazione
- Vissuto



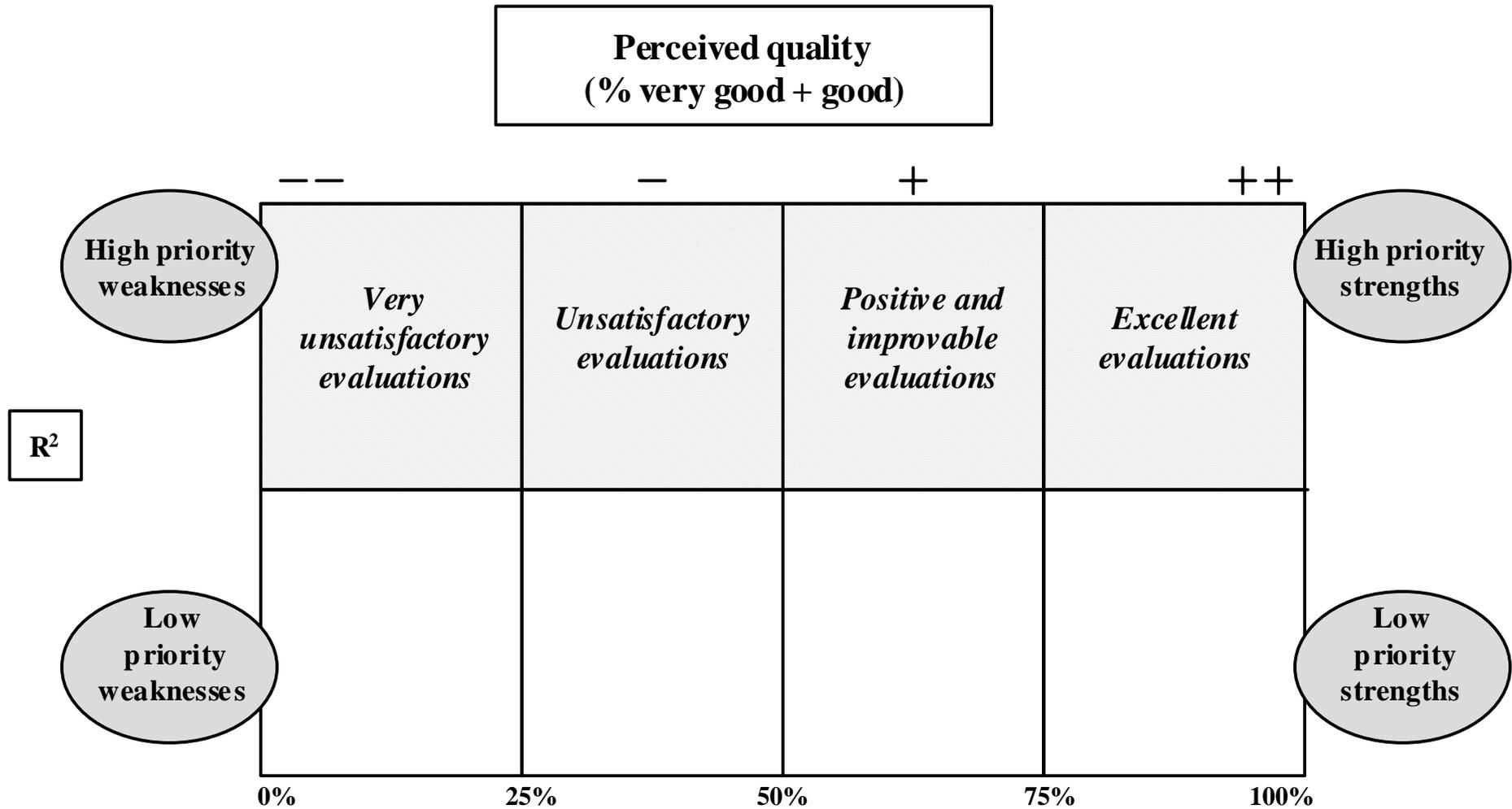
Le attese degli utenti



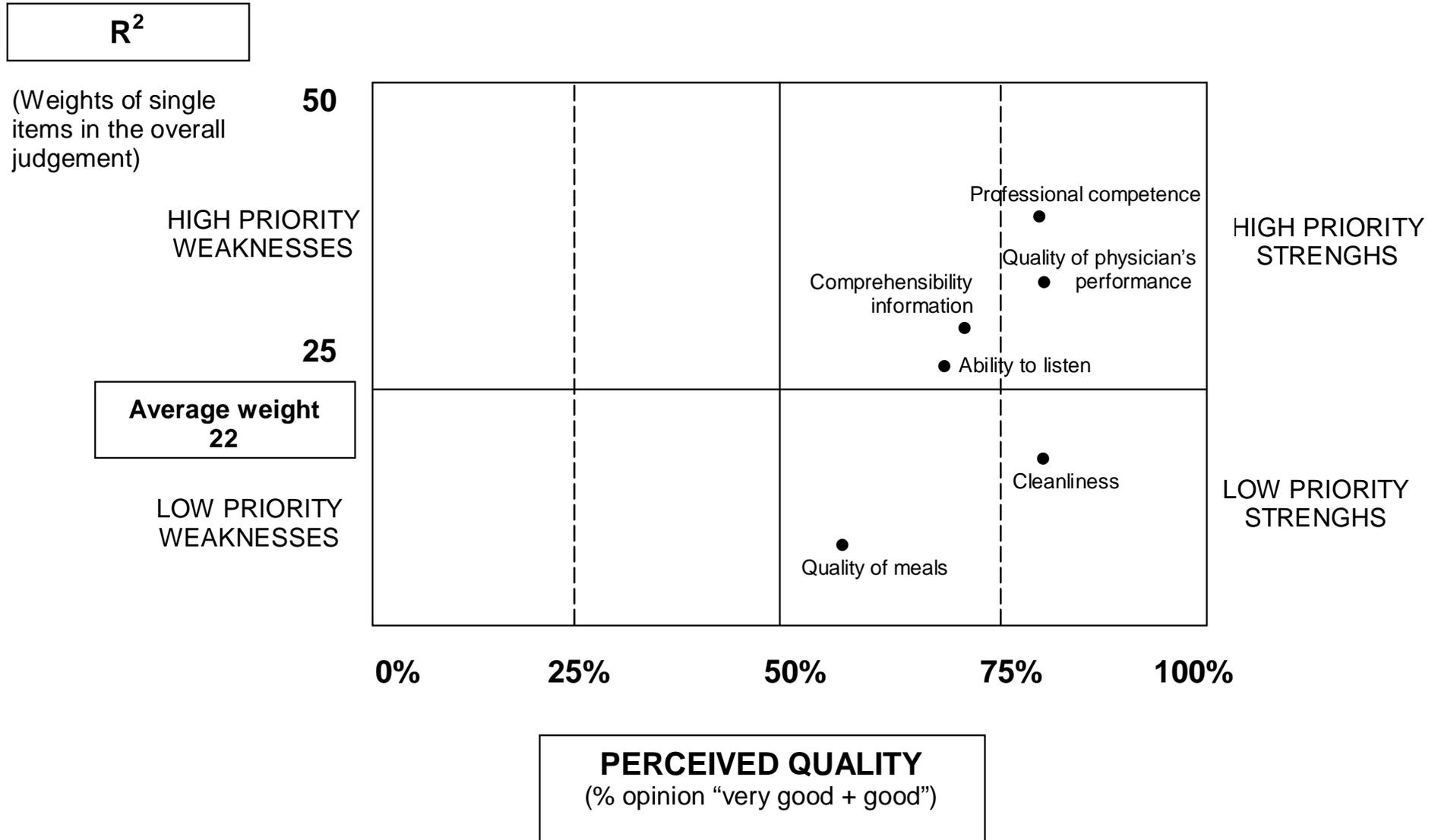
The tree structure of the questionnaire



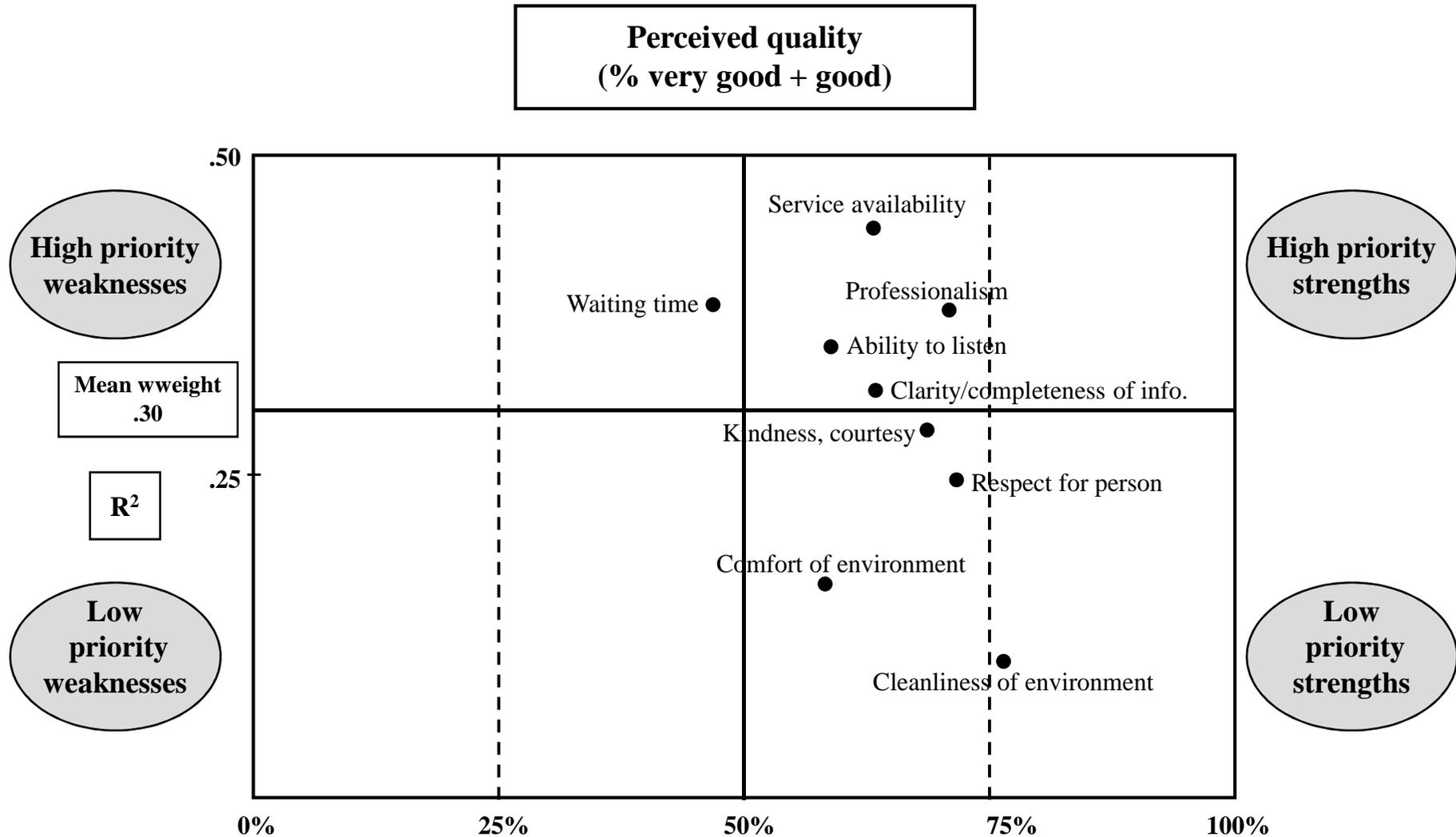
The matrix of services' weaknesses/strengths



Hospital stay: matrix of weaknesses/strengths



Emergency services: the matrix of weaknesses/strengths

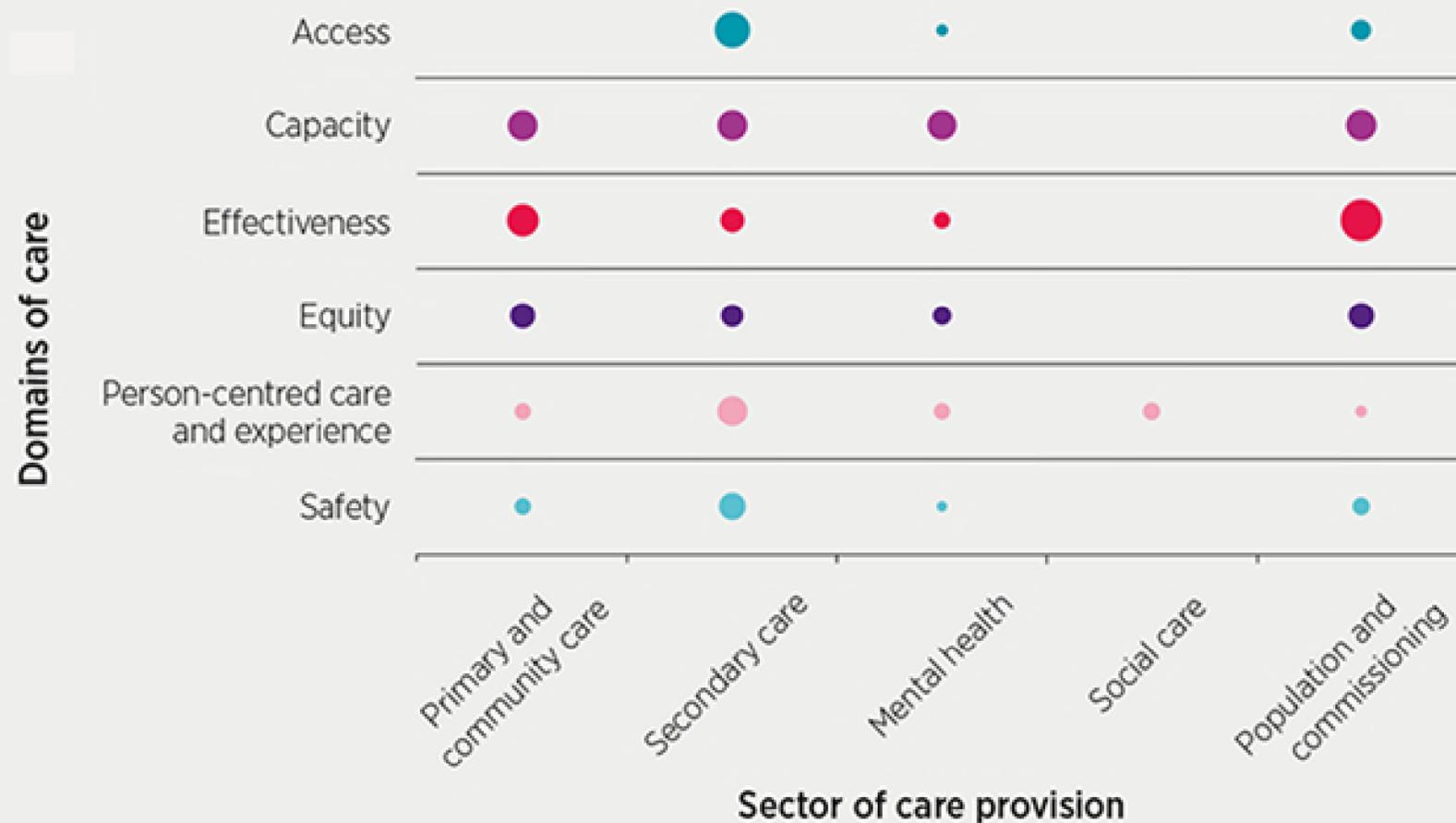


APSS Trento 2014

21. «Quali tra i seguenti elementi ritiene prioritari/rilevanti nell'organizzazione delle attività di ricovero e cura svolte negli ospedali del Trentino?»

	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. Standard
Competenza ed esperienza del personale	2500	6	10	9.31	0.74
Sicurezza delle prestazioni sanitarie fornite	2500	7	10	9.22	0.73
Efficienza di organizzazione dei servizi	2500	6	10	9.06	0.80
Continuità dell'assistenza/presa in carico	2500	6	10	8.68	1.05
Comfort, cioè pulizie, sale d'attesa...	2500	5	10	8.68	0.98
Livello di informazione per l'accesso ai servizi e alle prestazioni	2500	6	10	8.64	1.03
Disponibilità, cordialità e umanità del personale	2500	6	10	8.41	1.10
Aspetti alberghieri e pasti	2500	5	10	8.35	1.05
Comodità/vicinanza al proprio domicilio	2500	6	10	7.83	1.19
Sicurezza nel trattamento dei dati a tutela della riservatezza e privacy del paziente	2500	6	10	7.74	1.10
Ospedale come risorsa produttiva del territorio o risorsa della comunità	2500	3	10	7.45	1.20

Figure 1: QualityWatch indicators matrix (by sector of care provision and domain of care)



Note: Size of each circle shown is roughly proportional to the number of indicators in the relevant combination of domain and sector of care. Colours apply only to the relevant domain of care.

2. lezione: Indagare le aspettative degli utenti

- dalle aspettative degli utenti dipende in buona parte la “risultante” : soddisfazione
- le aspettative degli utenti sono spesso diverse da quello che immaginano gli operatori
- un buon lavoro comunicativo relativo agli impegni (standard garantiti) può avere un impatto sulle aspettative

Ambulatori

Numero di Ambulatori analizzati = 6
Numero di questionari distribuiti = 773

N° risp	Giudizio complessivo	Posit.
453	Giudizio complessivo sulla prestazione ricevuta	90,3%

Degenza

Numero di UU.OO. analizzate = 10

Numero di questionari distribuiti = 592

N° risp	Giudizi complessivi (da 1=insuff. a 6=ottimo)	Valut.
585	Rapporto con gli infermieri	5,75
174	Giudizio complessivo sulla degenza	5,75
579	Cure ricevute	5,71
587	Accoglienza	5,61
585	Efficienza e organizzazione del reparto	5,52
585	Rapporto con i medici	5,51
584	Informazione medica	5,48
586	Igiene del reparto	5,43
582	Informazioni sul reparto	5,02
585	Comfort delle camere	4,72
584	Qualità dei pasti	4,62

3. lezione :

i risultati sono troppo buoni !

- La percentuale dei soddisfatti è sempre piuttosto alta : > 75%
- I problemi spesso non emergono dai questionari
- Il questionario dà maggiore valore aggiunto se si riferisce esattamente agli impegni assunti dall'organizzazione

“Chiedetegli cosa gli è successo”

- Questionario in uso nell’Azienda Osp. Univ. di Ferrara dal 2005
- Individuati determinati item che descrivono l’esperienza non la soddisfazione
- Aree:
 - Accoglienza
 - Prestazione
 - Confort
 - Dimissione

Numero di UU.OO. analizzate = 10
Numero di questionari distribuiti = 592

N° risp	Accoglienza	Posit.
582	Cortesia del personale di reparto	99,7%
523	Condivisione della camera solo con pazienti dello stesso sesso	94,5%
582	Nessun spostamento di camera	88,0%
576	Ricevimento di informazioni su regole e orari del reparto	78,1%
516	Consegna di materiale informativo	75,0%

N° risp	Prestazione	Posit.
583	Fiducia verso i medici	99,3%
80	Ricevimento di terapia efficace contro il dolore	88,8%
583	Ricevimento di informazioni dai medici sul percorso di degenza	92,8%
573	Evitati i discorsi in presenza del paziente ignorandolo	87,3%
171	Ricevimento di informazioni sul trattamento del dolore	70,8%
547	Coinvolgimento del paziente nelle decisioni sanitarie	70,9%

N° risp	Comfort	Posit.
574	Pulizia dei bagni	81,9%
563	Assenza di rumori durante la notte	63,2%

N° risp	Dimissioni	Posit.
529	Ricevimento di informazioni chiare per la convalescenza a casa	96,4%
521	Ricevimento di informazioni chiare sui farmaci da prendere	96,2%

Ambulatori

Numero di Ambulatori analizzati = 6
Numero di questionari distribuiti = 773

N° risp	Prenotazione	Posit.
407	Valutazione del tempo di attesa tra prenotazione e visita	57,0%
405	Possibilità di scegliere la data dell'appuntamento	42,5%

N° risp	Accessibilità	Posit.
403	Chiarezza della segnaletica per raggiungere l'ambulatorio	60,5%
549	Facilità di parcheggio	23,1%

N° risp	Prestazione	Posit.
649	Rispetto della riservatezza e della dignità personale durante la visita	98,5%
711	Cortesìa del personale dell'ambulatorio	98,0%
582	Ricevimento di informazioni chiare sull'esito della visita	95,9%
349	Durata adeguata della visita	88,0%
662	Valutazione del tempo di attesa in ambulatorio per la visita	61,9%

N° risp	Comfort	Posit.
679	Stato di pulizia dell'ambiente	89,0%
680	Confortevolezza dell'ambiente	74,9%

4. lezione : monitorare con costanza la valutazione degli utenti

- **Valutazione degli utenti** : va valutata con costanza, periodicità e varietà di strumenti
- Diventa un driver per il miglioramento solo se è riferita ad impegni concreti da parte dell'organizzazione (p.e. Carta dei Servizi)

Picker Institute

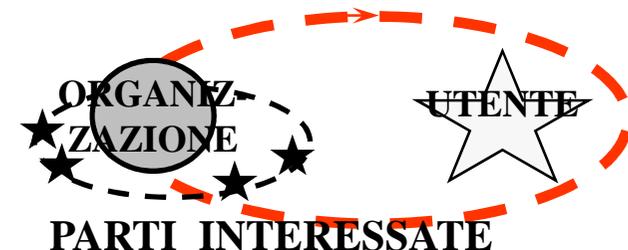
- Chiedete ai pazienti che cosa è importante per loro
- Molti aspetti importanti per i pazienti sembrano non importanti al personale
- Non chiedete se sono soddisfatti ma chiedete che cosa gli è successo!

