



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Area di Staff**

**UOSD "URP Comunicazione"**

*Responsabile Dr. Giuseppe CASCINI*

## ALLEGATO 2 - STANDARD DI QUALITA' DEI SERVIZI CON RIFERIMENTO ALLA PERCEZIONE DELL'UTENZA

## La normativa nazionale in tema di qualità

Negli ultimi venti anni si è susseguita una serie considerevole di direttive e decreti aventi quale oggetto il tema della qualità dei servizi e degli strumenti per la valutazione della stessa.

1. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici";
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi";
4. Decreto Legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art.11 "Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi";
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini";
6. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione per una pubblica amministrazione di qualità del 19 dicembre 2006.

Già con la prima direttiva del 1994, venivano introdotti con riferimento ai servizi pubblici, i principi cui deve essere uniformata progressivamente l'erogazione dei servizi pubblici individuandoli in : **eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione e efficienza ed efficacia**. Figurano inoltre in questa direttiva i concetti di standard di qualità e quantità delle prestazioni rese dai soggetti erogatori, la valutazione della qualità dei servizi, tra cui la valutazione da parte degli utenti .

La Direttiva dell'Ottobre del 1994, che definisce i principi per l'istituzione degli uffici per le relazioni con il pubblico (URP), attribuisce agli stessi, tra le altre cose, il compito di "rilevare sistematicamente i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati".

Con il DPCM del maggio 1995, il legislatore provvede ad emanare uno schema generale di riferimento per le carte dei servizi sanitari, intese quali strumenti di tutela del cittadino-utente, in conformità con i principi dettati dalle precedenti due direttive. E' il decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999 che al Capo III "Qualità dei servizi pubblici e carte dei servizi", art.11 "Qualità dei servizi pubblici" estende ai servizi pubblici nazionali e locali gli strumenti di tutela dei cittadini e gli utenti quali le carte dei servizi e gli standard di qualità.

Occorre attendere il 2004, quando con la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini", viene fatto il punto in merito alla rilevazione della qualità percepita da parte dei cittadini (indagine di customer satisfaction), allo scopo di promuovere metodi di rilevazione sistematica della stessa, la pianificazione dei conseguenti interventi di miglioramento sui servizi valutati, lo sviluppo all'interno delle singole amministrazioni della cultura della misurazione e del miglioramento continui, nonché la creazione delle specifiche competenze professionali necessarie a progettare e gestire le indagini sulla qualità percepita.

La spinta normativa ha poi subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il decreto infatti, che pone al centro il tema della valutazione delle performance organizzativa e individuale (valutazione dei dirigenti e del personale), nell'introdurre un livello valutativo inerente tutta l'organizzazione, richiama esplicitamente la centralità del tema della valutazione della qualità dei servizi, Assurgendola a vero e proprio parametro di valutazione.

Succedono al decreto, da parte della Civit, in particolare per quanto riguarda il tema della qualità , la delibera n.88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità ( articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198)", la Delibera n. 3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici ( standard di qualità), le quali definiscono l'impostazione metodologica da seguire per la valutazione della performance organizzativa.

Tra il 2012 e il 2013 le norme in tema di anticorruzione e trasparenza riprendono, anche da altri punti di vista, il tema della qualità prevedendo, in particolar modo il decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle "pubbliche amministrazioni" , l'obbligo di pubblicazione della Carta dei servizi contenente gli standard di qualità.

### **La normativa nazionale nel settore sanitario.**

Nel settore della sanità , con riferimento agli ultimi 20 anni , il settore della qualità è stato al centro di numerosi provvedimenti normativi tenuto conto anche della delicatezza dei servizi sanitari e dell'impatto che hanno sull'utente. A porre le basi sul tema della qualità ed in particolar modo sugli aspetti della qualità percepita quali, la personalizzazione, l'umanizzazione ,l'informazione ecc. è senza dubbio il **Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502** e sue successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria).

Il D. L.vo n.502/92 dedica un intero articolo 14, ai temi della qualità in rapporto con il cittadino ; in particolare:

- prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della 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;
- pone a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;
- impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti, sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità.

Successivamente con **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995** , in applicazione del DPCM 27 Gennaio 1994 " Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", viene approvato uno Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari che ricomprende quanto previsto dalla normativa precedente sopra indicata : informazione sui servizi erogati e modalità di accesso, standard di qualità e impegni, tutela del cittadino e forme di partecipazione al miglioramento dei servizi; più in particolare lo schema di riferimento proposto prevede alla sezione terza l'indicazione degli standard di qualità , gli impegni e i programmi volti al miglioramento della qualità del servizio.

L'anno successivo, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 14 del Decreto Legislativo n. 502/92, viene emanato il **Decreto del Ministero della Sanità 15 Ottobre 1996** , con il quale vengono approvati gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio

riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Di seguito riportiamo una tavola riassuntiva degli indicatori suddivisi per area assistenziale.

