




I N D I C E

1. PREMESSA.....	2
2. SCOPO	2
3. RIFERIMENTI.....	2
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
5. LISTA DI DISTRIBUZIONE	3
6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	3
7. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	3
8. RESPONSABILITA'	4
9. GENERALITA'	5
10. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER AL PERCORSO ASSISTENZIALE.....	5
10.1. CONTENIMENTO DEL TURN OVER DEL PERSONALE PRESSO IL DOMICILIO DEL PAZIENTE.	5
10.2. TUTELE ORGANIZZATIVE PER IL PERSONALE OPERANTE	6
10.3. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE, FAMILIARE E CAREGIVER NELLA DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA.	7
10.4. RIVALUTAZIONE PERIODICA DEL PIANO DI CURA CON LA CONDIVISIONE DEL PAZIENTE.	9
11. LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO.....	9
11.1. RILEVAZIONE.....	11
11.2. ANALISI DELLE RISULTANZE E COMPILAZIONE DEL REPORT	11
11.3. RECENSIONI DA FACE BOOK E GOOGLE	11
12. MONITORAGGI.....	12
13. ALLEGATI	12

REV.	REDATTA DA URP		VERIFICATA DA RQ		APPROVATA DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	18.09.2017	//	18.09.2017	//	18.09.2017	//
01	11.03.2022	//	11.03.2022	//	11.03.2022	//
02	15.02.2023	//	16.02.2022	//	19.02.2023	//
03	09.05.2023	//	09.05.2023	//	09.05.2023	//

04	10/05/2023	//	10/05/2023	//	10/05/2023	//
05	30/05/2023		30/05/2023		30/05/2023	

1. PREMESSA

Il Consorzio è consapevole della necessità di conferire al paziente un ruolo di protagonista attivo del processo di cura e della sua valutazione, non un semplice destinatario di prestazioni, pertanto lo stesso è adeguatamente informato su tutto il processo trattamentale, sulle eventuali soluzioni per il raggiungimento della guarigione o del rallentamento dei processi di decadimento fisico e psichico, sulle risorse del servizio e della stessa comunità che possono essere attivate nell'ambito del progetto assistenziale personalizzato. A tal proposito Sisifo ha ritenuto indispensabile definire una strategia idonea a garantire un flusso costante di informazioni dal servizio ADI all'utenza individuando strumenti precisi in rispondenza di ogni fase operativa del processo trattamentale, dalla pianificazione delle prestazioni settimanali alla presa in carico del PAI, e da questa alle dimissioni. Tutti questi contenuti, registrati in cartella clinica, sono costantemente discussi col paziente al fine di garantirgli la possibilità di valutare in prima persona gli esiti di percorso.

2. SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di definire le responsabilità e le attività da svolgere per la sistematica rilevazione del grado di soddisfazione espresso dai pazienti assistiti e dai componenti del nucleo familiare in merito ai servizi erogati da SISIFO.

Inoltre lo scopo è anche quello di delineare tutti gli ambiti di partecipazione del paziente al suo percorso di cura.

3. RIFERIMENTI

- PR.POQ.6.2-01 - *Pianificazione ed obiettivi della qualità*
- PR.RCO.8.2-01 - *Gestione dei rapporti con le parti interessate*
- Norma ISO 9001:2015 par. 9.1

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

I contenuti della presente procedura sono riferiti alle attività da pianificare e da svolgere per rilevare correttamente il livello di qualità percepita da pazienti e familiari in merito alla organizzazione ed erogazione delle prestazioni da parte della SISIFO i termini di implementazione della partecipazione del paziente e dei famigliari al percorso di cura.

5. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo

6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.gid.7.1 *Gestione delle informazioni documentate*.

Le modalità di comunicazione tra le diverse funzioni aziendali ed all'interno della stessa funzione, regolate da procedure ed istruzioni specifiche del Sistema di Gestione per la Qualità, sono definite all'interno delle procedure stesse.

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

7. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

8. RESPONSABILITA'

Il Responsabile della vigilanza sulla corretta attuazione della procedura è il Responsabile dell'URP.