Centralità del Cittadino

- Rivoluzione copernicana nella Pubblica Amministrazione italiana negli anni 1994-95: "solo l'esistenza del cittadino come fruitore legittima l'esistenza dell'organizzazione."
- Decr. Pres. Cons. Min. 19.5.95: "Mission dei servizi pubblici è fornire un servizio di buona qualità ai cittadini - utenti".

La svolta degli anni '90: “Centralità del cittadino”

- Uffici Relazione col Pubblico
- Carte dei Servizi
- Indicatori di personalizzazione, umanizzazione (ex art. 14)
- Forme di partecipazione pubblica (Comitati Consultivi misti ...)
- Sondaggi, indagini soddisfazione



D.Lgs. 502 art. 14

“Diritti dei cittadini”

Definizione dei “contenuti e delle modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell’assistenza, al diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all’andamento delle attività di prevenzione delle malattie.”

Decreto Ministero Sanità

15/10/96

“Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione ed umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, le prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie.”

Carta dei Servizi

DPCM 19/5/95

- costituisce lo schema di riferimento della CARTA DEI SERVIZI pubblici sanitari
- con la CARTA DEI SERVIZI le aziende sanitarie si impegnano su alcuni standard di qualità e si riconosce al cittadino la possibilità di verificare e di far valere il rispetto effettivo degli impegni assunti, direttamente o tramite le associazioni di tutela e di volontariato.

Carta dei Servizi: a che cosa serve ?

- Orientarsi all'interno dell'azienda sia dal punto di vista logistico che organizzativo
- Sapere quali sono gli impegni che l'azienda si assume per migliorare il livello di qualità dell'assistenza
- Conoscere i diritti da utente

Com'è costituita

- Cap. 1: Presentazione dell'Azienda e principi ispiratori
- Cap. 2: Informazioni utili e percorsi "Cosa fare per..."
- Cap. 3: Indicatori di qualità (diritto all'informazione, prestazioni alberghiere, umanizzazione, personalizzazione)
- Cap. 4: Regolamenti di tutela (Consenso, Privacy, CCM, CMC, Reclami o elogi)

Definizione di Standard di Qualità

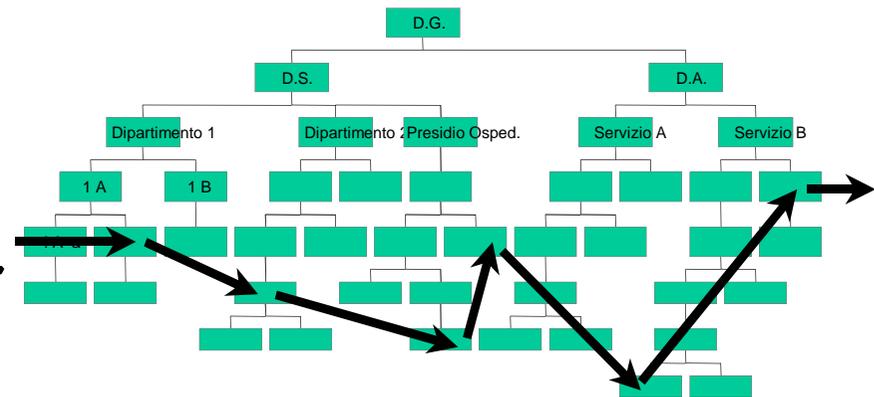
- Percorrere le “fasi dell’esperienza” del cittadino nella struttura
- Strutturare “fattori di qualità” per valutare la Qualità di un servizio erogato
- Declinare questi criteri in Indicatori
- Definire gli Standard

Monitoraggio risultati \Rightarrow Miglioramento Continuo

- Scostamento dei valori misurati dallo standard di qualità prefissato
- non funziona più il vecchio meccanismo: "ricerca del colpevole - richiesta di ulteriori risorse"
- ma si innesca il meccanismo del Miglioramento Continuo della Qualità

Logica dei Processi

- Carta dei Servizi: mettersi nei panni del cittadino
- Analizzare le fasi del percorso
- Disegno di percorsi presume l'analisi dei processi



Terminologia ...

Carta Servizi

ISO 9000

Cittadino Utente

Cliente

Fattori Qualità

Caratteristiche
prodotti

Fasi dell'esperienza

Processi per la
realizzazione
prodotto

Impegno

Requisiti del cliente

Principi ispiratori concordanti

- Centralità del cittadino - fruitore
- Indicatori di Qualità e Standard
- Monitoraggio dati e Miglioramento Continuo
- Logica dei processi
- Impegno contrattuale

Due approcci alla valutazione



soggettivo



oggettivo

Strumenti oggettivi e soggettivi

- Indicatori
- Esame documentale
- Visite in loco
(osservazione diretta)
- Sondaggio opinioni
- Questionari customer satisfaction
(ATT: attese !)
- Vissuto (focus group, interviste)
- Esperienza

Reclami, elogi

Metodi di rilevazione oggettivi

Indicatori

Visite in loco

Esame documentale

La sperimentazione nazionale degli indicatori

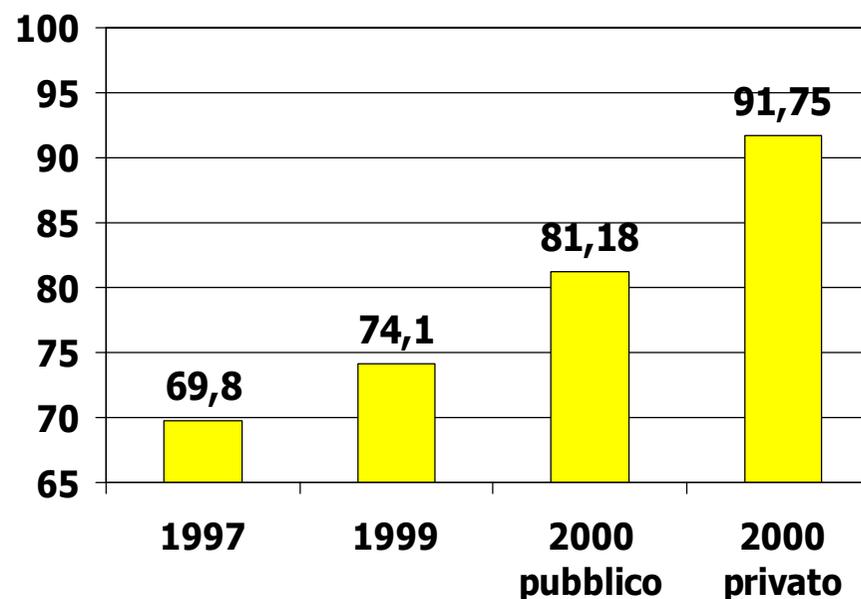
- 17/07/97 : avvio sperimentazione
- partecipano 110 aziende sanitarie di 16 Regioni
- in alcune regioni : tutte le aziende
- vengono “testati” 53 indicatori
- valutazione metodologica (pertinenza, utilità, facilità d’uso)

AREA DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

Informazioni sul presidio

- **DI03** NUMERO DI U.O. CHE DISTRIBUISCONO, IN MODO SISTEMATICO, AI RICOVERATI E/O LORO FAMILIARI, INFORMAZIONI SCRITTE SUL PRESIDIO OSPEDALIERO E SUI REGOLAMENTI CHE INTERESSANO IL PAZIENTE (*100) / U.O. DEL PRESIDIO.

Continua la tendenza al miglioramento (81,18%).



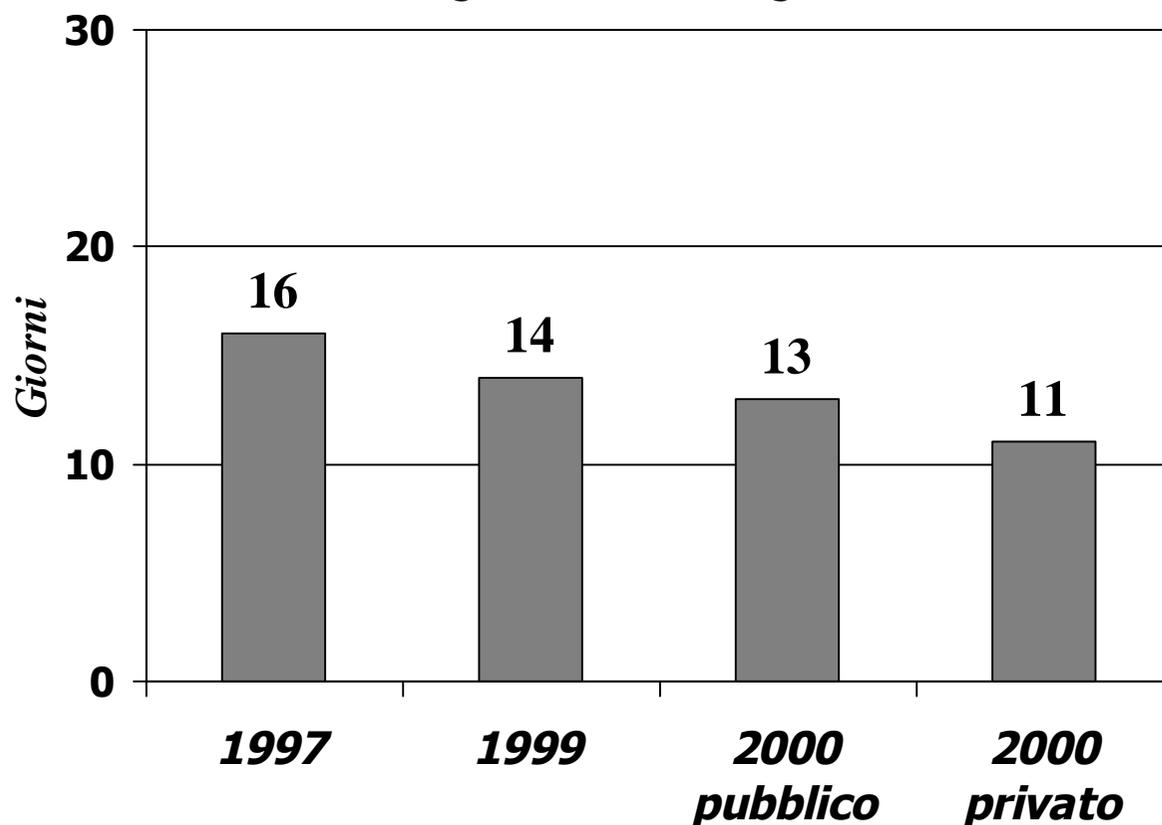
AREA DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

La consegna della cartella clinica

- **DI05** NUMERO MEDIO DI GIORNI ENTRO I QUALI VIENE CONSEGNATA LA CARTELLA CLINICA AL PAZIENTE DAL GIORNO DELLA RICHIESTA

Strutt. pubbliche: la media è di 13 giorni con un range 3 - 30 (nel 1999 la media è stata di 14 giorni)

Strutt. private: la media è di 11 giorni con un range 3 - 30

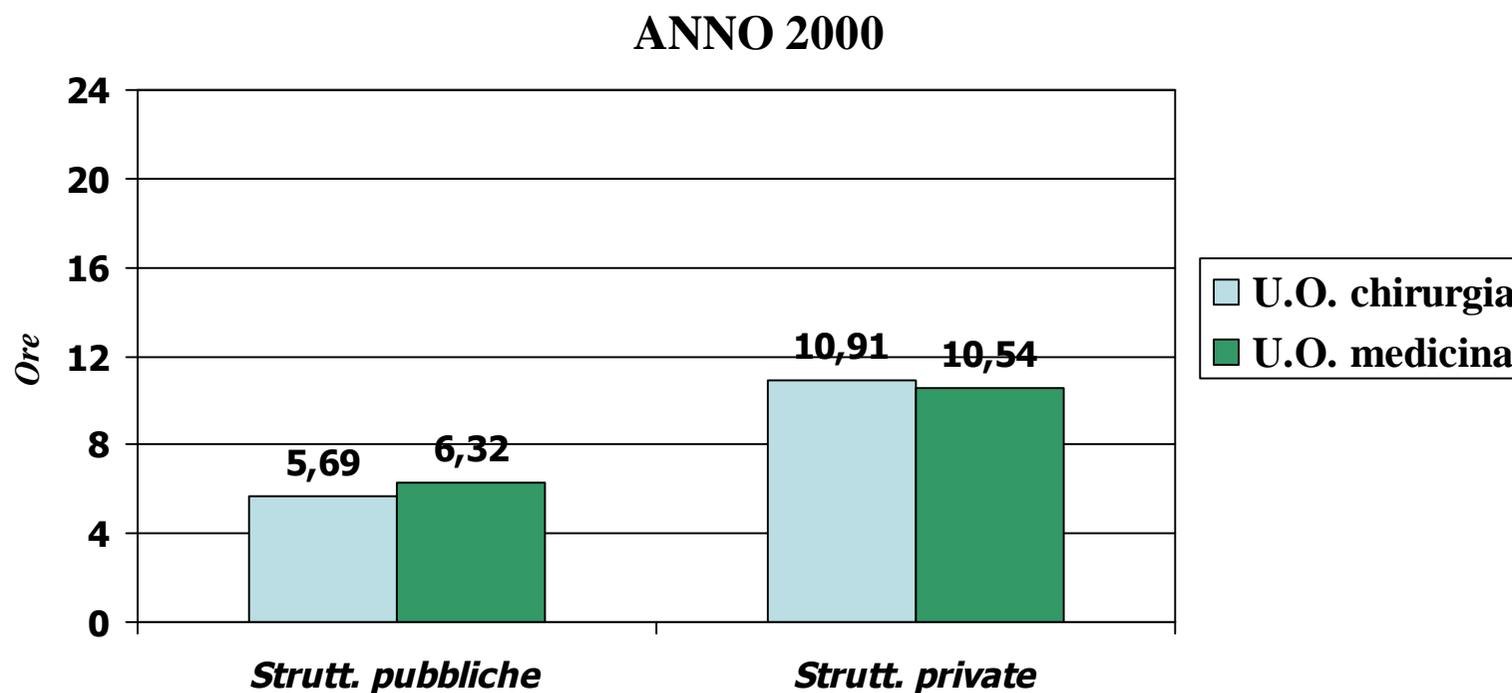


AREA

PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE

PU 15 NUMERO MEDIO DI ORE DI APERTURA GIORNALIERA AI VISITATORI DELLE U.O. DI DEGENZA DEL PRESIDIO DURANTE I GIORNI FERIALI (L'indicatore è stato calcolato sia per le U.O. di chirurgia sia per le U.O. di medicina)

U.O. chirurgia: la media è di 5,69 e 10,91 ore, rispettivamente per le strutture pubbliche e private
U.O. medicina: la media è di 6,32 e 10,54 ore, rispettivamente per le strutture pubbliche e private



AREA PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE

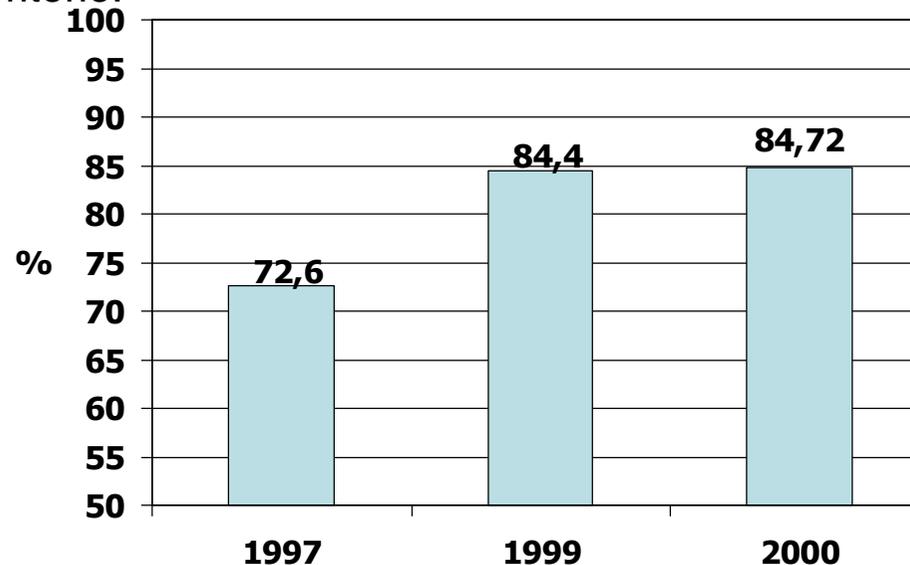
Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP)

- **PU03A** ESISTENZA DI UN CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP) OPERATIVO
Eliminato, in quanto nella precedente rilevazione (1999) era posseduto da tutte le Aziende.

- **PU03B** NUMERO DI SEDI DI EROGAZIONE DI SERVIZI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE COLLEGATE CON IL CUP (*100)/ NUMERO DI SEDI DI EROGAZIONE DI SERVIZI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

La media regionale sale all'84,72%

La rilevazione delle strutture private risente degli accordi contrattuali con le Aziende pubbliche competenti per territorio.



AREA PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE

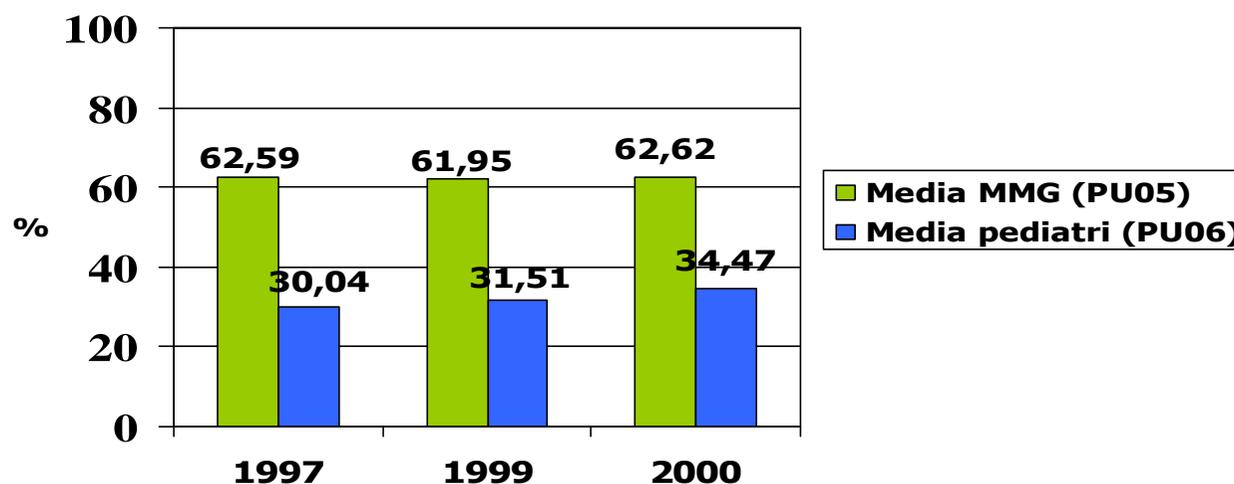
La medicina di base

- **PU05** NUMERO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE CHE HANNO PREDISPOSTO L'APERTURA DELLO STUDIO DOPO LE ORE 18.00 PER ALMENO 1 ORA (*100)/ NUMERO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Nel confronto 1997-1999-2000 la media rimane invariata.

- **PU06** NUMERO DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA CHE HANNO PREDISPOSTO L'APERTURA DELLO STUDIO DOPO LE ORE 18.00 PER ALMENO 1 ORA (*100)/ NUMERO DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nel confronto 1999-2000 la media si alza leggermente al 34,47%



AREA PERSONALIZZAZIONE/UMANIZZAZIONE

Le informazioni cliniche e la continuità terapeutica

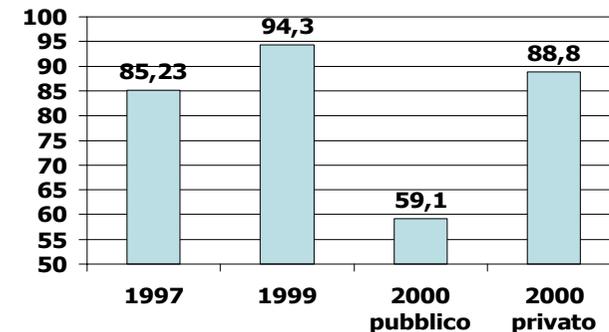
- **PU10** NUMERO DI U.O. DI DEGENZA NELLE QUALI E' STATA PREDISPOSTA UNA PROCEDURA DEFINITA PER L'ACQUISIZIONE DI NOTIZIE CLINICHE DA PARTE DEI FAMILIARI DEL RICOVERATO (*100)/ NUMERO DI U.O. DI DEGENZA

La media continua a calare 61,27% (1997 88,7% - 1999 75,6%)

La percentuale registrata per le strutture private si attesta all'83,47%.