	Ass. Collett. Amb. Vita e lavoro	Ass. Sanitaria di base	Ass. Special. Semires e territ	Assistenza Ospedaliera	Assist. Sanit. residenz.	Aspetti generali
<b>Personalizzazione/ Umanizzazione</b>		<b>6</b>	<b>5</b>	<b>86</b>	<b>4</b>	
<b>Diritto all'informazione</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Prestazioni alberghiere</b>			<b>1</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	
<b>Aspetti della prevenzione</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>
<b>Totale generale = 79</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>5</b>

Il **DM 12.12.2001** per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, prevede un set di indicatori fra i quali tre per la verifica di qualità del processo :

- percentuale di segnalazioni e/o reclami relativi ai tempi di attesa;
- percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta;
- percentuale di UU.OO. di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

Da quanto sopra emerge che nel settore della sanità già prima del D. L.vo n.150/2009 il tema della qualità e degli strumenti per monitorarla ( Standard e impegni) , era stato già sufficientemente sviluppato , fornendo quindi una serie di indicazioni alle quali le aziende Sanitarie possono fare riferimento .

## La normativa regionale e il contesto ASP di riferimento.

La Basilicata nelle leggi regionali del settore sanitario riprende quanto previsto dalla normativa nazionale , prevedendo gli strumenti volti al controllo di qualità e a garantire la partecipazione e tutela degli utenti nei servizi sanitari.

Più in particolare la **Legge Regionale 31 Ottobre 2001, n.39 "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale "** prevede :

- all'art. 45 Controlli di qualità fra gli indicatori da utilizzare anche quelli " del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti";
- all'art.46 punto 4 . Le Aziende Sanitarie approvano e aggiornano al Carta dei Servizi e adottano il regolamento di pubblica tutela.....  
La carta dei Servizi definisce gli impegni e prevede gli standard generali e specifici cui i servizi devono attenersi".

Successivamente la Basilicata con DGR n. 2753 del 2005 approva il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e nella macroarea **Diritto del paziente** prevede otto elementi da tenere in considerazione:

**Carta dei Servizi, Accesso, informazione, Consenso, Reclamo, Privacy, Comfort e Ascolto.**

Per quanto riguarda il contesto della nostra ASP possiamo dire che il tema della qualità è stato sempre centrale all'interno dei principi ispiratori e della pratica dei servizi sanitari; con riferimento specifico poi alla qualità dal punto di vista del cittadino , l'ASP dagli anni della sua istituzione (2009) ha provveduto a:

- a pubblicare la prima **Edizione della Carta dei Servizi (Anno 2011)** con una Terza Sezione dedicata agli impegni e standard nei settori : *tempestività e altri fattori legati al tempo, semplicità delle procedure di accesso e amministrative, comunicazione e informazione ,aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie, aspetti legati alle strutture fisiche ed alla logistica, aspetti legati alla personalizzazione e all'umanizzazione del trattamento sanitario, aspetti alberghieri e comfort, tutela ascolto e verifica;*
- ad approvare il **Regolamento di Pubblica Tutela (Anno 2010)** al fine di garantire la tutela del cittadino nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni sanitarie garantite dalla ASP con pubblicazione sul Sito aziendale del Report annuale sull'andamento dei reclami;
- a programmare e svolgere annualmente in un servizio della ASP una **Indagine sulla soddisfazione degli utenti** con pubblicazione sul Sito Aziendale, rientrando anche negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a predisporre e pubblicare annualmente sul Sito Aziendale il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione , rientrando anche questo negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a sottoscrivere **protocolli di intesa** con le Associazioni di volontariato e di tutela maggiormente rappresentative ( Anno 2016 – Protocollo d'intesa fra ASP e Cittadinanzattiva-TDM).

### **Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP .**

Di seguito si riporta l'elenco degli standard di qualità che è lo stesso già allegato al Piano della Performance 2016-2018 e che è stato inserito all'interno della Carta dei Servizi Edizione 2018.

Precisiamo che gli standard di qualità riguardano gli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e pertanto vengono esclusi gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

*Che cosa sono gli standard di qualità.*

Gli standard di qualità sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario. Per questo devono essere dichiarati pubblicamente all'interno della **Carta dei Servizi**, in modo da essere conosciuti dall'utente e devono essere formulati in modo comprensibile.