La responsabilità dell'attuazione è in capo alle seguenti figure e profili:

<i>Funzioni aziendali</i>	<i>Responsabilità</i>
Presidente	Approvazione azioni correttive proposte in caso di esiti negativi dell'indagine per la rilevazione della customer
Direttore Sanitario	Collaborazione col RQ nella verifica del mantenimento del possesso dei requisiti di gradimento e di partecipazione al servizio dei pazienti e dei famigliari Gestione dei rapporti con paziente Gestione dei rapporti con caregiver
Direttore Operativo	Collaborazione con RQ nella verifica dell'efficacia in caso di azioni correttive in esito ad esiti negativi della customer Provvedimenti nei confronti degli operatori in caso di disallineamento
Responsabili del Coordinamento Sanitario	Definizione dei requisiti per l'assistenza a pazienti e familiari Pianificazione ed attuazione degli interventi domiciliari Riscontro immediato a segnalazioni di non gradimento del servizio
Responsabile Qualità	Analizza gli esiti delle indagini di Customer Propone azioni di miglioramento
Responsabile URP	Rilevazione della customer satisfaction e redazione dei report Gestione dei reclami
Assistente sociale ed Operatore prevalente	Consegna e ritiro dal domicilio del questionario di rilevazione della customer

9. GENERALITA'

La sistematica rilevazione del livello di soddisfazione e dei motivi di insoddisfazione dei pazienti e dei familiari che hanno usufruito dei servizi offerti dalla SISIFO costituisce un importante input per il miglioramento continuo delle prestazioni.

Gli obiettivi strategici che l'Associazione intende perseguire ed i valori ai quali si ispira sono chiaramente illustrati nel documento "Politica della qualità", allegato alla procedura PR.POQ.6.2-01 *Pianificazione ed obiettivi della qualità* e portato a conoscenza di tutto il personale dipendente e dei Collaboratori.

Tutto il Personale legato all'Associazione da rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione deve, quindi, assicurare il conseguimento del massimo livello di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari. Al paragrafo seguente sono indicate le responsabilità e le modalità di espletamento delle attività connesse con la rilevazione e l'analisi dei dati.

10. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER AL PERCORSO ASSISTENZIALE

10.1. CONTENIMENTO DEL TURN OVER DEL PERSONALE PRESSO IL DOMICILIO DEL PAZIENTE.

Dalla letteratura il **turn-over** è inteso come il ricambio, anche in seguito a nuove assunzioni, del personale che ha cessato il rapporto di lavoro generalmente considerato nell'arco di un anno. Le cause che portano ad alti tassi di turnover, risultano essere concentrate nei primi 8 mesi di assunzione, per via di una selezione inefficace o di un inserimento non sufficientemente curato, oppure tra il terzo ed il quarto anno di anzianità di servizio, come conseguenza del burn-out insorto per alcuni motivi razionali quali la mancanza di una prospettiva di evoluzione professionale, ma soprattutto per lo stress generato da un insufficiente ascolto o da una "fatica" nel rapportarsi con gli utenti e l'ambiente lavorativo. Il **burn-out** è un fenomeno multidimensionale che agisce come una sorta di risposta allo stress e determina esaurimento delle risorse fisiche, emozionali e psichiche; un rapporto alienante con l'utente e quindi riduzione dell'efficacia della prestazione; una bassa produttività lavorativa che può provocare l'assenteismo sino ad arrivare alle dimissioni che, appunto, incrementano il turn-over naturale di un servizio.

Mettere in atto strategie di contenimento rientra nel processo di qualità volto a garantire al servizio erogato una continuità assistenziale fondamentale per una buona gestione del servizio. La garanzia della stabilità di un'équipe di lavoro trova la propria sostanza nella capacità di individuare strumenti di valorizzazione del personale attraverso parametri sia economici sia di valorizzazione professionale e attenzione alla costante qualificazione. In conseguenza di quanto sopra premesso si propone un progetto di gestione del personale che pone particolare attenzione a due fasi:

1. **selezione e inserimento**, quale prevenzione della "crisi da rigetto", intesa come il turnover che si può verificare dopo pochi mesi di assunzione per aver "bruciato" una nuova risorsa;
2. **prevenzione della sindrome del burn-out**, tipica delle professioni di aiuto.

Attenzioni nella fase d'inserimento nel servizio

- ✓ **attenzione al percorso di selezione** → specifica procedura da sistema qualità che regola il processo e ne individua responsabilità e tempi e che è strumento a supporto dello staff di coordinamento nell'individuare la figura professionale più idonea;
- ✓ **tutoraggio dei neo assunti** per almeno 3 giorni con affiancamento di operatore senior;
- ✓ **supporto al singolo operatore da parte del Coordinatore di Centrale** → presentazione dell'organizzazione, delle procedure interne generali e della modulistica qualità specifica per la tipologia di servizio a supporto del suo lavoro operativo.