- **PU12A** NUMERO DI U.O. DI DEGENZA NELLE QUALI SONO OPERATIVE PROCEDURE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE AL MEDICO DI BASE, CHE GARANTISCANO LA CONTINUITA' TERAPEUTICA DOPO LA DIMISSIONE (*100)/ NUMERO DI U.O. DI DEGENZA

La media si attesta al 59,10%; 88,8% nel privato.



- **PU12B** ESISTENZA, NEL PRESIDIO, DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONI PROTETTE CHE PREVEDONO IL COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO

L'esistenza di tali protocolli viene riscontrato nell'80% dei casi (1997 88,64% - 1999 86,36); 64,86% nel privato.

AREA PRESTAZIONI ALBERGHIERE

- **PA07** NUMERO DI CAMERE DI DEGENZA CON OLTRE 4 POSTI LETTO (*100) / NUMERO DI CAMERE DI DEGENZA

Media: 15,11 camere di degenza su 100 hanno più di 4 posti letto.

- **PA10** NUMERO DI CAMERE DI DEGENZA CON NON OLTRE 2 POSTI LETTO (*100) / NUMERO DI CAMERE DI DEGENZA

Aumenta la media rispetto al 1999: 53,40 camere su 100 hanno al massimo 2 posti letto.

- **PA11** NUMERO DI TELEFONI MOBILI PER USO DEI RICOVERATI (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO

Media: 1,4 telefoni mobili/100 posti letto

- **PA12** NUMERO DI TELEFONI FISSI, ALL'INTERNO DEL PRESIDIO, PER USO DEI RICOVERATI (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO

Media: 15,91 telefoni fissi/100 posti letto

<i>Indicatore</i>	<i>Strutt. pubbliche</i>		<i>Strutt. private</i>
	Media '99	Media '00	Media '00
PA07	11,8	15,11	0,95
PA10	48,7	53,40	70,79
PA11	1,7	1,4	9,73
PA12	10,7	15,91	29,14

AREA PRESTAZIONI ALBERGHIERE

- **PA01** NUMERO DI POSTI LETTO IN CAMERE DI DEGENZA CON SERVIZI IGIENICI RISERVATI AI DEGENTI DELLA STANZA (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO

Media: 65,61 posti letto su 100 hanno il servizio igienico riservato ai degenti della stanza (83,76% per il privato).

- **PA02** NUMERO DI SERVIZI IGIENICI PER I DEGENTI (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO

Media: 34,25 servizi/100 posti letto (45,54% per il privato).

- **PA04** NUMERO DI POSTI LETTO CON ARMADIO GUARDAROBA SINGOLO O ANTA DI ARMADIO MULTIPLO (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO (con chiusura a chiave)

Il 93,38% dei posti letto ha l'armadio (singolo o multiplo) con chiusura a chiave; 92,64% per il privato.

- **PA05** NUMERO DI POSTI LETTO CON SCHIENALE REGOLABILE (*100) / NUMERO DI POSTI LETTO

Media: 87,6% (86,14% per le strutture private).

<i>Indicatore</i>	<i>Strutt. pubbliche</i>		<i>Strutt. private</i>
	Media '99	Media '00	Media '00
PA01	64.3	65.61	83.76
PA02	35.5	34.25	45.54
PA04	90.6	93.38	92.64
PA05	89.9	87.60	86.14

AREA PRESTAZIONI ALBERGHIERE

Orario dei Pasti

- ❑ **PA15** NUMERO DI U.O. IN CUI LA DISTRIBUZIONE DEL PRANZO AI PAZIENTI AVVIENE DOPO LE ORE 12 (*100) / NUMERO DI U.O. DI DEGENZA

Non varia di molto rispetto al 1997. Range 0% - 100%, media 68,6%.

- ❑ **PA16** NUMERO DI U.O. IN CUI LA DISTRIBUZIONE DELLA CENA AI PAZIENTI AVVIENE DOPO LE ORE 18 (*100) / NUMERO DI U.O. DI DEGENZA

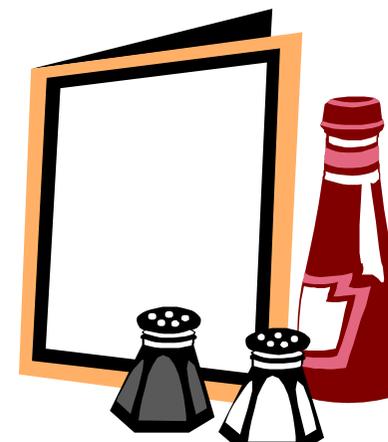
Range 0% - 100%, media 56%.



AREA PRESTAZIONI ALBERGHIERE

Posate e scelta del menu

- ❑ **PA13** FORNITURA SISTEMATICA AI DEGENTI DEGLI ACCESSORI COMPLETI PER LA CONSUMAZIONE DEI PASTI (POSATE, BICCHIERE, TOVAGLIOLO)
Percentuale di SI: 79,5%
- ❑ **PA14B** POSSIBILITA' DI PRENOTARE LA SCELTA TRA 2 O PIU' OPZIONI PER OGNI COMPONENTE DEL MENU', PER I PAZIENTI A DIETA LIBERA, AL MATTINO O IL GIORNO PRIMA RISPETTO AL MOMENTO DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL PASTO
Percentuale di SI: 72,7%



Verifica degli standard
contenuti nella Carta dei Servizi

Ferrara 2007

	Fattore di Qualità	Indicatore	Standard	Modalità rilevazione
1	Informazione chiara e tempestiva sui reparti di degenza	Consegna di fogli informativi e pianta topografica ad ogni ricoverato	Nel 90% dei reparti di degenza entro il 12/2003	Verifica della disponibilità di fogli in giornate campione a cura del CCM
3	Tempestività nella fornitura della documentazione clinica al paziente	Disponibilità al ritiro di copia della cartella clinica entro 10 giorni dalla richiesta	Nel 95% delle richieste	Indagine periodica interna con report al CCM
10	Confort alberghiero: scelta del menu	Presenza di un fascicolo con il menu per i pasti sui comodini di ogni stanza di degenza	100% delle stanze di degenza (*)	Verifica a cura del CCM
11	Accoglienza: fornitura di effetti personali	Distribuzione del kit di accoglienza (saponetta, dentifricio, salvietta, pettine, ...) ai ricoverati sprovvisti di effetti personali	Nel 100% dei reparti di degenza entro il 12/2003	Verifica della disponibilità di fogli in giornate campione a cura CCM
12	Accessibilità della struttura ospedaliera	Assenza di barriere architettoniche in tutti i punti destinati all'accesso dell'utenza	<i>Definire lo standard</i>	Verifica sistematica congiunta fra Ufficio Qualità e CCM
15	Umanizzazione delle pratiche terapeutiche	Esistenza di un Comitato per l'"Ospedale senza dolore"	si	Documentazione trasmessa al CCM

Snellimento procedura pagamento del ticket: possibilità di pagare il ticket delle prestazioni specialistiche con bancomat

Indicatore: Percentuale di macchine automatiche per l'incasso del ticket predisposti per l'uso con bancomat e funzionanti

Standard: 100%

Rilevazione: Verifica in giornate campione a cura CCM

Metodo rilevazione

Rilevazione effettuata dai gruppi di volontari in una giornata.

Risultati

Il **100%** (10 su 10) delle macchine sono state trovate funzionanti e predisposte per il pagamento con il bancomat.

Ubicazione:

3 di fronte al Centro servizi

3 nel poliambulatorio presso ex dispensario

1 di fronte al pronto soccorso ortopedico

1 presso l'Oculistica

1 presso le cliniche universitarie

1 presso l'Ospedale di San Giorgio

Accessibilità della struttura ospedaliera

Indicatore: Numero di ascensori adatti a sedie a rotelle con indicazioni “pubblico” e del luogo dove si trova la chiave/Numero totale di ascensori a disposizione degli utenti

Standard: 95% degli ascensori per gli utenti

Rilevazione: Verifica congiunta fra Ufficio Qualità e CCM

Metodo rilevazione

Rilevazione effettuata dai gruppi di volontari in una giornata.

Risultati parziali

Sono adatti a una sedia a rotelle il **76,0%** (19 su 25) degli ascensori verificati.

E' da sottolineare che l'indicatore prevede anche che ci sia un cartello “Pubblico” che non è presente in nessun ascensore. La chiave in genere non è necessaria ma sui 3 ascensori per cui è prevista, 2 non hanno l'indicazione del luogo in cui trovarla.

Si segnala inoltre la mancanza del dispositivo di allarme per circa la metà degli ascensori.

Mappa	Descrizione	Rif	Adatti a sedie a rotelle	Indicazione "pubblico"	Indicazione del luogo dove è la chiave	Note
Anello scala A	Adiacenti scala A	N° 8	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello scala A	Adiacenti scala A	N° 9	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello scala A	Adiacenti scala A	N° 10	no	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 7	Ematologia (ed. 24)	N° 7	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 7	Ematologia (ed. 24)	N° 6	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 11	Nefrologia/Dialisi (ed. 15)	N° 4	si	no	senza chiave	Disp allarme: no
Anello 11	Fisica sanitaria/amb dialisi (ed. 41)	N° 5	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 13	Ostetricia/Ginecologia (ed. 13)	N° 3	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 13	Pediatria (ed. 12)	N° 2	si	no	no	Disp allarme: si
Anello 13	Ginecologia	N° 1	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 15	Pediatria	N° 31	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello 15	Pediatria	N° 32	si	no	senza chiave	Disp allarme: no
Anello scala B	Adiacenti scala B	N° 12	si	no	senza chiave	Disp allarme: si
Anello scala B	Adiacenti scala B	N° 13	si	no	si	Disp allarme: si
Anello scala B	Adiacenti scala B	N° 14	no	no	senza chiave	Disp allarme: si
Edificio 20	Dermatologia day hospital	N° 18	si	no	senza chiave	Disp allarme: no
Edificio 25	Malattie infettive	N° 20	si	no	senza chiave	Senza rif. a disp allarme
Edificio 25	Malattie infettive	N° 20a	no	no	senza chiave	Senza rif. a disp allarme
Edificio 25	Malattie infettive	N° 20b	si	no	no	Senza rif. a disp allarme
Edificio 25	Malattie infettive	N° 20c	no	no	senza chiave	Senza rif. a disp allarme
Edificio 34	Oculistica	N° 19	si	no	senza chiave	Manca segnale presente-occupato
Edificio 37	Nuove cliniche	N° 21	si	no	senza chiave	Disp allarme: no / manca rif lato B
Edificio 37	Nuove cliniche	N° 22	no	no	senza chiave	Disp allarme: no
Edificio 37	Nuove cliniche	N° 23	no	no	senza chiave	Disp allarme: no
Edificio 37	Nuove cliniche San Giorgio	N° 24	si	no	senza chiave	Disp allarme: no

Comfort alberghiero: servizi igienici

Indicatore: Numero di servizi igienici funzionanti e con possibilità di riservatezza/Numero di servizi igienici

Standard: 80% dei servizi igienici accessibili al pubblico

Rilevazione: Verifica a cura del CCM

Metodo rilevazione

Rilevazione effettuata dai gruppi di volontari in una giornata. Si sono selezionati i servizi igienici presumibilmente più frequentati dal pubblico.

Risultati parziali

Nessun servizio igienico soddisfa pienamente i due criteri dell'indicatore (possibilità di riservatezza e funzionamento).

Il criterio della possibilità di riservatezza (serratura funzionante) è soddisfatto nel **62,5%** dei bagni.

Per valutare invece la funzionalità di un bagno si è ricorsi a una rilevazione dettagliata dei suoi accessori da cui risulta la seguente situazione riassuntiva:

	Tavoletta	Scopino	Allarme	Carta igienica	Copri-tavoletta	Sacch. igienici	Specchio	Mensola	Sapone monodose
Presente struttura/contenitori	43,8%	100,0%	43,8%	100,0%	37,5%	62,5%	75,0%	18,8%	93,8%
Funzionante			12,5%						
Forniti di materiale di consumo				87,5%		31,3%			56,3%

Informazione chiara e tempestiva sui reparti di degenza

Indicatore: Numero di pazienti nelle UU.OO. di degenza che hanno ricevuto fogli informativi (contenenti orari di distribuzione pasti, schema della giornata, nominativi del personale, orari di ricevimento, regolamenti e diritti del paziente) / Numero di pazienti ricoverati

Standard: 90% dei pazienti nelle unità operative di degenza

Rilevazione: Verifica in giornate campione a cura del CCM

Risultati

Hanno ricevuto fogli informativi il **93,8%** (121 su 129) dei pazienti intervistati.

Si osserva che alcuni rilevatori hanno considerato soddisfatto il criterio se il materiale era a disposizione affisso nella stanza, mentre per altri questo non era sufficiente.

I fogli in generale hanno informazioni complete, uniche annotazioni la mancanza di: orari pasti (Chir. Pediatrica), orari ricevimento (Oculistica/Chir. Plastica), l'esplicito riferimento all'Urp come ufficio da contattare in caso di reclami (Ostetricia, Pediatria, Riabilitazione, Ematologia)

Trasparenza

Indicatore: Percentuale di dipendenti a contatto con l'utenza che porta il cartellino di riconoscimento

Standard: 95% dei dipendenti

Rilevazione: Verifica in giornate campione a cura del CCM

Risultati

Nei reparti porta il cartellino l'**82%** (205 su 250) del personale; nell'inserimento dati non sono stati inseriti alcuni soggetti di cui non è stato individuato il ruolo (15), ad esempio chi indossava il camice verde della sala operatoria.

Tra le varie categorie professionali ci sono differenze: medici **91,3%**, infermieri **80,5%**, OSS **55,2%**.

Viene riportato da alcuni coordinatori che il cartellino rischia di staccarsi quando si lavora direttamente col paziente.

Tra il personale amministrativo agli sportelli la percentuale è molto più bassa, il **31,6%** (12 su 38)

La somma totale di chi indossa il cartellino, tra reparti e personale amministrativo, è il **75,3%** (217 su 288)

Nuova ricerca Agenas

Priority Setting

2014

Programma di Ricerca Corrente 2012 – Ministero della Salute

Progetto

La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere
secondo la prospettiva del cittadino

Restituzione dei dati e del percorso di ricerca

Regione Emilia-Romagna

giugno 2014

LE ASSOCIAZIONI NEI COMITATI CONSULTIVI MISTI AZIENDALI

1	ASSOCIAZIONE CRESCERE ONLUS	16	CENTRO DIRITTI PER IL MALATO
2	ADC	17	CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA
3	ADOC	18	FEDERCONSUMATORI
4	AISTOM	19	FNP-CISL
5	ALZHEIMER	20	GIOVANI DIABETICI MODENESI
6	ANED	21	GLI AMICI DELLA VALLE DEL SOLE
7	ANTEAS	22	GLUCASIA
8	ARRT	23	IMOLA CONTRO AUTISMO- EPPUR SI MUOVE
9	ASA 97	24	INSIEME PER VIVERE
10	ASSOCIAZIONE NAZIONALE TRAPIANTATI DI FEGATO "G. GOZZETTI"	25	ISTITUTO RAMAZZINI
11	ASSOCIAZIONE PARAPLEGICI EMILIA- ROMAGNA	26	LA NOSTRA VOCE
		27	LILT
12	AUSER	28	NAD (NO AL DOLORE)
13	AVIS	29	PORTE APERTE AL CARCERE
14	AVO	30	SPI CGIL
15	CASA DI ACCOGLIENZA ANNA GUGLIELMI	31	SULLEALIDELLENTI

Il dato regionale sulle quattro aree

	AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	TOT
EMILIA- ROMAGNA	1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	PUNTEGGIO FINALE SENZA PESATURA
	7,55	7,05	7,01	7,04	7,17

**Gli item che hanno avuto il punteggio
medio regionale più alto (=10)**

AREA1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona

8	Presenza di uno o più progetti/ attività per favorire le esigenze ludiche del bambino e promuoverne le emozioni positive
9.2	Orario di visita della struttura sanitaria nei giorni festivi
10.1	Possibilità per le partorienti di avere una persona di fiducia in sala travaglio
10.2	Possibilità per le partorienti di avere una persona di fiducia in sala parto
11	Disponibilità di Rooming in
12	Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio in terapia intensiva neonatale
13	Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio ricoverato
15	Presenza di regolamento che disciplina l'assistenza integrativa non sanitaria
19.1	Presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la valutazione periodica del dolore nell'Unità Operativa di medicina generale
19.2	Presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la valutazione periodica del dolore nell'Unità Operativa di chirurgia generale
19.3	Presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la valutazione periodica del dolore nell'Unità Operativa di medicina generale nelle Unità Operative per pazienti oncologici
20.2	Presenza di uno o più protocolli per il trattamento del dolore nell'Unità Operativa di chirurgia generale
20.3	Presenza di uno o più protocolli per il trattamento del dolore nelle Unità Operative per pazienti oncologici
35	Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
36.1	Presenza di Cappella cattolica
39	Possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale (disponibile nella struttura sanitaria o a chiamata)
41.1	Possibilità per i pazienti di scegliere menù speciali o di personalizzare il menù sulla base delle proprie convinzioni etiche (es. menù vegetariano)
41.2	Possibilità per i pazienti di scegliere menù speciali o di personalizzare il menù sulla base delle proprie convinzioni religiose (es. menù islamico)
45	Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali al momento delle dimissioni è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.)

AREA 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura

50.1	Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori per il CUP
50.3	Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori per il servizio di diagnostica per immagini
50.4	Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori per il Centro Prelievi
57	Presenza di una o più linee di mezzi pubblici che raggiungono la struttura ospedaliera
62.3	Presenza nell'atrio principale di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione del servizio di diagnostica per immagini
62.6	Presenza nell'atrio principale di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione della Direzione Sanitaria
67.1	Stanze di degenza con sistema di climatizzazione nell'Unità Operativa di medicina generale
67.2	Stanze di degenza con sistema di climatizzazione nell'Unità Operativa di chirurgia generale
72.2	Presenza di un salottino o altra area di socializzazione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC
74.2	Unità Operative pediatriche dotate di pareti e corridoi colorati
74.3	Unità Operative pediatriche dotate di specifici elementi decorativi alle pareti
77	Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera
78	Orario della distribuzione della colazione ai pazienti
79	Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
81	Presenza di procedure che prevedono interventi straordinari di pulizia nel caso in cui un paziente e/ o un operatore sanitario lo richiedano
82	Frequenza del cambio della biancheria piana nella Unità Operativa di medicina generale
93.3	Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di posti a sedere
93.5	Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di climatizzazione
94.1	Sala d'attesa del Centro prelievi con ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)
94.3	Sala d'attesa del Centro prelievi con presenza di posti a sedere
94.4	Sala d'attesa del Centro prelievi con presenza di distributori di bevande/ alimenti
95.3	Sala d'attesa della Unità Operativa di terapia intensiva con presenza di posti a sedere
96.3	Sala d'attesa della sala parto con presenza di posti a sedere
96.5	Sala d'attesa della sala parto con presenza di climatizzazione

AREA 3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza

98.1	Possibilità per gli utenti di prenotare presso il CUP prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite sportello con operatore dedicato all'interno della struttura
99.1	Presenza di modalità alternative di pagamento del ticket utilizzabili all'interno della struttura sanitaria tramite carta di credito/bancomat allo sportello CUP o altri sportelli dedicati al pagamento del ticket
101	Presenza di una o più procedure di semplificazione del percorso pre-operatorio
105.1	Possibilità di ricevere a domicilio la cartella clinica
109.2	Possibilità di rilascio di immagini di esami radiologici (TAC, RMN, esami di radiologia tradizionale) su supporto digitale quali
114	Presenza di opuscoli informativi su procedure diagnostiche e assistenziali per gli utenti di minore età
115.3	Presenza di uno o più strumenti informativi nella Unità Operativa di medicina generale sugli orari di ricevimento dei medici
116.4	Presenza nel sito web aziendale di elenco della documentazione necessaria per la richiesta della cartella clinica

AREA 4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino

118	Presenza di una procedura operativa aziendale sul consenso informato
125	Presenza di una o più iniziative di educazione/ informazione rivolte alle partorienti per favorire l'allattamento al seno
126	Presenza di un corso di preparazione al parto
130	Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue cordonale
137.1	Disponibilità della Carta dei Servizi presso la struttura
137.2	Disponibilità della Carta dei Servizi su sito web
138.2	Presenza della Carta dei Servizi contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni
138.4	Presenza della Carta dei Servizi contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni
139.1	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)

Dall'item qualitativo all'indicatore

- da “esistenza servizio di mediazione culturale” a “quanti cittadini ne fanno uso ?”
 - da “possibilità di prenotazione telefonica” a “quante prestazioni sono prenotabili telefonicamente ?”
- Per confrontare ospedali fra di loro e per individuare punti di miglioramento