Di seguito si riporta un prospetto per spiegare la tabella riepilogativa degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini ,così come in appresso specificati:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*

VOCE TABELLA	DEFINIZIONE/SPIEGAZIONE
Obiettivo di Qualità/Impegno	Descrive l'obiettivo di qualità/impegno assunto dall'Azienda su quella particolare area o dimensione (aspetti relazionali, umanizzazione, informazione , ecc.)
Indicatore	E' la misura di riferimento , qualitativa o quantitativa, che consente di valutare l'esito sullo specifico Obiettivo di qualità/impegno , assunto dall'Azienda.
Standard	Lo standard è il valore atteso per l'indicatore , da intendersi come l'obiettivo cui tende l'Azienda . Lo standard può essere quantitativo( espresso con un numero o una %) o qualitativo (espresso con un impegno o programma aziendale)
Strumenti di verifica	E' la modalità utilizzata per valutare l'attuazione dell'obbiettivo di qualità/impegno assunto
Struttura tenuta alla verifica	Struttura a cui compete la verifica dello standard

## ASPETTI RELAZIONALI

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	N. personale dotato del cartellino di riconoscimento /N. totale del personale	100% del personale	Verifiche mediante controlli periodici  Monitoraggio delle segnalazioni/Reclami	Direttori Distretti della Salute, Dipartimenti (Salute Umana, Salute Animale, Salute Mentale, Post-Acuzie)  URP/Comunicazione
2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi	N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami  Corsi di formazione sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Decremento % reclami sugli aspetti relazionali  Almeno 1 iniziativa di formazione all'anno sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Monitoraggio segnalazioni/Reclami  Monitoraggio iniziative di formazione	URP/Comunicazione  Formazione e aggiornamento

**UMANIZZAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA**

<b>OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>STRUMENTI DI VERIFICA</b>	<b>STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA</b>
3. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza	Procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore sia in ambito residenziale che nei servizi territoriali.	Presenza documenti informativi ai pazienti sulla terapia palliativa e del dolore, sia in ambito residenziale che territoriale	Monitoraggio procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore.	Direttori /Responsabili delle UU.OO. interessate/ Dipartimento post-Acuzie/Direzione Distretti UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative
	Corsi di formazione sulla terapia del dolore e cure palliative e umanizzazione del fine vita	Almeno 1 Corso di formazione all'anno sulla terapia del dolore e palliative e umanizzazione del fine vita	Monitoraggio iniziative formative	Formazione e aggiornamento
	N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative necessarie in ambito residenziale	100% dei pazienti	Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica	Direttori /Responsabili delle UU.OO. interessate/ Dipartimento post-Acuzie/Direzione Distretti
	N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative richieste nel	100% dei pazienti	Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica	UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative

	Servizio ADI			
4. Garantire quanto necessario per l'umanizzazione e per il rispetto della privacy nel momento della morte	<p>Procedura che garantisca il rispetto della persona e chi gli è vicino negli ultimi momenti della vita;</p> <p>Procedura di presa in carico della salma;</p> <p>Presenza stanza dedicata al commiato;</p>	<p>Presenza procedura in tutti i Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)/Hospice</p> <p>Presenza procedura in tutti i POD /Hospice</p> <p>Esistenza stanza in tutti i POD</p>	Monitoraggio delle procedure e delle strutture	Direzioni Distretti della Salute/Responsabili Sanitari dei POD
5. Garantire a pazienti fragili o con bisogni complessi, la continuità assistenziale attraverso protocolli di dimissione protetta, tra ASP e AO San Carlo, che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali	Esistenza di Protocolli di dimissione protetta concordati con i servizi territoriali (ADI, RSA, Lungodegenze , ecc.)	Esistenza di Protocolli di dimissione protetta nel 100% dei PP.OO.	Monitoraggio delle procedure e modalità applicativa	Direzione Distretti della Salute, Dipartimento post-acuzie, UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative
6. Garantire, al momento della dimissione, la consegna ad ogni utente ricoverato nei POD della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	N. dimissioni con relazione sanitaria/ su numero delle dimissioni	100% delle dimissioni	Monitoraggio cartelle cliniche	Direzione dei Distretti , Responsabili Sanitari dei POD, Dipartimento post-acuzie.

## INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
7. Garantire una piena e costante informazione ai cittadini sui servizi sanitari e sulle modalità per l'accesso	a) Esistenza di URP e numero telefonico dedicato all'informazione  b) Presenza Sito Aziendale con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni	a) presenza di URP e numero telefonico  b) presenza Sito Aziendale contenente informazioni sempre aggiornate	Monitoraggio attività informativa URP  Monitoraggio richieste per aggiornamento Sito	URP Comunicazione  Sito Aziendale
8. Garantire al paziente all'atto del ricovero nei POD una completa informazione sul presidio e sul reparto di ricovero	a) Presenza di opuscolo informativo sul POD completo di foglio di accoglienza di reparto riportante le notizie utili al paziente; b) Presenza di manifesti affissi in reparto riportante informazioni su: nominativi del personale, orario di ricevimento dei medici, orario di visita in reparto, norme per i visitatori.	a) Distribuzione del 100% dei ricoverati dell'opuscolo informativo/foglio di accoglienza b) Presenza manifesti affissi in tutti reparti.	Monitoraggio periodico nei reparti.	Direzioni Distretti della Salute, Responsabili Sanitari dei POD, Dipartimento Post-Acuzie
9. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie e per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso	Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente	Consegna della modulistica al 100% dei pazienti interessati con le modalità previste dalla procedura	Monitoraggio cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali	Direzione Distretti della Salute, Dipartimento Post-Acuzie