Attenzioni al lato professionale per valorizzare e potenziare la professionalità degli operatori:

- ✓ **coinvolgimento nella definizione del servizio** in collaborazione con lo staff di coordinamento per quanto di propria competenza;
- ✓ **riunioni di équipe con cadenza programmata**;
- ✓ **formazione e supervisione garantita** → percorso di supervisione relazionale;
- ✓ **rilevazione della soddisfazione del personale** → attraverso le attività condotte applicando procedure previste dal sistema ISO 9001:2015;
- ✓ **valutazione annuale dell'operatore**.

10.2. TUTELE ORGANIZZATIVE PER IL PERSONALE OPERANTE

La tutela organizzativa del personale si sostanzia nei seguenti elementi:

1. chiarezza dei ruoli e dei compiti assegnati ad ogni operatore, in base alla mansione e al ruolo rivestito → consegna di vademecum, mansionari, ecc.;
2. istruzioni operative per l'inserimento di personale, passaggio di consegne;
3. consegna del "pacchetto assunzione" agli operatori, contenente le informazioni necessarie rispetto ai propri diritti e doveri di socio o dipendente, alla strutturazione della cooperativa e dei sistemi di tutela del lavoro relativi alla responsabilità sociale d'impresa, all'informativa rispetto alle procedure di sicurezza, ecc.;
4. chiarezza rispetto alle procedure di erogazione del servizio, alla gestione dei flussi informativi e al sistema di monitoraggio e verifica in uso;
5. equità delle turnazioni assegnate;
6. numero appropriato di operatori nell'organico → sistema di garanzia di copertura delle assenze tali da non gravare sugli operatori anche grazie alla redazione di piano ferie semestrale;
7. dotazione a ciascun operatore di un device, da utilizzarsi nell'ambito della propria attività lavorativa per comunicazioni di servizio, reperibilità ecc;

8. predisposizione di orari di lavoro che tengano conto delle necessità dell'operatore oltre che del servizio, garantendo l'opportuna flessibilità nel rispetto delle esigenze di conciliazione;
9. Impiego preferenziale di operatori residenti nel territorio, per ottimizzare gli spostamenti;
10. Formazione continua del personale i cui fabbisogni formativi saranno reconsiderati con cadenza semestrale;
11. Sportello interno di ascolto, nei termini della disponibilità del coordinatore a colloqui individuali, anche affiancato da uno psicologo, quando necessario.
12. Correttezza degli aspetti retributivi.
13. Piano di Welfare aziendale.

10.3. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE, FAMILIARE E CAREGIVER NELLA DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA.

Il percorso assistenziale si caratterizza per la definizione di fasi operative nell'ambito della quali si conferisce centralità all'utente attraverso il suo coinvolgimento attivo.

Nell'esecuzione di un PAI l'addetto alla centrale procederà, contattare l'utente e/o caregiver per informare dell'avvio del servizio di assistenza domiciliare ed effettuerà la verifica dei dati anagrafici e le necessità dell'assistito. Durante il contatto telefonico viene concordato il giorno e l'orario d'inizio dell'intervento, coerentemente a quanto previsto dal PAI e tenendo in debito conto le esigenze dell'utente.

Si procede in tal modo alla definizione della "Tabella di marcia" complessiva delle attività programmate ponendo particolare attenzione ad evitare la sovrapposizione delle diverse figure professionali che devono effettuare la prestazione a domicilio del paziente. L'addetto di centrale dedicherà particolare cura nel descrivere il servizio da erogare, la tipologia di intervento anche da un punto di vista organizzativo, nel presentare l'operatore principale e il secondo operatore individuato e si dimostrerà attento e disponibile nel rispondere alle ulteriori domande e richieste di chiarimenti richiesti dall'utenza coinvolgendo attivamente sia il paziente che il caregiver nel percorso di assistenza.

A seguito dell'acquisizione dei dati, verrà compilata la **Scheda di avvenuta presa in carico** indicando la data, nome, cognome e qualifica degli operatori assegnati e tutte le eventuali ulteriori informazioni richieste dall'ASP.