Matrice della struttura di valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

AREA	SOTTO-AREA	Criterio	Il. Criteri	Il. items	item dal n. al n.	tot. items			
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10	5	1-5	49			
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	6-9				
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9	10-18				
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"		5	19-23				
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		4	24-27				
		1.2.2 Rispetto della riservatezza		4	28-31				
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche		3	32-34				
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto		4	35-38				
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali		5	39-43				
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure		6	44-49				
	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica		2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche	9		3	50-52	47
				2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto			9	53-61	
		2.2 Logistica e segnaletica		2.2.1 Orientamento e segnaletica			2	62-63	
				2.2.2 Percorsi interni			2	64-65	
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	7	66-72					
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"	4	73-76					
		2.3.3 Comfort alberghiero	8	77-84					
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni	8	85-92					
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa	4	93-96					
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza		3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione	5		4	97-100	21	
	3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3		101-103				
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8		104-111				
		3.2.2 Accesso alle informazioni	4		112-115				
		3.2.3 Accessibilità e fruibilità del sito web	2		116-117				
4. Cura della relazione con il paziente/cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	5	15	118-132	27			
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		4	133-136				
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		5	137-141				
		4.2.2 Accoglienza		2	142-143				
		4.2.3 Formazione del personale di contatto		1	144				
			29			144			

Alcuni esempi di item dell'area
«Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura»

Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto Soccorso

Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i pazienti a dieta libera

Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona

Presenza di un bar

Sala d'attesa del Pronto Soccorso con:
- ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)

al ranking quantitativo

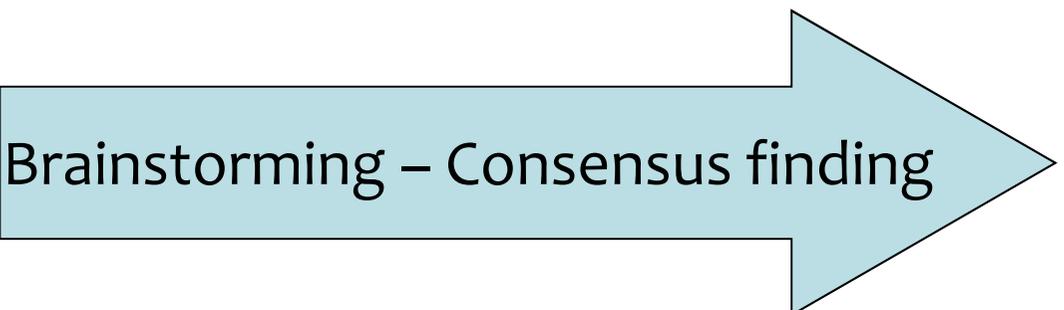


dagli item qualitativi

Priority Setting in 8 aziende sanitarie RER: Cittadini e operatori

ID CRITERIO	CRITERIO	N. ITEMS	DATI VALIDI	ID ITEM ORDINATI	ITEM	DISTANZA DAL minimo punteggio	PESO COSTRUITO SULLE SOMME
2.4.1	Comfort dei servizi comuni	8	276	86	Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona	-78,5	1
				90	Presenza di un bar	-84,375	0,950578
				92	Presenza di un'area verde/ giardino con panchine accessibile a degenti e familiari	-101,125	0,83318
				85	Possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare giornali e riviste	-103,75	0,81736
				91	Presenza di biblioteca/ angolo lettura con libri e riviste accessibile gratuitamente a degenti e familiari	-118,625	0,737959
				88	Presenza di un servizio deposito valori per i ricoverati	-120,25	0,73021
				87	Presenza di uno sportello bancomat all'interno della struttura	-121,625	0,723779
				89	Presenza di barbiere/ parrucchiere disponibile nella struttura o a chiamata	-135,375	0,665195

alle proposte di indicatori

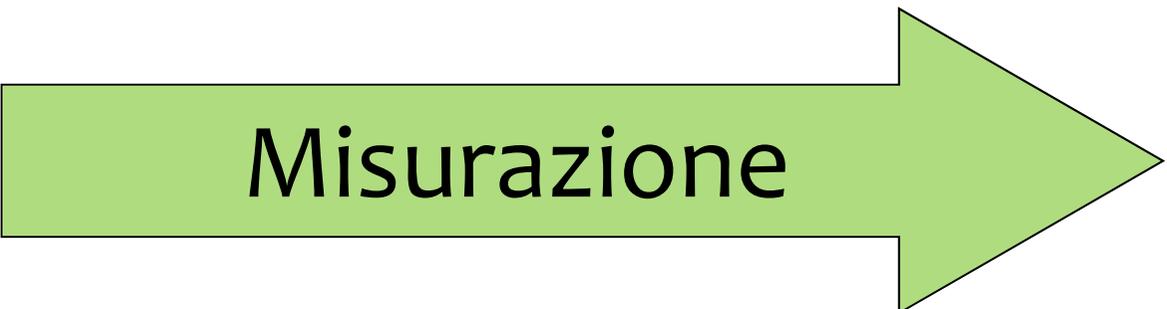


dal ranking quantitativo

Alcuni esempi di indicatori proposti dell'area «Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura»

N° di pazienti in età scolare (5/10 anni scuola primaria, 11/14 anni scuola secondaria di primo grado, 14/18 anni scuola secondaria di secondo grado) ricoverati in reparti pediatrici con almeno due giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti/attività scolastica	Numero di pazienti in età scolare ricoverati in reparti pediatrici con almeno due giorni di degenza
Numero di ore settimanali dedicate a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico	Numero di ore settimanali dedicate alle esigenze ludiche del bambino, compatibilmente con le attività cliniche e alberghiere della degenza
Numero di ore di apertura giornaliera di ciascuna UU.OO. nei giorni feriali	Numero di UU.OO. con degenza

ai valori degli indicatori - report



dalla formulazione degli indicatori

Alcuni esempi di misure dall'area «Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura»

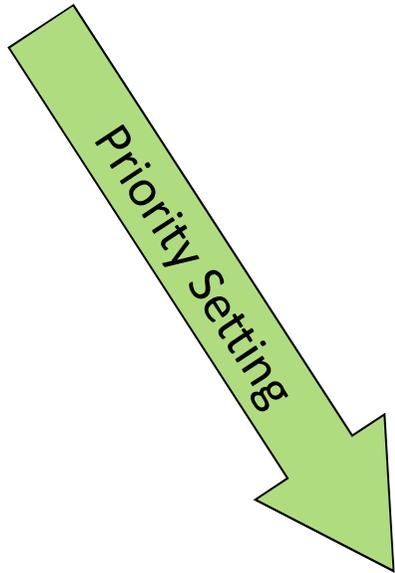
<p>N° di pazienti in età scolare (5/10 anni scuola primaria, 11/14 anni scuola secondaria di primo grado, 14/18 anni scuola secondaria di secondo grado) ricoverati in reparti pediatrici con almeno due giorni di degenza, che hanno usufruito di progetti/attività scolastica</p>	<p>Numero di pazienti in età scolare ricoverati in reparti pediatrici con almeno due giorni di degenza</p>	<p>152</p>	<p>607</p>	<p>25%</p>
<p>Numero di ore settimanali dedicate a progetti/attività per favorire le esigenze ludiche del bambino da parte di associazioni di volontariato operanti in ambito pediatrico</p>	<p>Numero di ore settimanali dedicate alle esigenze ludiche del bambino, compatibilmente con le attività cliniche e alberghiere della degenza</p>	<p>30</p>	<p>168</p>	<p>0,17</p>
<p>Numero di ore di apertura giornaliera di ciascuna UU.OO. nei giorni feriali</p>	<p>Numero di UU.OO. con degenza</p>	<p>189</p>	<p>37</p>	<p>5,1</p>

Sopralluoghi con esperti e cittadini

- **«Presenza di una sala d'aspetto dedicata ai bambini nel Pronto Soccorso»**
- Le specifiche della sala d'aspetto sono state determinate da esperti del CRIBA
- Poi verificate in loco con gruppi misti «utenti – esperti – operatori»

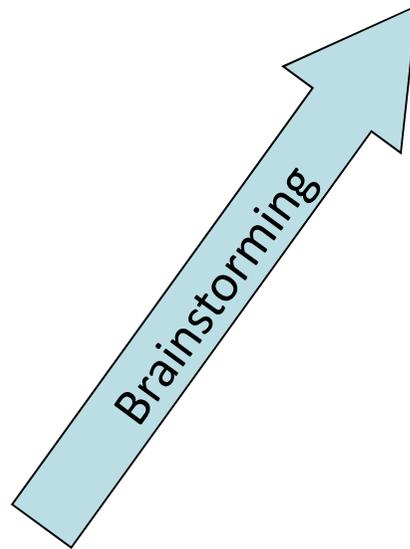
CRITERI	N° di criteri assolti	
la sala d'attesa è ricavata in una stanza apposita	SI	NO
è illuminata naturalmente da finestrate basse per il benessere visivo	SI'	NO
la sala è pavimentata con materiale non sdruciolevole, facilmente igienizzabile e piacevole alla vista ed al tatto	SI	NO
l'illuminazione artificiale è diffusa e con tonalità calda	SI'	NO
la sala ha alcune attrezzature per il riposto (libri, giochi e materiali laboratoriali) usabili da bambini per altezza e conformazione	SI'	NO
la sala ha alcuni tavoli e sedute per altezza, conformazione e finiture utilizzabili da bambini	SI'	NO
sono presenti giochi e libri anche per la lettura agevolata adatti ai bambini	SI'	NO
l'ambiente nel suo insieme risulta piacevole per colori, materiali, finiture, arredamento, illuminazione	SI'	NO
l'ambiente è reso piacevole da musica di sottofondo	SI'	NO
sono presenti distributori di bevande ed alimenti idonei ai bambini anche in presenza di allergie (latte, uova, zuccheri, glutine, frutta a guscio)	SI'	NO
è corredata da un blocco bagni dedicato ai bambini completo di attrezzature per l'accudimento dei più piccoli	SI'	NO
almeno uno dei bagni è accessibile per bambini con disabilità comprensivo dell'accompagnatore	SI	NO
i sanitari e le rubinetterie presenti nei bagni per i bambini hanno forma e dimensioni ergonomicamente studiate per essi	SI'	NO
è corredata da un display ottico e acustico per la chiamata all'ambulatorio di riferimento in base al codice dato	SI'	NO

dagli item qualitativi

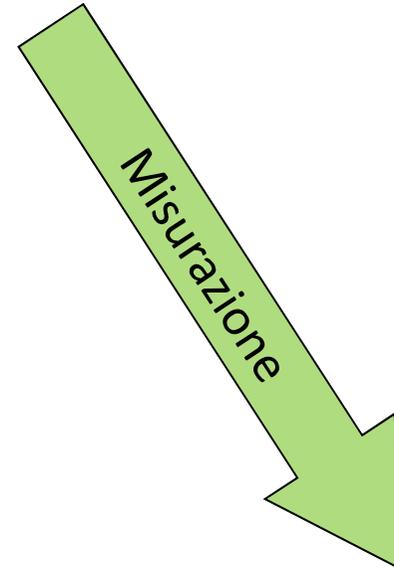


al ranking quantitativo

agli indicatori



sopralluoghi
équipe miste



ai valori degli
indicatori - report

Metodi di rilevazione soggettivi

Questionari

Interviste

Focus group

CONSISTENZA CAMPIONARIA

CARATTERISTICHE SOCIOANAGRAFICHE DEL CAMPIONE

PERIODO DI RILEVAZIONE 2009-2011

N=25290 soggetti

Maschi 49.3%, **Femmine** 50.7%

Cittadinanza
per la quasi totalità italiana (95.4%)

Titolo di studio
il 63.4% fino alla licenza media (medio-basso),
il 36.6% diploma e laurea (medio-alto)

Occupazione

- 29.6% occupati
- 50.6% pensionati
- 19.8% altro (studenti, disoccupati, inabili al lavoro)

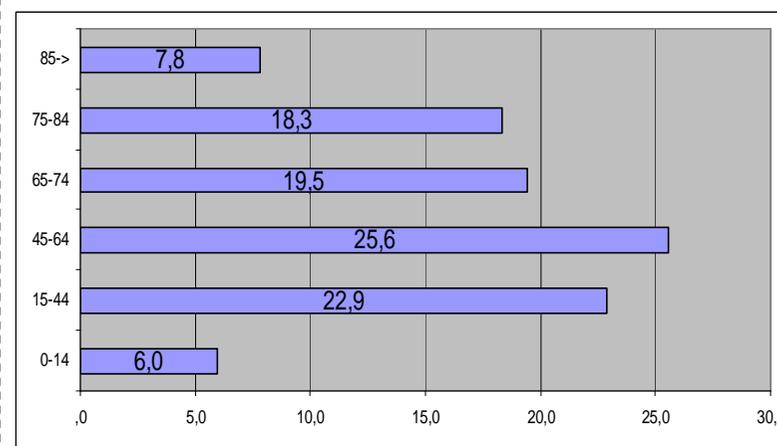
Stato civile

- 56.7% coniugato/convivente
- 43.3% altro (celibe, separato, divorziato, vedovo)

Residenza
Il 76.4% del campione risiede nella Provincia dell'Azienda, l'89.8% in Regione

Rete sociale
Il 72.3% del campione ha un familiare o altre persone di supporto, il 23.6% non ha nessuno, ma non ne ha bisogno e solo il 4.1% non ha nessuno, ma ne avrebbe bisogno.

Età (per fasce e in %)





CONSISTENZA CAMPIONARIA

ALTRE CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Il questionario è stato consegnato e compilato in ospedale per la quasi totalità del campione (98.7%).

Il 46.2% del campione è stato ricoverato in modo programmato attraverso lista di attesa. Il restante 53.8% è stato ricoverato dopo essere passato per il PS.

2 pazienti su 3 non erano mai stati ricoverati nel reparto in cui hanno poi compilato il questionario.

Il 57.1% del campione ha compilato autonomamente il questionario, mentre per il restante 42.9% il questionario è stato compilato con o dal familiare/conoscente.



ATTENDIBILITA' DEGLI INDICATORI DI SINTESI

- **ACCOGLIENZA/RICOVERO** (4 item, $\alpha=.82$)
- **PERSONALE MEDICO** (5 item, $\alpha=.94$)
- **PERSONALE INFERMIERISTICO** (4 item, $\alpha=.96$)
- **PRIVACY** (2 item, $r(23713) = .85, p < .001$)
- **ASPETTI ORGANIZZATIVI** (3 item, $\alpha=.87$)
- **AMBIENTI** (6 item, $\alpha=.93$)
- **SERVIZI ALBERGHIERI** (5 item, $\alpha=.87$)
- **DIMISSIONE** (4 item, $\alpha=.96$)

LE AREE DELLA QUALITÀ SONO RIASSUNTE IN INDICATORI SINTETICI
ESTREMAMENTE SOLIDI (ALPHA DI OGNI FATTORE $> .80$)

Ottime qualità psico-metriche!!!!

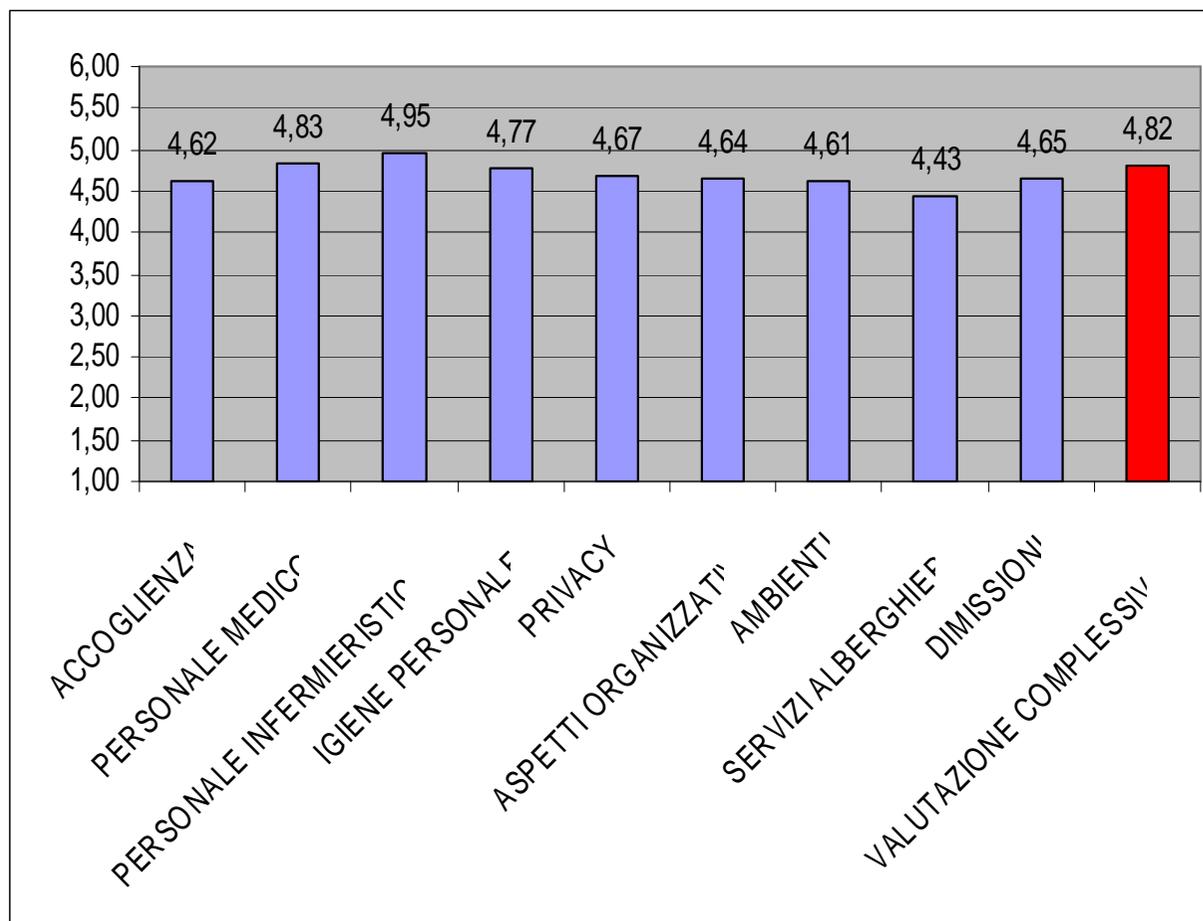


MEDIE REGIONALI

estremamente
soddisfatto

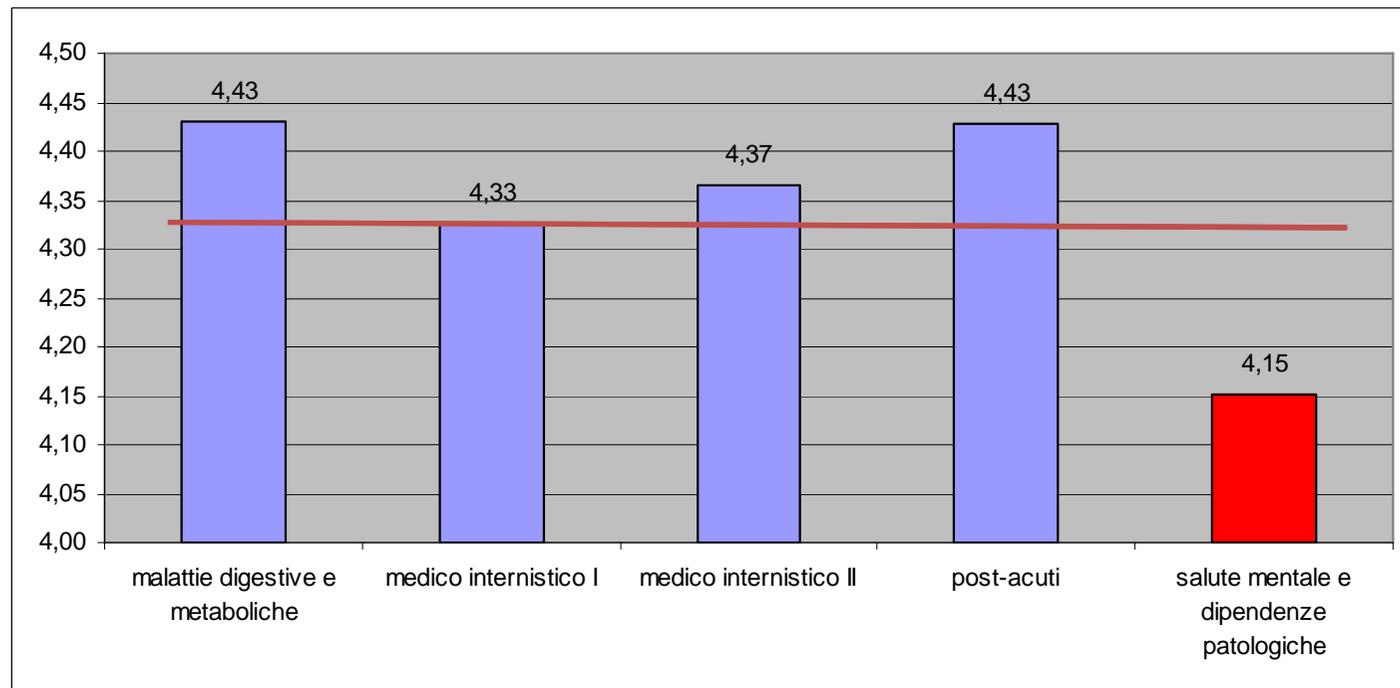
soddisfatto

insoddisfatto





ESEMPIO DI CONFRONTO MEDIE DIPARTIMENTALI CON MEDIA AZIENDALE





CONFRONTI CON ALTRI COSTRUTTI

Analisi sulla validità dell'applicazione del modello di responsiveness (WHO,2000) al questionario sulla qualità percepita nella degenza