10. Garantire l'informazione agli utenti sull'orario dell'attività ambulatoriale della medicina generale e sulle forme di medicina associativa	a) Presenza all'ingresso degli studi dei medici di un cartello indicante l'orario di apertura	Affissione sul 100% degli studi, dell'orario di apertura ambulatoriale	Verifica a campione	UOC Cure Primarie
	b) Presenza presso gli studi di un cartello indicante i nominativi dei medici associati e numero di telefono	Affissione del cartello sul 100% degli studi interessati	Verifica a campione	UOC Cure Primarie

#### TEMPI E ACCESSIBILITA'

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
11. Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto, il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali su base aziendale (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni strumentali)	N. prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto assicurate nei tempi massimi previsti/N. totale prime visite richieste/prenotate.	90% sia su prestazioni specialistiche che diagnostiche	Sistema di monitoraggio tempi di attesa	Responsabile monitoraggio tempi di attesa
12. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max, salvo particolari esami	N. referti consegnati entro 5 giorni/N. totale referti consegnati escluso tipologie particolari	100% referti consegnati entro 5 giorni	Monitoraggio tempi di risposta dei referti di diagnostica di laboratorio e del Servizio di Radiologia dei POD	Direttori UOC Radiologia e Laboratorio Analisi
13. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche	Esistenza di un CUP che assicuri le prenotazioni telefoniche su tutta l'ASP, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche.	Presenza di un CUP per prenotare telefonicamente tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche.	Monitoraggio delle prenotazioni telefoniche CUP	Direzioni Distretti della Salute

14.Garantire pubblicità sulle modalità e i tempi di consegna copia della cartella clinica per i pazienti ricoverati nei POD (max 10 giorni)	a) Informazioni riportate su opuscoli accoglienza del Presidio e sul Sito Aziendale b) N. copie cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni dalla richiesta / N. totale richieste	a) Consegna opuscolo informativo al 100 % dei ricoveri e presenza scheda informativa sul Sito b) 100% delle richieste da evadere entro 10 giorni	a) Verifica informazioni riportate su fogli accoglienza e sito web b) Monitoraggio tempi di consegna	Direzione Distretti della Salute / Responsabili Sanitari dei POD.
15.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale nelle Cure Domiciliari di I,II,III livello entro 5 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI
16.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale a pazienti in Cure Domiciliari Palliative entro 3 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI

#### STRUTTURA E LOGISTICA

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
17.Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile	Idonea segnaletica in tutte le strutture	Presenza di idonea segnaletica	Monitoraggio adeguamento e/o incremento segnaletica esterna e interna  Monitoraggio segnalazioni/reclami	Direzione Distretti della Salute  URP Comunicazione
18.Garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei portatori di handicap o cittadini fragili	Non presenza nelle strutture sanitarie di barriere architettoniche	100% delle strutture	Monitoraggio periodico	Direzione Distretti della Salute

### ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
19.Garantire la facilitazione di procedure amministrative/sanitarie complesse	a) Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse;  b) Possibilità di scaricare la modulistica dal Sito Aziendale	Predisposizione di fogli informativi su n. __2__ procedure ad es. : richiesta per protesica, attivazione ADI, ecc.	Verifiche periodiche	UOC Assistenza Primaria UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI

### TUTELA, ASCOLTO E VERIFICA

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
20.Garantire la tutela dei cittadini attraverso una procedura per la gestione dei reclami , che assicuri la risposta in un tempo non superiore a 30/45 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità	Esistenza di procedura per la gestione dei reclami	Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura e pubblicazione Report sul Sito Aziendale	Report annuale classificazione e analisi dei reclami con monitoraggio tempi di risposta ed esiti.	URP Comunicazione
21. Effettuare nei servizi sanitari la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti	Effettuazione di una indagine sulla qualità percepita dagli utenti su un servizio scelto annualmente	Almeno una indagine all'anno con pubblicazione del Report sul Sito Aziendale	Report finale indagine pubblicato sul Sito Aziendale	URP Comunicazione
22.Mettere a disposizione delle	Spazi dedicati per	Presenza di spazi	Monitoraggio periodico	Direzioni Distretti della

Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità spazi dedicati per attività di accoglienza e informazione	Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa	dedicati		Salute
--	--	----------	--	--------