WHO factors	N° ITEMS in quest QP degenza RER	Cronbach's Alpha/ Pearson's Correlation
1. Autonomy	0	-
2. Choice	0	-
3. Communication	9	.95
4. Confidentiality	3	.85
5. Dignity	3	.88
6. Prompt attention	2	$r(1826) = .39, p < .001$
7. Quality of basic amenities	11	.93
8. Access to family and community support	2	<i>non sign.</i>

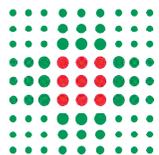
Solo osservazioni ottenute con campionamento probabilistico (10% del campione totale)



ITEM PRINCIPALI PER LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA DI QUALITA' PERCEPITA

AREA	ITEM
ACCOGLIENZA/RICOVERO	Valutazione del tempo che è trascorso tra la prenotazione e il suo ricovero effettivo.
PERSONALE MEDICO	Disponibilità del personale medico ad ascoltare le richieste dei pazienti.
PERSONALE INFERMIERISTICO	Capacità del personale infermieristico di mettere a proprio agio i pazienti.
IGIENE PERSONALE	Come valuta l'aiuto ricevuto dal personale dell'ospedale per la sua igiene personale?
PRIVACY	Valutazione del rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza.
DOLORE	Valutazione della terapia antidolorifica ricevuta dal paziente. Valutazione delle informazioni sul trattamento del dolore fisico.
ASPETTI ORGANIZZATIVI	Collaborazione tra il personale del reparto.
AMBIENTI	Valutazione della tranquillità nel reparto.
SERVIZI ALBERGHIERI	Valutazione qualità del cibo e scelta del menu.
DIMISSIONI	Valutazione delle informazioni ricevute sulle cure da eseguire. Valutazione le info sul personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi)

Metodo: regressione lineare. VD: gradimento complessivo, VI: item componenti degli indicatori di sintesi



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

Rilevazione Esperienza Ricovero 2011-2013

Indagine sulla esperienza ricovero

- Interessate 24 degenze (escluse: Pediatria, Rianimazione, Med.Urgenza)
- Uso del format consolidato aziendale di questionario di Patient Satisfaction

Calcolo della dimensione campionaria

- Livello confidenza: 95 %
- Universo: 22.625 (dimissioni annue reparti interessati)
- Dimensione campione: 377
- Livello minimo affidabilità indagine: 70% ritorno
- Questionari distribuiti ($100 : 70 = X : 377$): 539

1° step indagine

Effettuata con successo in
ottobre-novembre 2011

Percentuale ritorno: 87.9%

Questionario di valutazione dei servizi ospedalieri

- Accoglienza
- Prestazione
- La gestione del dolore
- Confort
- Dimissione
- Commenti liberi

Le è stato consegnato del materiale informativo sul reparto?

- Sì: 59,7 % delle risposte
 - Carta dei servizi: 15,7%
 - Foglio informativo: 44,2%
 - Altro...: 9,1%
 - erano possibili più risposte
- Non ha ricevuto materiale: 40,3% delle risposte
- N.R.: 4,6%

Le hanno fornito informazioni circa le regole e gli orari del reparto?

- Sì: 93,1%
 - Sì, molto dettagliate: 76%
 - Sì, approssimative: 17,1%
- No: 6,9%
- N.R.: 2,5%
- Nel 2006/2008, “Sì, molto dettagliate”: 78,1%
 - differenza non significativa

Durante la degenza è stato spostato in altre camere?

- No: 85,9%
- Sì: 14,1%
 - Sì, una volta: 13,2%
 - Sì, più di una volta: 0,9%
- N.R.: 1,1%
- Nel 2006/2008, i “No” sono stati: 88%
 - differenza non significativa

Ha dovuto condividere la stanza con persone dell'altro sesso?

- No: 90,4%
- Sì: 8,1%
- N.R.: 1,7%
- Nel 2006/2008, i “no” sono stati il 94,5%
 - differenza non significativa

Il personale del reparto è stato cordiale e cortese nei suoi confronti?

- Sì: 99,4%
 - Sì, sempre: 95,7%
 - Sì, a volte: 3,6%
- No, mai: 0,6%
- N.R.: 1,7%
- Nel 2006/2008, “Sì, sempre” o “Sì, a volte”: 99,7%
 - differenza non significativa

Accoglienza

Domanda	Risposte positive	% pos 2006/8	% pos 2011	Var %	p-value
Le è stato consegnato del materiale informativo sul reparto?	"Carta dei servizi" o "Foglio informativo" o "Altro"	ND	59,7%	-	-
Le hanno fornito informazioni circa le regole e gli orari del reparto?	"Si, molto dettagliate"	78,1%	76%	-2,1%	n.s.
Durante la degenza è stato spostato in altre camere?	"No"	88%	85,9%	-2,1%	n.s.
Ha dovuto condividere la stanza con persone dell'altro sesso?	"No"	94,5%	92,9%	-1,6%	n.s.
Il personale del reparto è stato cordiale e cortese nei suoi confronti?	"Si, sempre" o "Si, a volte"	99,7%	99,4%	-0,3%	n.s.

I medici la informavano in modo chiaro sul percorso di degenza?

- Sì: 95,7%
 - Sì, molto chiaro: 57,1%
 - Sì, chiaro: 38,6%
- No: 4,3%
 - No, poco chiaro: 3,2%
 - Nessuna informazione: 1,1%
- N.R.: 1,1%
- Nel 2006/2008: “Sì, molto chiaro” o “Sì, chiaro”: 92,8%
 - differenza significativa ($p=0,044$)

Ha avuto fiducia verso i medici che la seguivano?

- Sì: 99,7%
 - Sì sempre: 92,3%
 - Sì, a volte: 7,4%
- No, mai: 0,2%
- N.R.: 0,8%
- Nel 2006/2008, “Sì, sempre” o “Sì, a volte”: 99,3%
 - differenza non significativa

Le è capitato che il personale parlasse di fronte a lei come se non ci fosse?

- No, mai: 89,7%
- Sì: 10,2%
 - Sì, sempre: 2,1%
 - Sì, a volte: 8,1%
- N.R.: 1,5%
- Nel 2006/2008, “No, mai”: 87,3%
 - differenza non significativa

E' stato coinvolto nelle decisioni sanitarie che la riguardavano?

- Sì: 89,2%
 - Sì, sempre: 72,2%
 - Sì, a volte: 17,0%
- No, mai: 10,8%
- N.R.: 2,1%
- Nel 2006/2008, “Sì, sempre”: 70,9%
 - differenza non significativa

Prestazione

Domanda	Risposte positive	% pos 2006/8	% pos 2011	Var %	p-value
I medici la informavano in modo chiaro sul suo percorso di degenza?	"Si, molto chiaro" o "Si, chiaro"	92,8%	95,7%	+2,9%	0,044 +
Ha avuto fiducia verso i medici che la seguivano?	"Si, sempre" o "Si, a volte"	99,3%	99,8%	+0,5%	n.s.
Le è capitato che il personale parlasse di fronte a Lei come se non ci fosse?	"No, mai"	87,3%	89,7%	+2,4%	n.s.
E' stato coinvolto nelle decisioni sanitarie che la riguardavano?	"Si, sempre"	70,9%	72,2%	+1,3%	n.s.

Durante il ricovero ha ricevuto informazioni sul trattamento del dolore?

- Sì: 83,2%
 - Sì, in maniera chiara: 77,2%
 - Sì, in maniera poco chiara: 6,0%
- No: 16,8%
- N.R.: 4,6%

Durante il ricovero ha avuto un dolore?

- Sì: 57,9%
 - Sì e ho ricevuto terapia: 47,5%
 - Sì, ho ricevuto terapia ma non era efficace: 5,2%
 - Sì e non ho ricevuto terapia: 5,2%
- No, non ho provato dolore: 42,1%
- N.R.: 2,7%

La Gestione del Dolore

Domanda	Risposte positive	% pos 2006/8	% pos 2011
Durante il ricovero ha ricevuto informazioni sul trattamento del dolore?	"Si, in maniera chiara"	ND	77,2%
Durante il ricovero ha avuto un dolore?	Se si: "Ho ricevuto terapia efficace"	ND	82%

Le è capitato di essere disturbato da rumori durante la notte?

- No, mai: 59,9%
- Sì: 40,1%
 - Sì, da altri pazienti: 34,9%
 - Sì, dal personale: 2,6%
 - Sì, da....: 4,1%
 - erano possibili più risposte
- N.R.: 2,1%
- Nel 2006/2008, “No, mai”: 63,2%
 - differenza significativa ($p < 0,05$)

Le è capitato di trovare i bagni in pessimo stato di pulizia?

- No, mai: 89,9%
- Sì: 10,1%
 - Sì, sempre: 2,6%
 - Sì, a volte: 7,5%
- N.R.: 2,1%
- Nel 2006/2008, “No, mai”: 81,9%
 - differenza significativa ($p < 0,05$)

Confort

Domanda	Risposte positive	% pos 2006/8	% pos 2011	Var %	p-value
Le è capitato di essere disturbato da rumori durante la notte?	"No, mai"	63,2%	59,9%	-3,3%	<0,05 -
Le è capitato di trovare i bagni in pessimo stato di pulizia?	"No, mai"	81,9%	89,9%	+8%	<0,05 +

Al momento della dimissione le hanno fornito informazioni chiare sulla convalidazione a casa?

- Sì: 97,5%
 - Sì, molto chiare: 53,1%
 - Sì, chiare: 44,4%
- No: 2,5%
 - No, poco chiare: 0,9%
 - Nessuna informazione: 1,6%
- N.R.: 5,9%
- Nel 2006/2008, “Sì, molto chiare” o “Sì, chiare”: 96,4%
 - differenza non significativa

Le sono state fornite informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa?

- Sì: 97,3%
 - Sì, molto chiare: 54,6%
 - Sì, chiare: 42,7%
- No: 2,7%
 - No, poco chiare: 0,9%
 - Nessuna informazione: 1,8%
- N.R.: 5,7%
- Nel 2006/2008, “Sì, molto chiare” o “Sì, chiare”:
96,2%
 - differenza non significativa

Dimissione

Domanda	Risposte positive	% pos 2006/8	% pos 2011	Var	p-value
Al momento della dimissione le hanno fornito informazioni chiare sulla convalida a casa?	"Si, molto chiare" o "Si, chiare"	96,4%	97,5%	+1,1%	n.s.
Le sono state fornite informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa?	"Si, molto chiare" o "Si, chiare"	96,2%	97,3%	+1,1%	n.s.

Commenti liberi

27,7% di pazienti hanno fatto un commento positivo

5,8% di pazienti hanno fatto un commento negativo

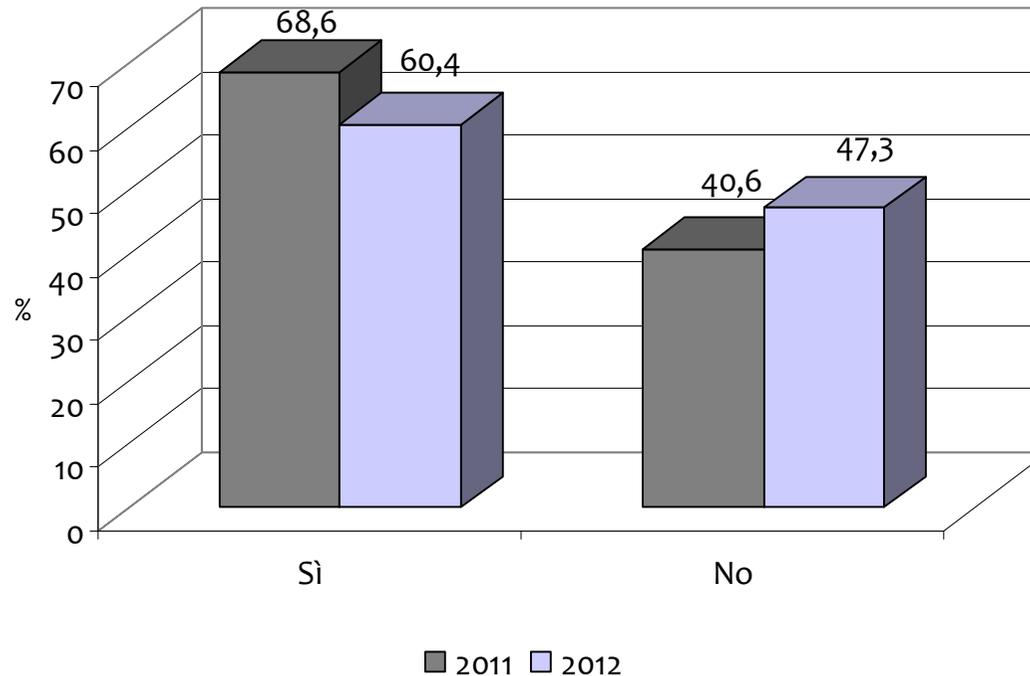
N° Progressivo	Questionario n°	Commento	Generico	Personale	Cibo	Stanze	Pulizia	Bagni	Prestazione	Rumore	Organizzazione
1	9	Parte personale non gentile, interrotta visita		1							
2	18	Cibo scadente e spesso freddo			1						
3	41	Qualche caso di "distacco" del personale		1							
4	45	Avrei preferito un giorno in più di degenza							1		
5	46	Poco spazio in camera				1					
6	48	Unico neo i pasti			1						
7	49	Rumoroso								1	
8	51	Primo impatto negativo	1								
9	89	Qualche disagio nell'uso dei bagni						1			
10	91	Scarsa presenza bagni + stanze troppi pazienti				1		1			
11	101	Assistenza infermieristica da dimenticare!		1							
12	173	Troppi stessa stanza + cibo			1	1					
13	180	Ospedale vecchio	1								
14	187	Reparto vecchio	1								
15	236	Lenzuola sporche					1				
16	245	Troppi pazienti stessa stanza				1					
17	269	Rumore carrelli								1	
18	273	Un medico di guardia reparto prima mandato a casa, poi invece ricoverato							1		
19	274	Aspettato 24 ore prima di medicazione							1		
20	298	A volte tirocinanti sprovveduti		1							
21	300	Bagni insufficienti						1			
22	320	Eccessiva pulizia pavimenti					1				
23	338	Struttura penalizzante	1								
24	428	Stanze piccole, letto scomodo, troppo caldo				1					
25	456	Stanza inadeguitata per il rooming				1					
26	460	Stanza inadeguitata per il rooming + bagno maleodorante + attività sovrapposte				1		1			1
27	461	Attività sovrapposte									1
28	466	Regole non rispettate + colazione terminata all'ultima stanza		1	1						
29	467	Manca sala svago									1
			4	5	4	7	2	4	3	2	3

Esperienza di ricovero da
parte del paziente/utente

Indagine pre-post trasloco a Cona

Accoglienza (1)

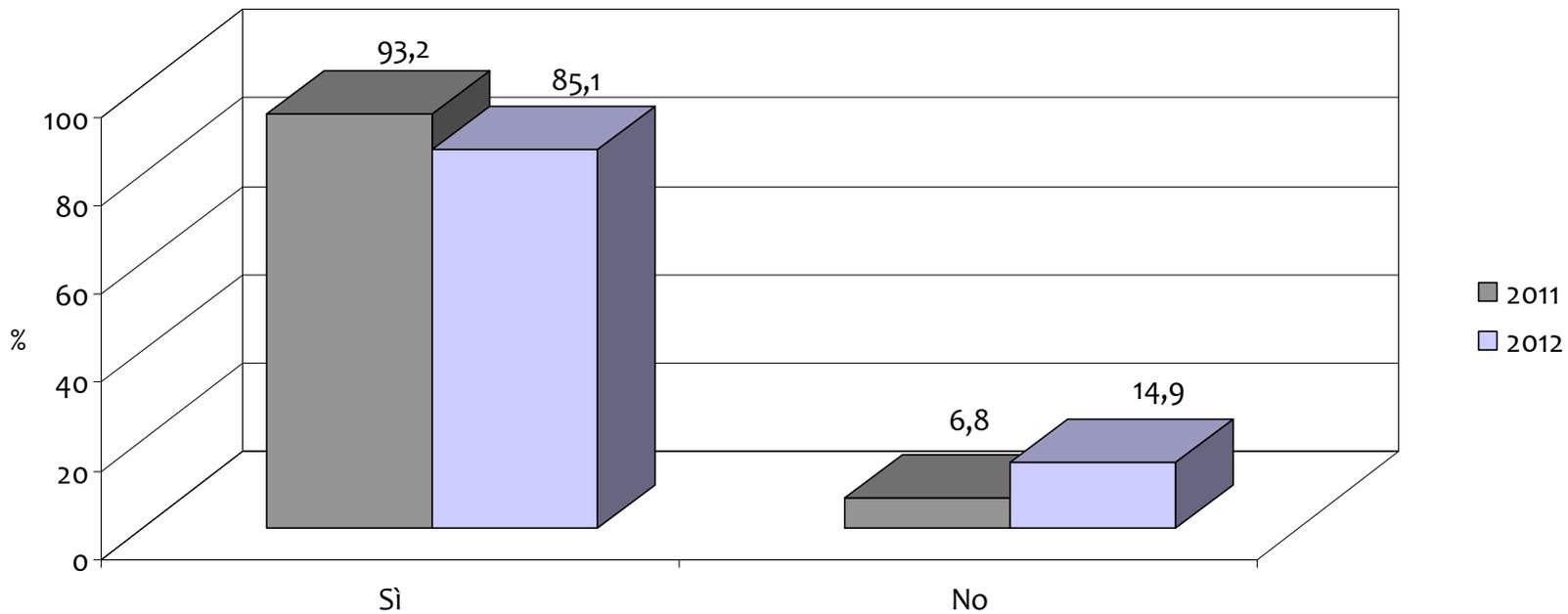
Le è stato consegnato del materiale informativo sul reparto?



	2011		2012	
	n	%	n	%
Carta dei servizi	71	15,5	50	11,9
Foglio informativo	201	43,9	189	45,1
Altro ...	42	9,2	14	3,3

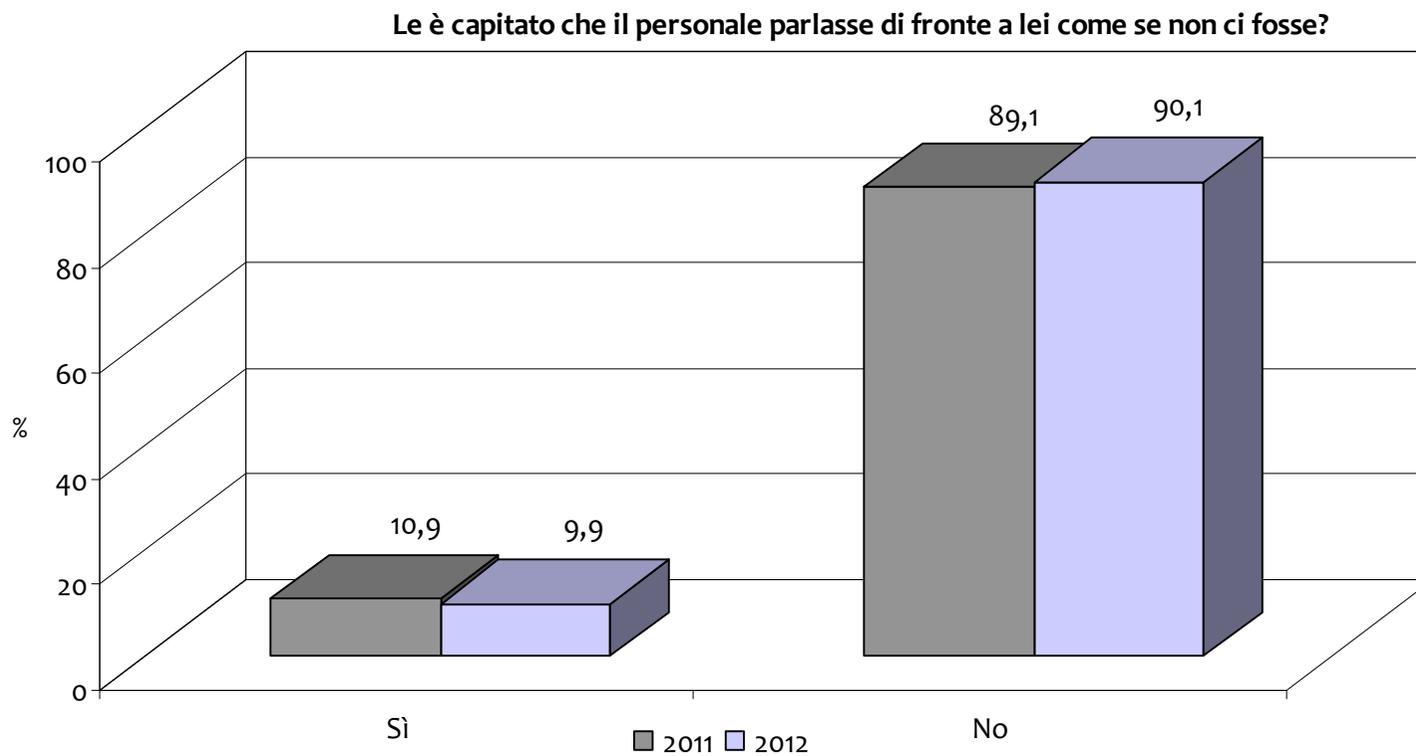
Accoglienza (2)

Le hanno fornito informazioni circa le regole e gli orari del reparto?

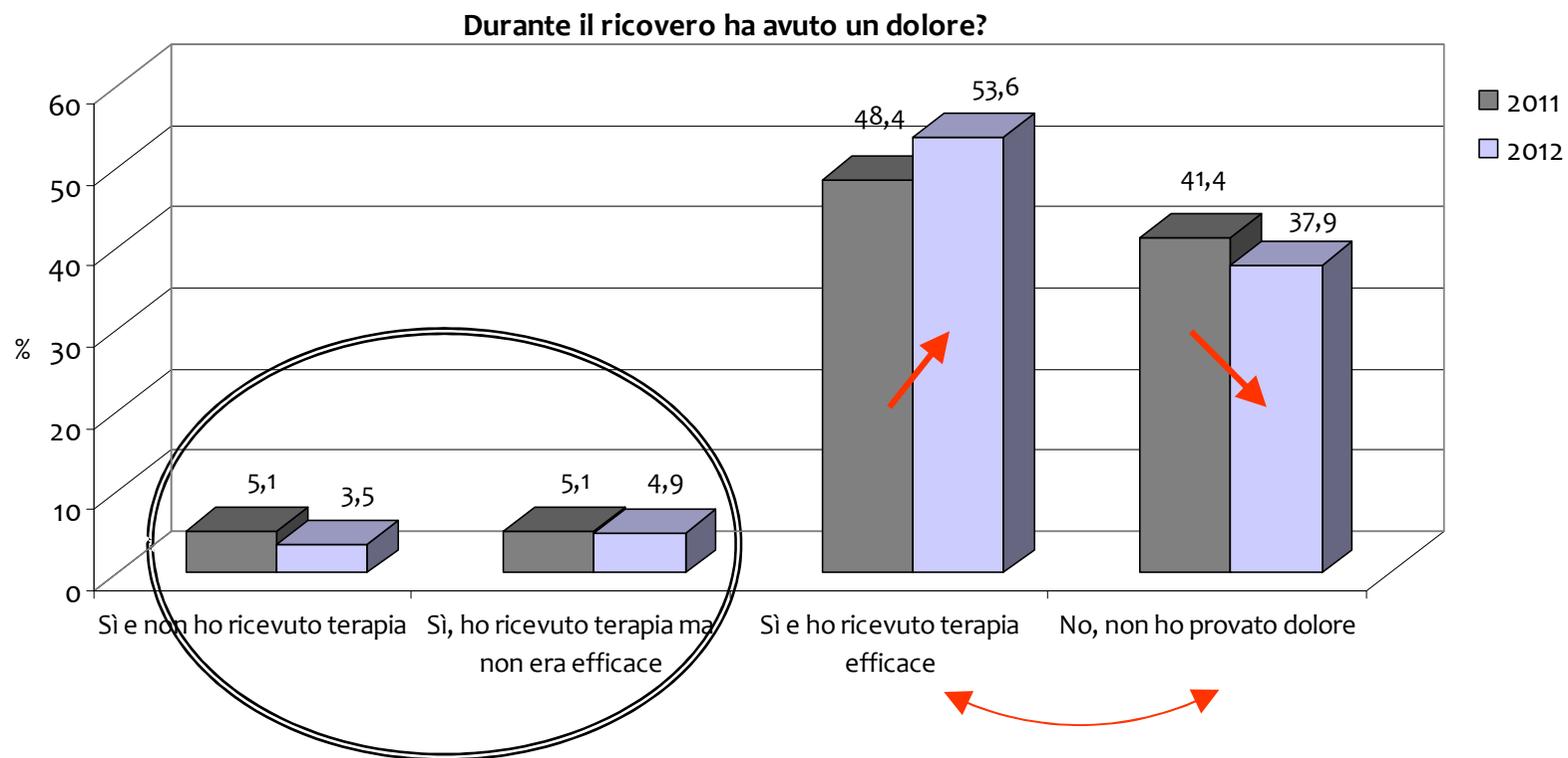


	2011		2012	
	n	%	n	%
Sì, molto dettagliate	358	76,3	299	69,5
Sì, approssimative	79	16,8	67	15,6

Prestazione



Gestione del dolore

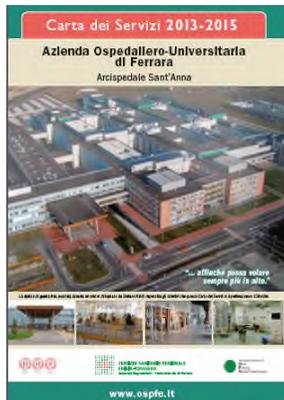


LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI NELLA VALUTAZIONE DEI SERVIZI AMBULATORIALI NELL'AOU FE

*– a cura dell'Ufficio Qualità in collaborazione e del
Comitato Consultivo Misto –*

Le tappe

- 13 Novembre 2012: individuazione indicatori
- 25 Novembre 2013: condivisione delle tematiche da indagare
- Aprile 2014: costituzione del gruppo di lavoro
- Giugno 2014: formazione interattiva con Dott. Carrozzi (Asl MO)
- Campionamento della popolazione
- Programmazione dell'attività
- Indagine dal 23/06/2014 al 17/11/2014



Scelte di metodo

1. Stretta collaborazione fra Uffici Aziendali e Comitato Consultivo Misto
2. Intervista telefonica come strumento di rilevazione
3. Non utilizzo di call center privati
4. Formazione degli intervistatori

Dal questionario all'intervista ...

Esistono tre modi fondamentali per "somministrare" un questionario:

- ✓ Intervista faccia a faccia
- ✓ Intervista telefonica
- ✓ Questionario autocompilato

Nell'intervista la relazione intervistatore/intervistato è un elemento fondamentale

Aspetti peculiari intervista telefonica

- Il ruolo dell'intervistatore è molto rilevante
- Occorre acquisire alcune competenze comunicative fondamentali per la conduzione dell'intervista telefonica
- La relazione con i cittadini attraverso la comunicazione telefonica rappresenta una condizione essenziale per accrescere la credibilità istituzionale e per favorire l'adesione delle persone contattate
- **Spazio:** l'intervistatore e l'intervistato non interagiscono in uno spazio esterno condiviso (importanza "spazio interno" dell'intervistatore)
- **Tempo:** la comunicazione telefonica si svolge in tempi non preordinabili e dipendenti dalla persona intervistata
- Le interviste "difficili": rifiuto, privacy, desiderabilità sociale

Intervista standardizzata

- Seguire sempre le indicazioni del questionario
- Leggere le domande come sono scritte e nell'ordine predisposto
- Ripetere la domanda solo se richiesto, senza spiegarla o interpretarla
- Non influenzare la risposta, fornire incoraggiamenti minimi

La standardizzazione del questionario è mediata dalla modalità di conduzione dell'intervista

Le fasi dell'indagine

1. Definizione della popolazione in studio e campionamento
2. Rilevazione (23/06/2014 al 17/11/2014)
 - Richiesta del *consenso* a partecipare all'indagine (acquisizione dei dati sensibili)
 - Interviste telefoniche
3. Inserimento dati su database excel
4. Analisi dei dati con SPSS 20.0
5. Produzione dei primi risultati

Fase 1 Definizione della popolazione in studio e campionamento

- Popolazione in studio

Cittadini che hanno fatto una prima visita specialistica presso gli ambulatori dell'AOU Fe

criteri di esclusione:

- età < 18 anni

- visite di controllo, le visite PS, visite con esami radiologici e di laboratorio

- Campionamento stratificato di tipo proporzionale in cui la distribuzione degli strati è rappresentata dal tipo di prestazione erogata

Fase 2 Rilevazione delle informazioni

- Persone a cui è stato richiesto di partecipare all'indagine (n=462)
- Persone che non hanno voluto partecipare (n=63, 13,6%)
- Persone che hanno firmato il consenso per fare l'intervista telefonica (n=438)
- Interviste rifiutate (n=8)
- Persone non raggiungibili telefonicamente (n=7)
- Interviste telefoniche (n=384)

Fase 3 Creazione del database

id_paz	chi_risponde	tipo_visita	dt_visita	dt_telefonata	ora_inizio_tel	ora_fine_tel	sexo	eta	item_1
320	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	17/10/2014	23/10/2014	10:30	10:40	F	33	1
321	altro (parente)	VISITA GINECOLOGICA	13/10/2014	21/10/2014	16:30	16:35	F	86	1
322	altro (parente)	VISITA NEUROPSICOLOGIA	13/10/2014	21/10/2014	16:40	16:45	M	77	2
323	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	17/10/2014	23/10/2014	11:45	11:55	M	84	1
324	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	17/10/2014	23/10/2014	11:30	11:40	M	63	1
325	altro (parente)	VISITA GERIATRICA	17/10/2014	23/10/2014	11:25	11:30	F	89	1
326	paziente	VISITA GERIATRICA	17/10/2014	23/10/2014	11:56	12:05	M	81	1
327	paziente	VISITA GINECOLOGICA	13/10/2014	23/10/2014	15:40	15:56	F	50	1
328	altro (parente)	VISITA GINECOLOGICA	13/10/2014	23/10/2014	14:50	15:00	F	71	3
329	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	20/10/2014	27/10/2014	10:00	10:11	M	62	2
330	paziente	VISITA OCULISTICA	21/10/2014	27/10/2014	10:11	10:25	M	51	1
331	altro (parente)	VISITA PNEUMOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	11:00	11:30	F	83	2
332	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	10:30	11:00	F	62	1
333	paziente	VISITA CHIRURGIA GENERALE	17/10/2014	28/10/2014	09:00	09:20	F	59	2
334	paziente	VISITA SENOLOGICA	20/10/2014	27/10/2014	14:45	15:04	F	49	1
335	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	13:00	13:25	F	74	1
336	paziente	VISITA GINECOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	13:30	13:55	F	63	1
337	paziente	VISITA OCULISTICA	23/10/2014	28/10/2014	21:00	21:10	F	27	2
338	paziente	VISITA X MALATTIE METABOLICHE	20/10/2014	28/10/2014	18:40	18:50	M	51	1
339	paziente	VISITA GINECOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	18:10	18:20	F	29	1
340	paziente	VISITA X MALATTIE METABOLICHE	20/10/2014	28/10/2014	18:00	18:10	M	18	1
341	paziente	VISITA GINECOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	17:10	17:20	F	29	1
342	altro (parente)	VISITA PNEUMOLOGICA	20/10/2014	28/10/2014	16:20	16:30	M	75	3
343	altro (parente)	VISITA PNEUMOLOGICA	17/10/2014	29/10/2014	10:45	11:11	F	82	1
344	paziente	VISITA PNEUMOLOGICA	02/10/2014	29/10/2014	16:15	16:35	F	28	2
345	paziente	VISITA GINECOLOGICA	20/10/2014	30/10/2014	11:40	12:00	F	45	1

Fase 4 Analisi dei dati

The screenshot shows the IBM SPSS Statistics interface. The main window displays a data editor with two columns: 'item_12' and 'item_13'. The 'item_13' column contains values 1, 2, and 9. The 'Output' window shows a tree view of the analysis results, including 'Statistiche' for 'item_13'. The 'Statistiche' window displays a summary table and a detailed frequency table.

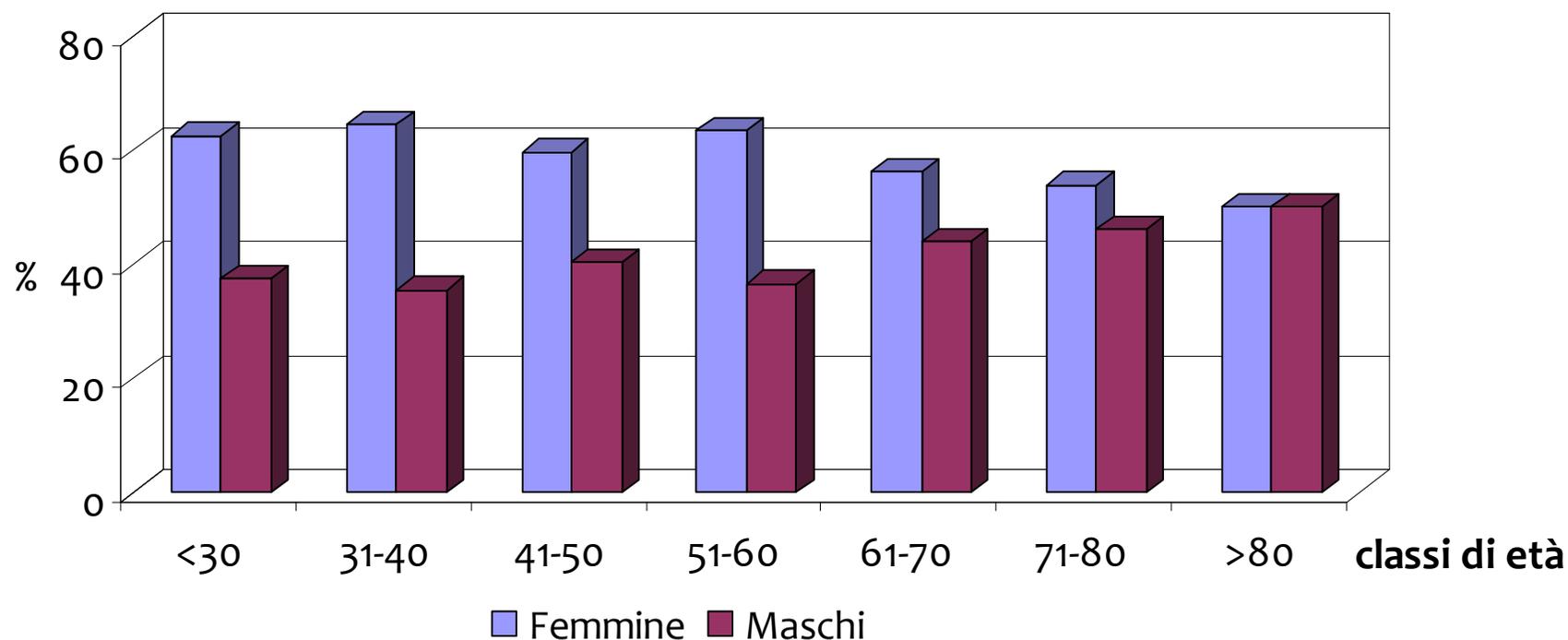
N	Validi	Mancanti
	384	0

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi 1	41	10,7	10,7	10,7
2	340	88,5	88,5	99,2
9	3	,8	,8	100,0
Totale	384	100,0	100,0	

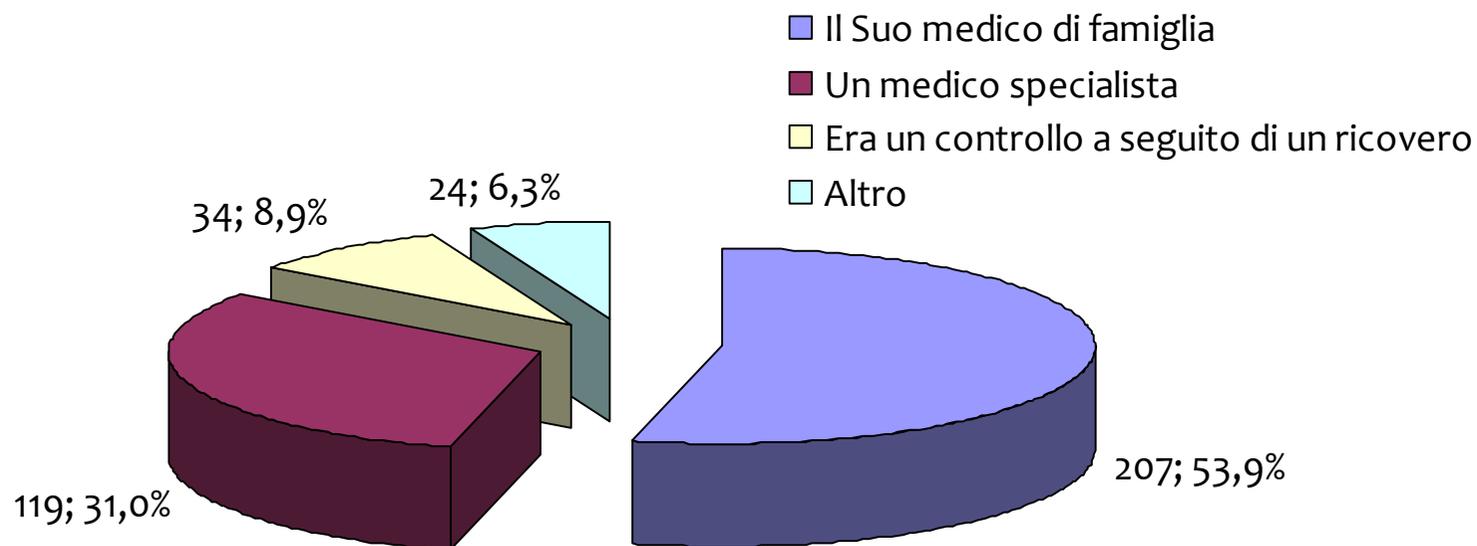
Fase 5 Risultati preliminari

Caratteristiche descrittive

	n (%)	età media ($\pm ds$)
Maschi	160 (41,7)	58 \pm 18
Femmine	224 (58,3)	56 \pm 18



“Chi le ha richiesto la visita?”



La prenotazione della visita

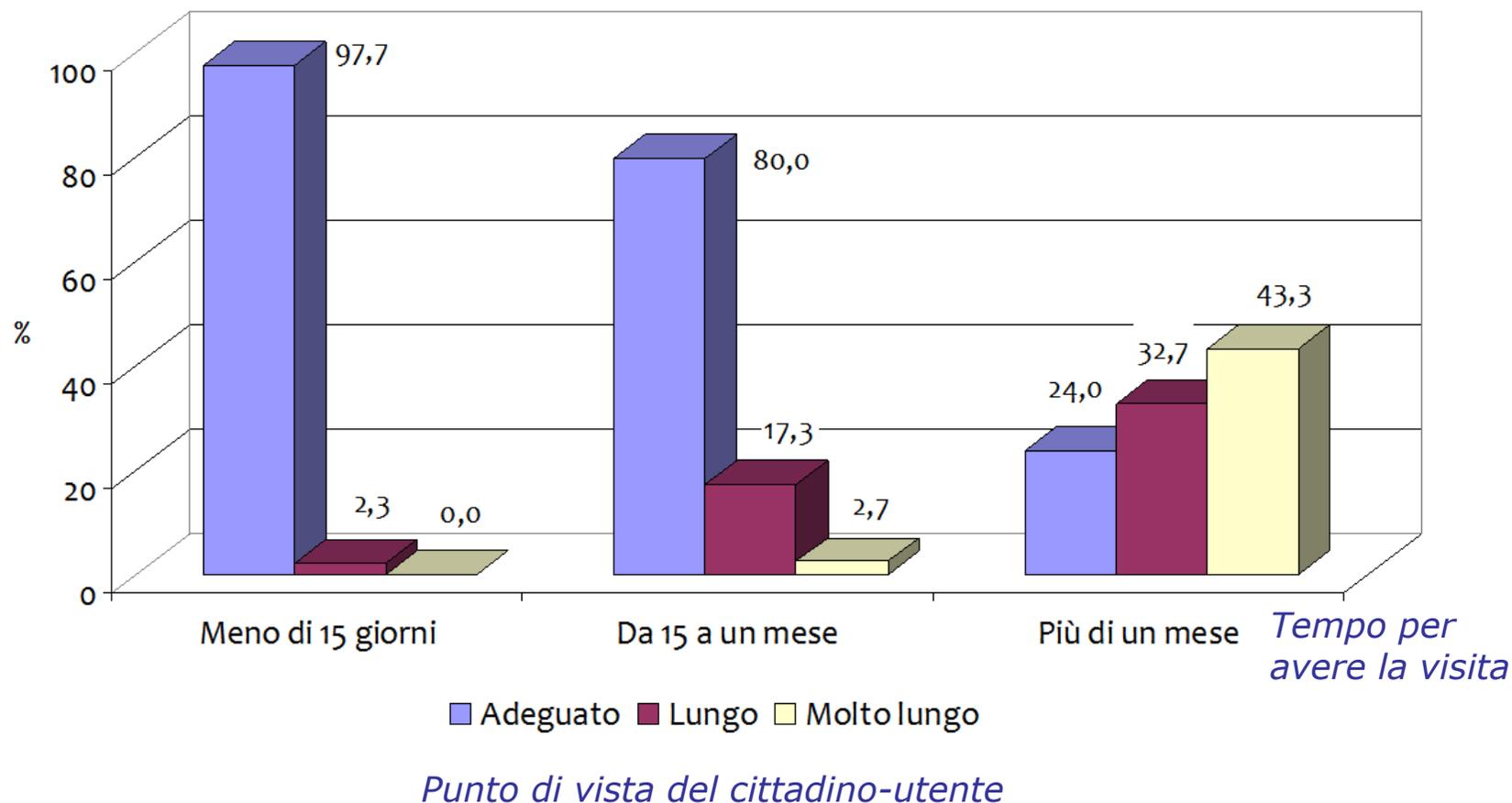
“Si ricorda quanto tempo è trascorso dal giorno in cui ha prenotato la visita al giorno in cui è stato visitato?”

	n	%
Meno di 15 giorni	134	34,9
Da 15 a un mese	75	19,5
Più di un mese	171	44,5
Non so/Non ricordo	4	1,1

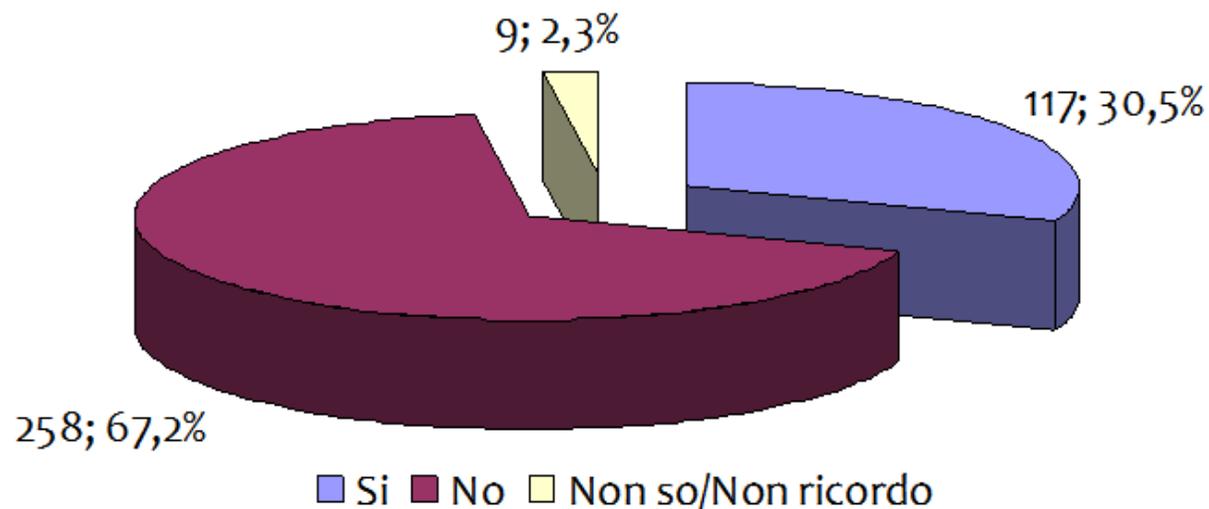
“Secondo Lei, questo tempo di attesa è stato”:

	n	%
Adeguito	231	60,2
Lungo	72	18,8
Molto lungo	76	19,8
Non so/Non ricordo	5	1,2

Tempo di attesa per la visita: il punto di vista del cittadino



“Ha potuto scegliere la data della visita?”



Il 67,2% degli intervistati hanno dichiarato di non aver potuto scegliere la data della visita

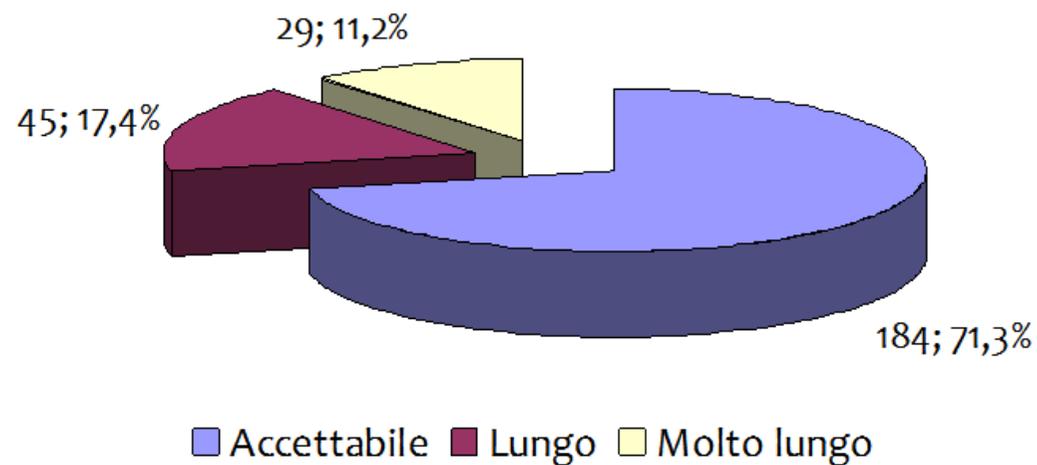


Tempi nella sala di attesa

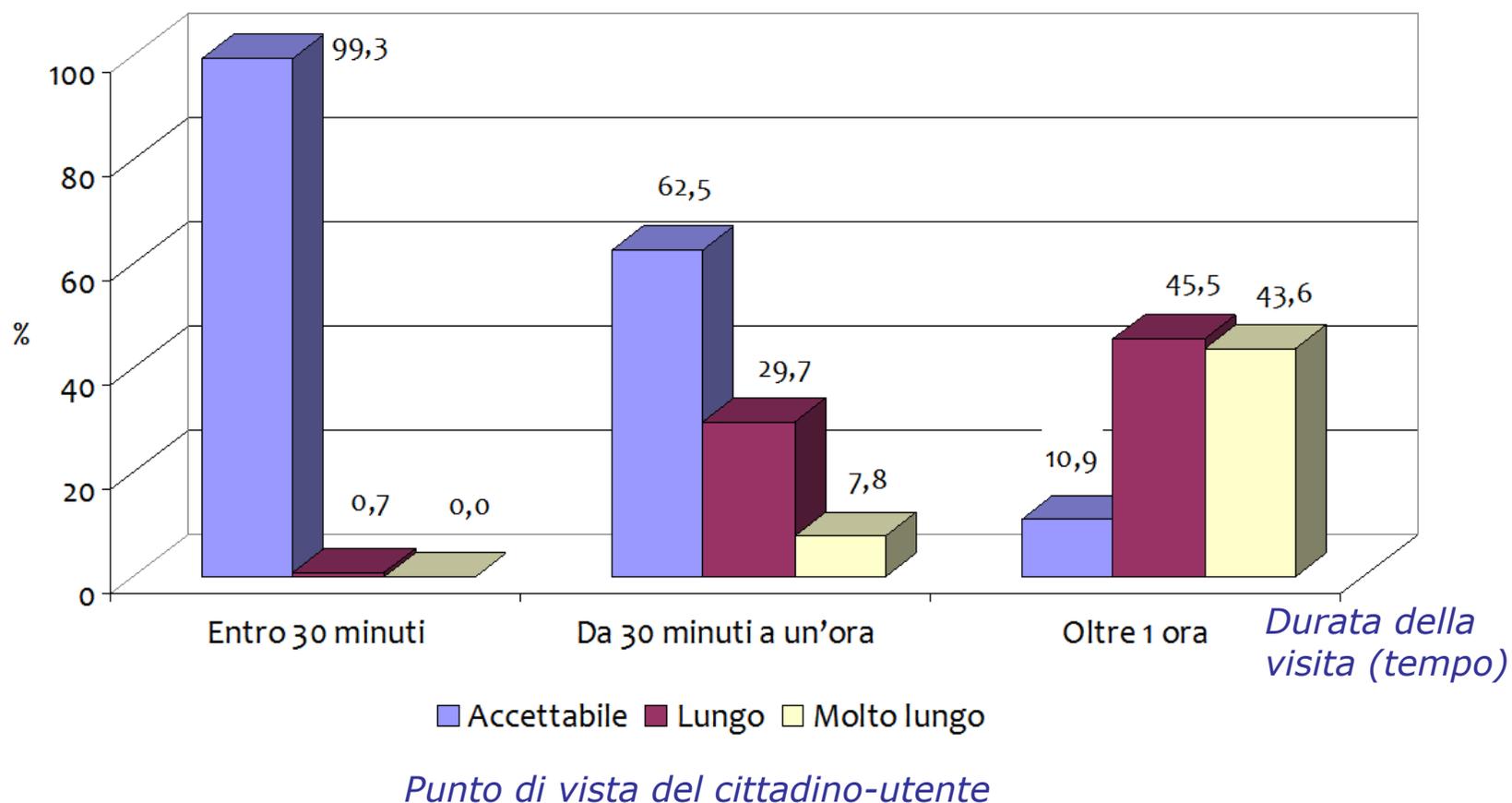
“La visita è avvenuta:”

	n	%
Nell'orario indicato sul foglio della prenotazione	126	32,8
Entro 30 minuti	139	36,2
Da 30 minuti a un'ora	64	16,7
Oltre 1 ora	55	14,3

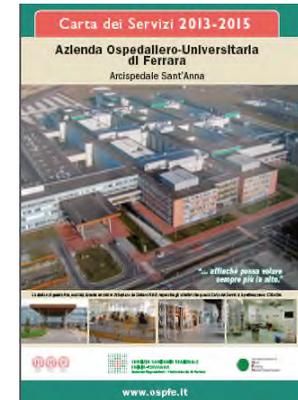
“Come valuta tale tempo di attesa?”



Tempo trascorso in sala d'attesa: il punto di vista del cittadino



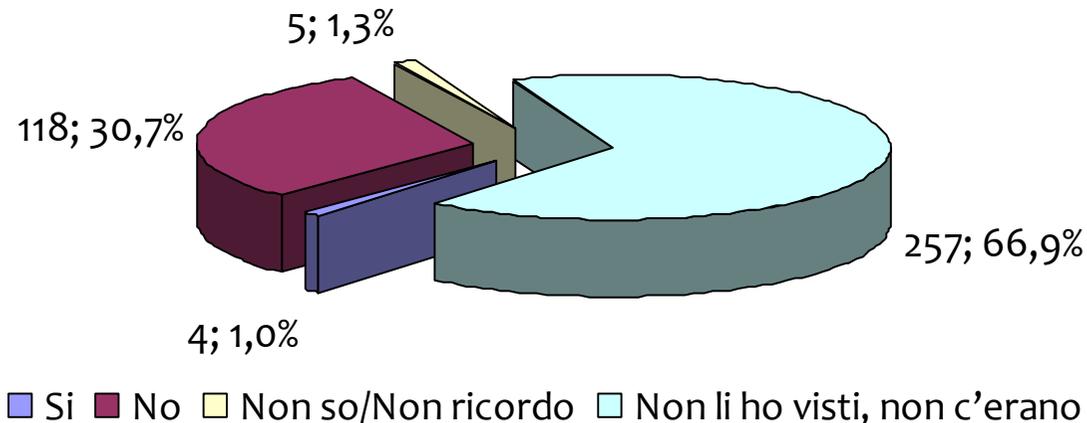
Accesso degli informatori scientifici negli ambulatori



(punto f della CdS)

Adottare un regolamento per l'accesso degli informatori scientifici negli ambulatori destinati all'attività specialistica

“Durante l’attesa per la visita, i rappresentanti o informatori scientifici del farmaco Le hanno creato disturbo?”



Durata della prestazione

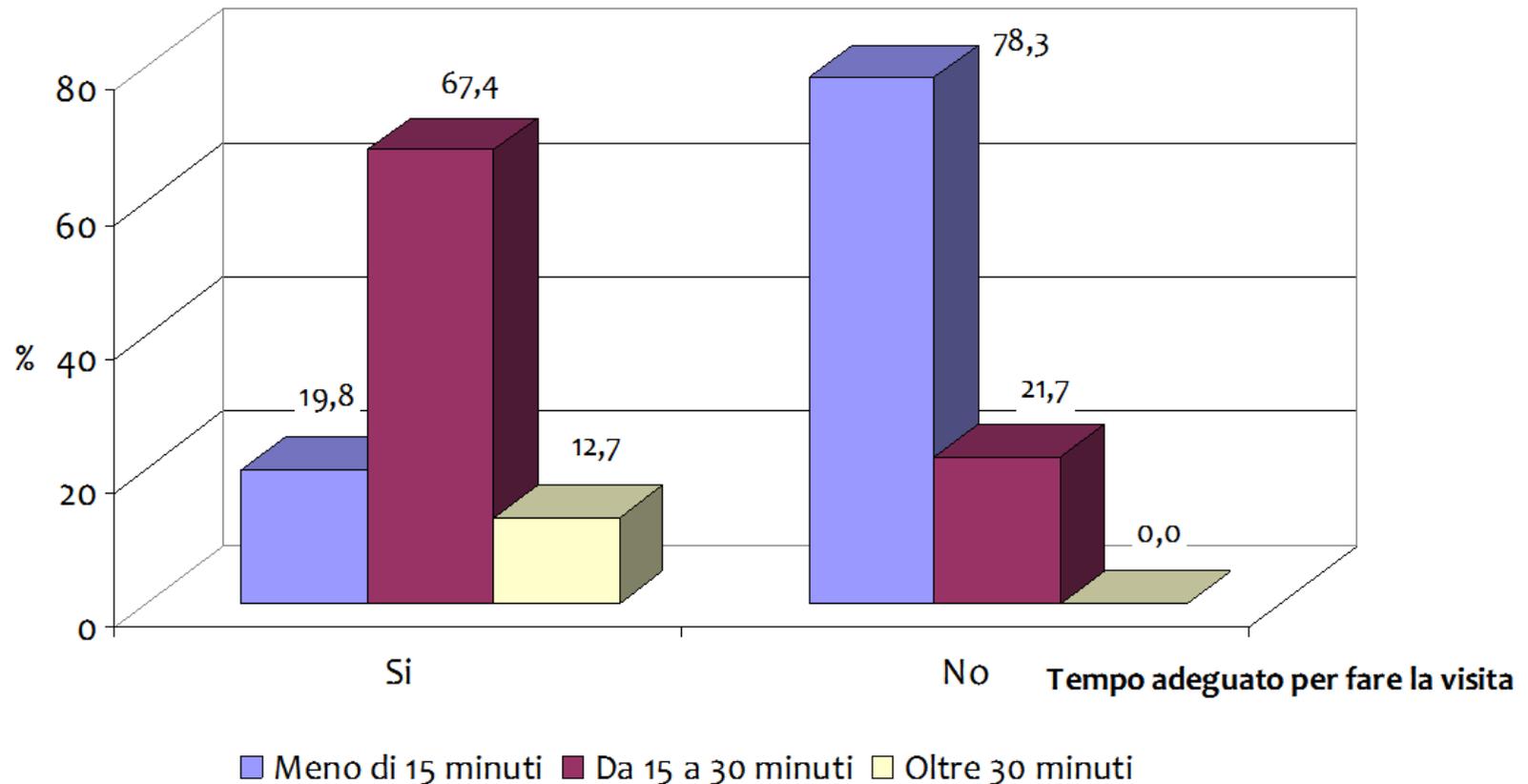
“Ritiene che il tempo a Lei dedicato per la visita sia stato adeguato?”

	n	%
Si	357	93,0
No	23	6,0
Non so/ Non ricordo	4	1,0

“Quanto tempo le è stato dedicato per fare la visita?”

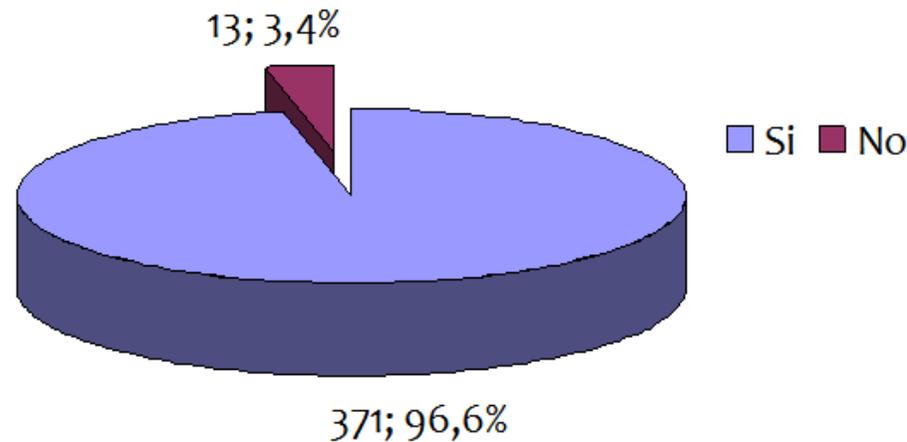
	n	%
Meno di 15 minuti	89	23,2
Da 15 a 30 minuti	246	64,1
Oltre 30 minuti	45	11,7
Non so/Non ricordo	4	1,0

Tempo per fare la visita: il punto di vista del cittadino



Punto di vista del cittadino-utente

Diritto alla *privacy* e alla confidenzialità



Il punto di vista dei cittadini ...

“... mi sono stati richiesti dati personali in presenza di altri pazienti”

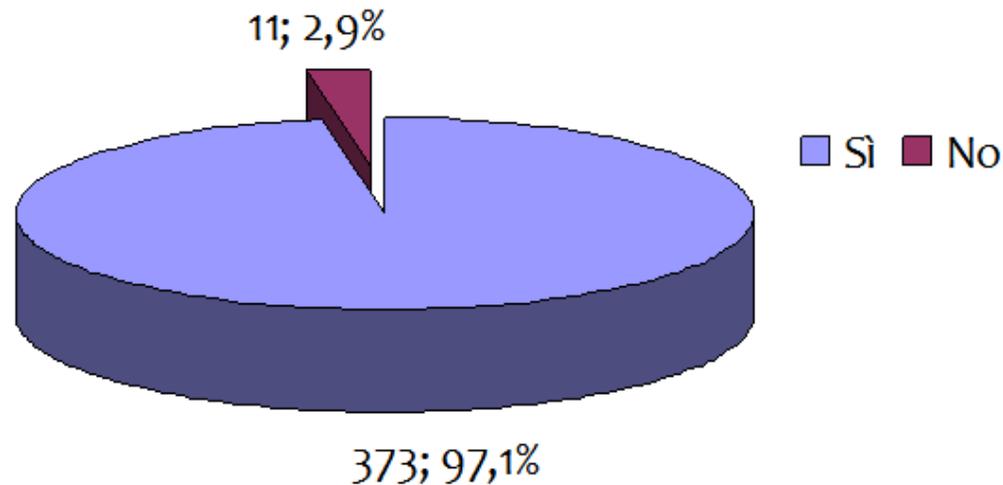
“... mentre facevo l'EKG, in ambulatorio c'erano diverse persone presenti”

“... mentre mi visitavano in ambulatorio erano presenti altre quattro persone che parlavano d'altro”

“... i medici chiamavano i pazienti con il nome e non con il numero”

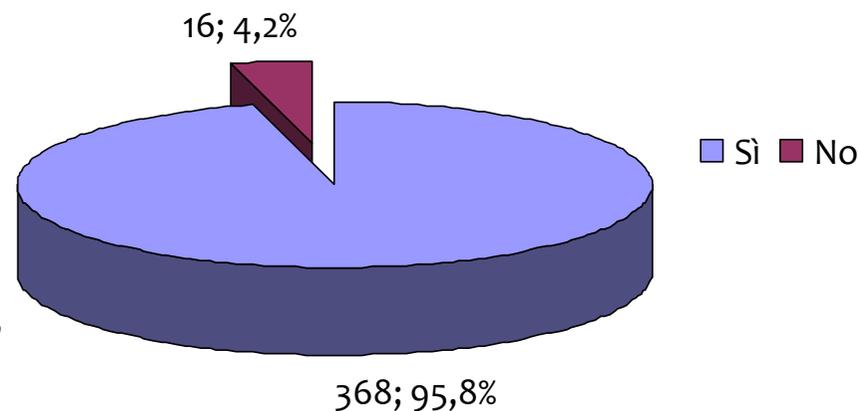
Cortesía del personale

“Durante la visita, il personale presente è stato cortese e gentile nei suoi confronti?”



Comprensibilità delle informazioni ricevute

“Le informazioni che le hanno dato durante la visita sono state chiare?”



“... ho dovuto chiedere più informazioni”

“... ho ricevuto informazioni sommarie”

“La visita è stata troppo veloce”

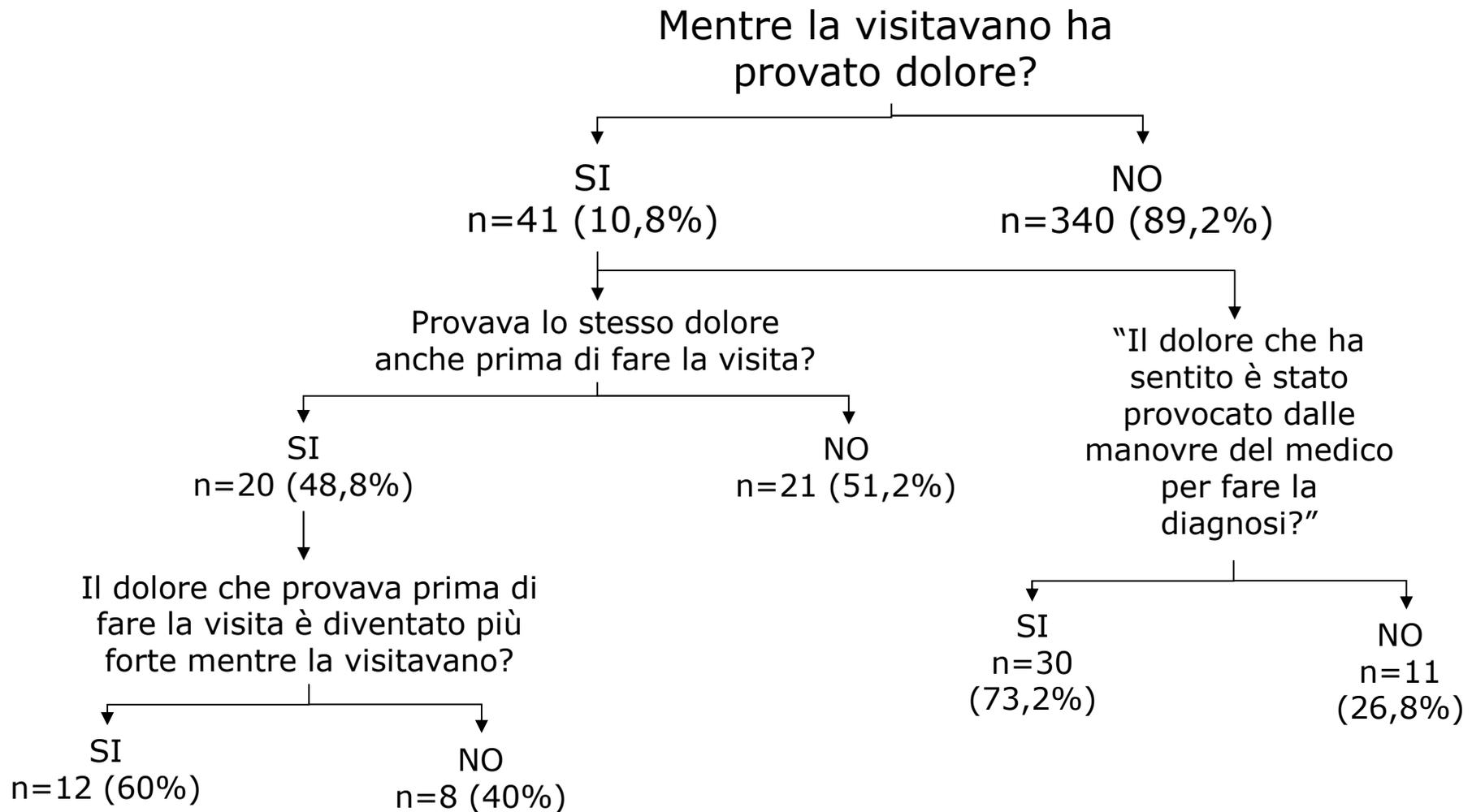
“... il medico aveva un comportamento ermetico e burocratico”

“Ho fatto delle domande al medico, però non mi ha dato una risposta”

“... c'è stata un'incongruenza nelle risposte date dai medici che mi hanno visitato: un medico mi ha consigliato di operarmi, l'altro no”

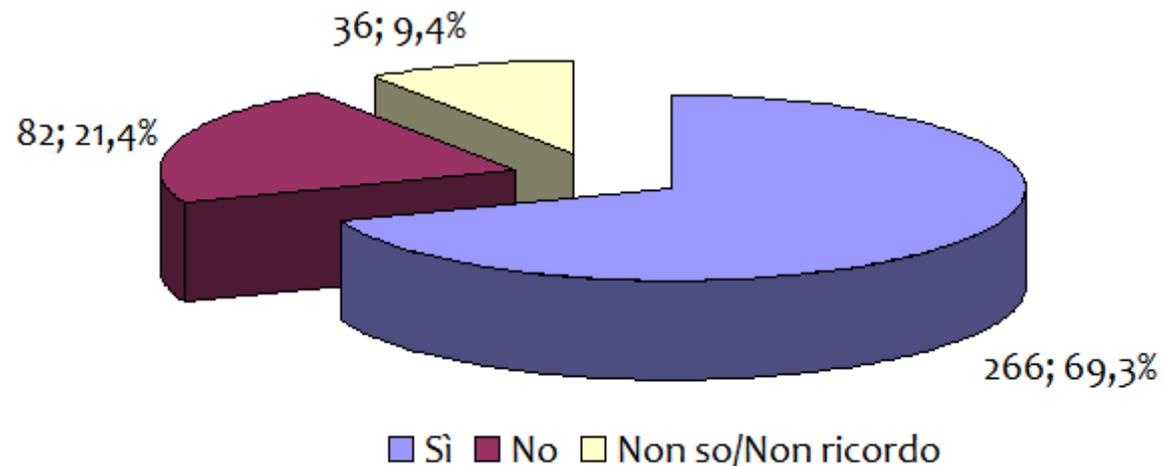
“... il consenso informato era stato pre-compilato dell'anestesista e ritengo di non essere stata sufficientemente informata prima della firma”

Valutazione del dolore



Refertazione

“La risposta che le hanno consegnato con il risultato della visita era scritta con il computer?”



Il 21,4% degli intervistati hanno dichiarato che non è stato consegnato loro il risultato della visita scritto con il computer



Considerazioni

- I cittadini hanno voglia di comunicare sulla propria esperienza:
 - pochi rifiuti, sia per le liberatorie che per le interviste
 - parlano anche di visite precedenti
 - aspettano la chiamata

OBIETTIVO

I. Valutare la continuità di cura, indagando sulla prospettiva delle pazienti.

II. Confrontare la qualità percepita all'interno del contesto Ferrarese con quella di altre realtà aziendali:

 **Area Vasta Romagna**

MATERIALI E METODI

INDAGINE QUANTITATIVA CON QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

Utilizzo del questionario (validato) **O.P.T.I.ON.**

Informazioni sulla *“Continuity of care”*

33 ITEM a risposta multipla (scala Likert)

Tre sezioni

MATERIALI E METODI

CAMPIONE: 50 PZ

CRITERI DI INCLUSIONE



- Et  ≥ 18 anni
- Patologia Ca Ma-PDTA
- Prima visita di follow-up

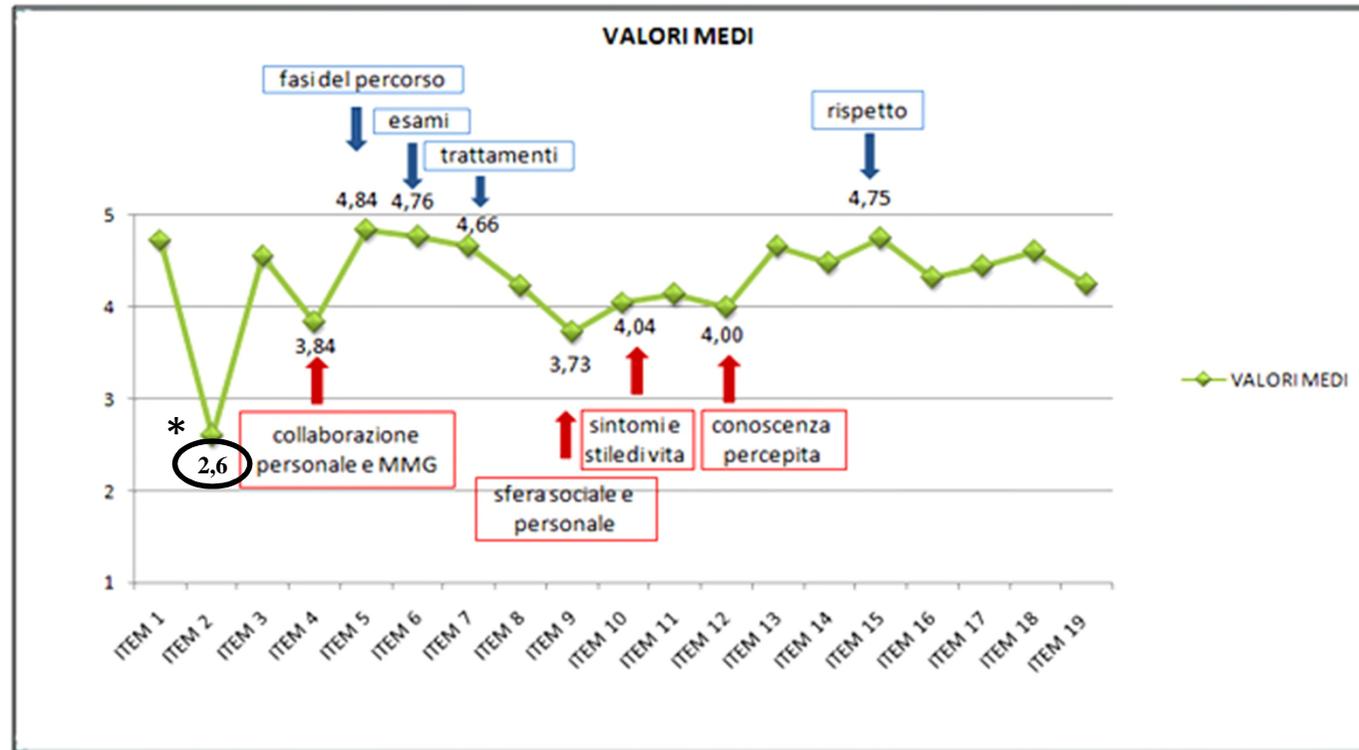
CRITERI DI ESCLUSIONE



- Gravi problemi cognitivi
- Diagnosi antecedente al PDTA

I. RISULTATI

VALORI MEDI FERRARA: PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA



➡ Valori medi più alti ➡ Valori medi più bassi * Valore medio anomalo

I. RISULTATI

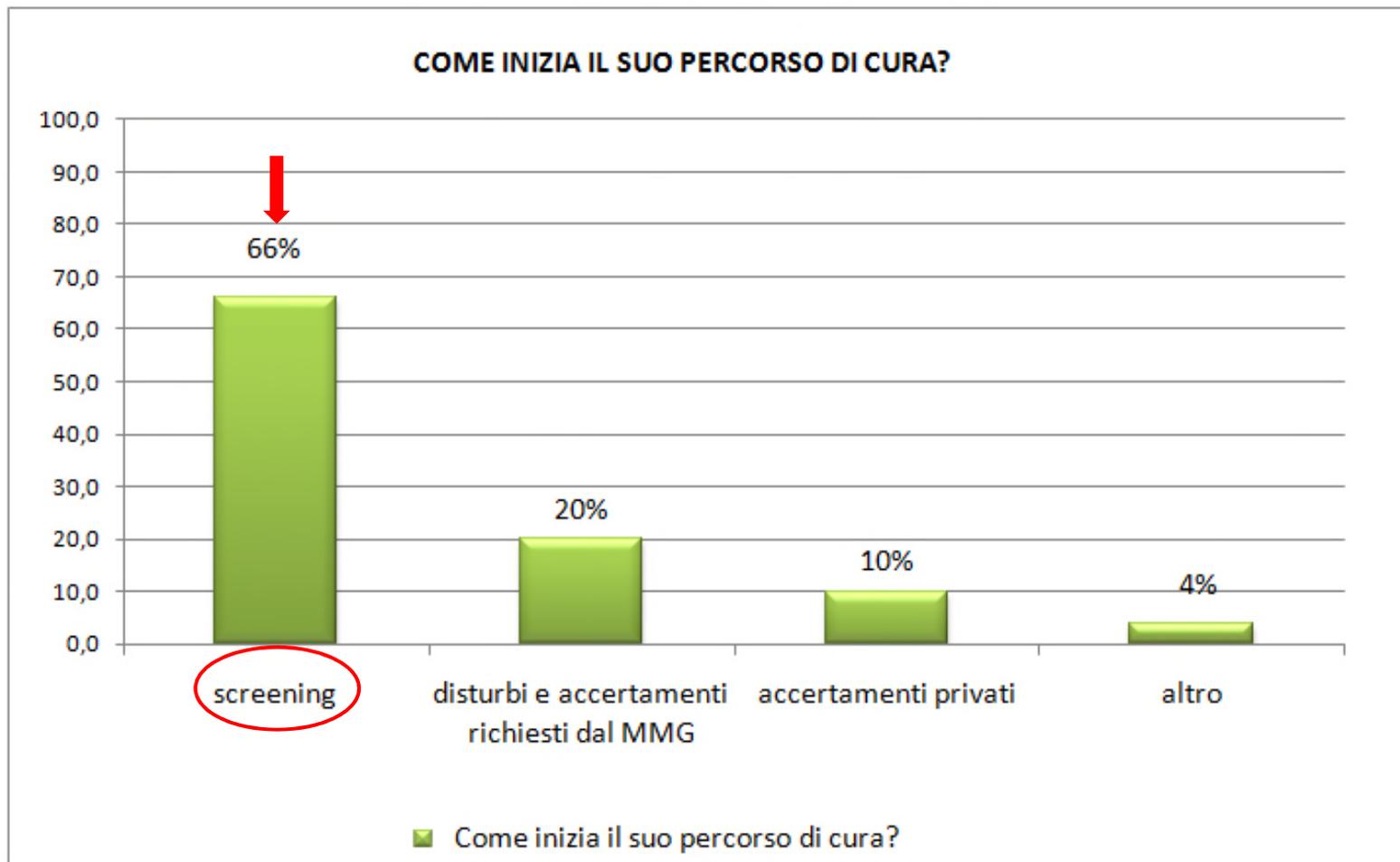
COMUNICAZIONI ESTERNE E PRESTAZIONI EFFETTIVE: OPUSCOLO INFORMATIVO E PERCEZIONE DELLE PZ

IMPEGNI ILLUSTRATI NELL'OPUSCOLO INFORMATIVO	Riscontro pz
Collaborazione team e MMG	
Gestione appuntamenti	
Informazioni sui trattamenti	
Informazioni sulla malattia	
Multidisciplinarietà e cooperazione	

 Riscontro POSITIVO  Riscontro NEGATIVO

I. *RISULTATI*

IL PROGRAMMA DI SCREENING A FERRARA: PUNTO DI FORZA DEL PDTA



II. RISULTATI

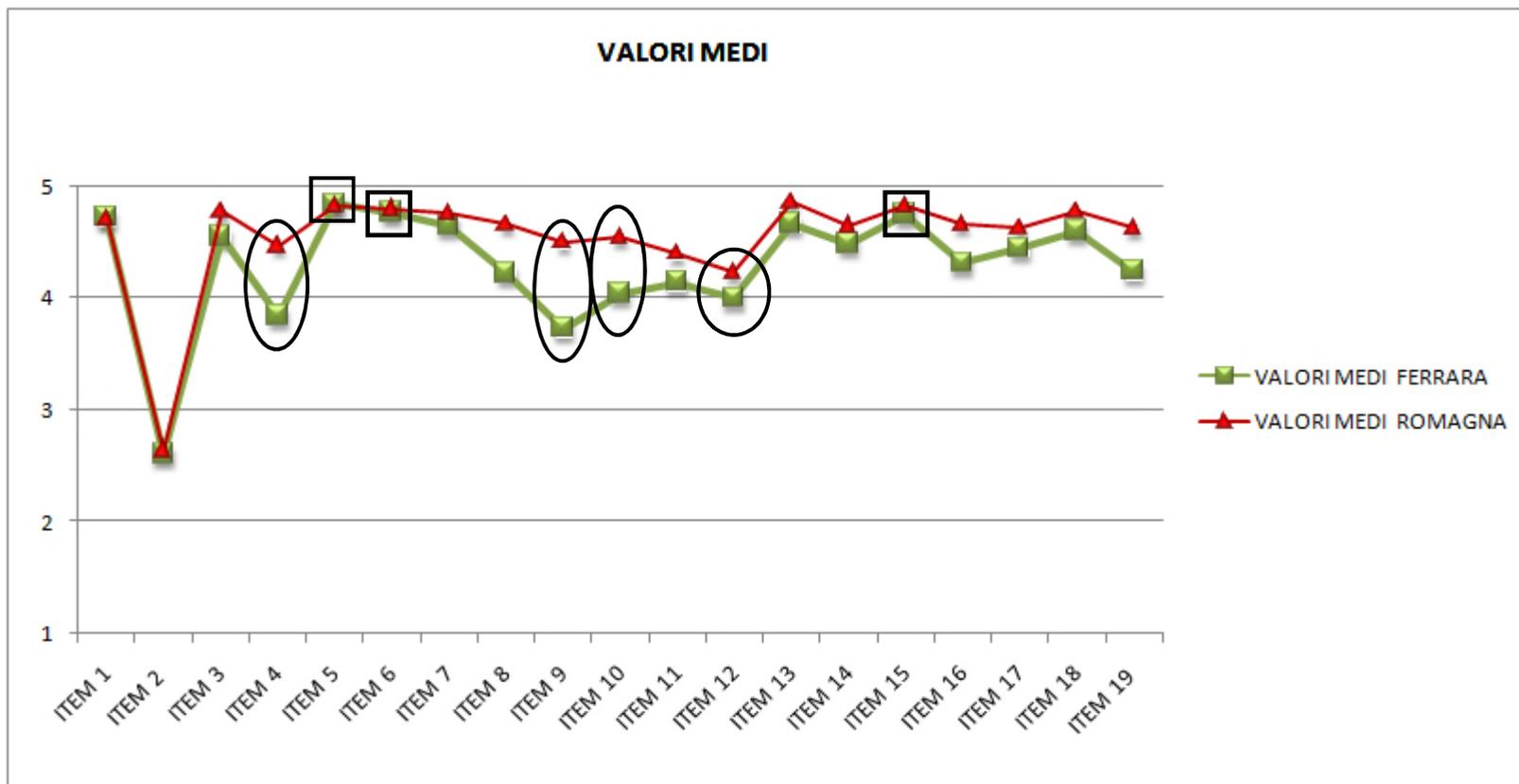
MEDIA (\pm DS) E P-VALUE* FERRARA-ROMAGNA

ITEM	FERRARA		ROMAGNA		p-value
	MEDIA	(\pm DS)	MEDIA	(\pm DS)	
1. appuntamenti	4,72	(\pm 0,53)	4,71	(\pm 0,62)	0,908
2. accesso ai servizi di supporto	2,6	(\pm 1,75)	2,64	(\pm 0,68)	0,874
3. collaborazione tra i professionisti	4,55	(\pm 0,77)	4,77	(\pm 0,86)	0,081
→ 4. collaborazione tra il personale ospedaliero e il MMG	3,84	(\pm 1,39)	4,47	(\pm 1,62)	0,006
5. fasi del percorso di cura	4,84	(\pm 0,47)	4,82	(\pm 0,62)	0,801
6. informazioni su test e esami	4,76	(\pm 0,55)	4,8	(\pm 0,78)	0,674
7. informazioni sui trattamenti	4,66	(\pm 0,77)	4,76	(\pm 0,73)	0,366
→ 8. informazioni su effetti collaterali del trattamento e cambiamenti fisici	4,22	(\pm 1,16)	4,66	(\pm 1,27)	0,02
→ 9. informazioni sulla sfera personale e sociale	3,73	(\pm 1,57)	4,5	(\pm 1,91)	0,003
→ 10. informazioni sui sintomi e sullo stile di vita	4,04	(\pm 1,35)	4,54	(\pm 1,19)	0,019
11. richiesta di informazioni che avrebbero dovuto essere presenti nella cartella clinica	4,14	(\pm 1,25)	4,4	(\pm 1,43)	0,204
12. conoscenza percepita	4	(\pm 1,16)	4,23	(\pm 1,65)	0,252
13. fiducia nel personale	4,65	(\pm 0,77)	4,86	(\pm 0,68)	0,096
14. ascolto e sostegno emotivo	4,48	(\pm 0,9)	4,65	(\pm 1,08)	0,255
15. rispetto	4,75	(\pm 0,72)	4,82	(\pm 0,57)	0,527
16. nessun professionista responsabile del percorso di cura	4,31	(\pm 1,08)	4,66	(\pm 1,4)	0,055
17. senso di abbandono fisico e emotivo	4,44	(\pm 1,11)	4,63	(\pm 1,23)	0,289
18. soddisfazione dell'assistenza ricevuta	4,6	(\pm 0,92)	4,77	(\pm 0,67)	0,225
→ 19. coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la cura	4,24	(\pm 1,17)	4,63	(\pm 1,14)	0,036

*Test *t* di Student

II. RISULTATI

VALORI MEDI FERRARA E ROMAGNA: PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA A CONFRONTO



□ Punti di forza Ferrara e Romagna

○ Punti di debolezza Ferrara e Romagna