Al fine di conseguire una maggiore efficacia degli interventi di assistenza domiciliare ed un maggior beneficio per l'assistito vengono realizzate una serie di interventi di formazione- educazione nei confronti dell'assistito e dei suoi familiari. Tra queste rivestono sicuramente un'importanza rilevante la cd. "Educazione sanitaria" ossia la conoscenza delle procedure di addestramento del paziente e dei familiari nello svolgimento di alcune pratiche quotidiane di carattere più generale.

Tra questi interventi formativi-educativi elenchiamo n.7 azioni più ricorrenti:

- Azione formativa 1 - la somministrazione della terapia insulinica;
- Azione formativa 2 - la somministrazione della terapia sottocutanea;
- Azione formativa 3 - la somministrazione della terapia orale;
- Azione formativa 4 - la gestione delle ileo - colon stomie;
- Azione formativa 5 - la bronco aspirazione nel paziente tracheostomizzato;
- Azione formativa 6 - stacco della terapia infusioneale;
- Azione formativa 7 - cambio del sacchetto raccolta urine;

La formazione sarà integrata da azioni di tutoring un po' più complesse e che richiedono maggior intensità di supporto all'assistito/famiglia/caregiver e nello specifico:

- Azione 8 - Formazione nei casi di alimentazione dei pazienti con piaghe da decubito;
- Azione 9 - Formazione su alimentazione dei pazienti con patologie neuro-degenerative;
- Azione 10 - Formazione sull'alimentazione del paziente oncologico
- Azione 11 - Formazione sulla ventilazione domiciliare (VDM)
- Azione 12 - Formazione sul servizio di ossigenoterapia domiciliare (O.L.T.)
- Azione 13 - Formazione sul servizio di ventiloterapia domiciliare (V.M.D.)
- Azione 14 - Formazione sulla nutrizione artificiale (NAD)
- Azione 15 - Formazione su servizio di nutrizione enterale e parenterale domiciliare

Gli operatori sanitari addestreranno il paziente e/o i familiari/cargiver nella effettuazione di alcune procedure tecniche per la gestione della NAD:

- Medicazione della PEG
- Preparazione e somministrazione della miscela nutriente
- Somministrazione farmaci per OS tramite PEG o SNG
- Attivazione e Disattivazione della pompa nutrizionale
- Gestione degli allarmi della pompa nutrizionale

Gli operatori sanitari addestreranno il paziente e/o i familiari/cargiver nella effettuazione di alcune procedure tecniche per la gestione della NPT:

- Somministrazione farmaci tramite CVC
- Attivazione e disattivazione della pompa Infusioneale

- Gestione degli allarmi della pompa Infusionale
- Conservazione delle sacche e dei preparati da somministrare tramite CVC
- Educazione socio-sanitaria

10.4. RIVALUTAZIONE PERIODICA DEL PIANO DI CURA CON LA CONDIVISIONE DEL PAZIENTE.

• Valutazione in itinere

Dopo i primi due/tre interventi effettuati l'operatore sanitario avrà cura di relazionare al Coordinatore sull'andamento del servizio, sugli obiettivi e sulle modalità di svolgimento; farà presente il proprio punto di vista e le proprie riflessioni utili ad una completa conoscenza del contesto di riferimento del paziente. Formalizzerà ogni dato significativo nel Dossier ADI del paziente.

Nel caso emergano dei problemi nel corso degli accessi, l'operatore informa tempestivamente il Coordinatore che provvede ad informare il MMG/PLS dell'assistito e le UVM Distrettuali e a mettere in atto le possibili azioni correttive e di miglioramento attraverso l'apposita "**Scheda di Valutazione**".

• Valutazione delle necessità di proroga o modifica

E' di competenza dell'UVM la predisposizione del PAI nonché la decisione in merito alla modifica o alla proroga di piani assistenziali già in atto.

La proroga verrà richiesta dal MMG/PLS entro 7 giorni prima della scadenza del PAI in quanto il paziente ha ancora necessità che il Piano di Cura debba essere ancora continuato perché non sono stati raggiunti tutti gli obiettivi.

Il Consorzio, in linea generale, ritiene che le modifiche si possano rendere necessarie a causa del cambio nelle condizioni dell'utente (ad esempio per insorgenza di nuovi stati patologici, modifica delle condizioni di vita dell'utente dovute a motivi familiari e simili, miglioramento delle condizioni cliniche, etc.) o a causa dell'inefficacia dell'intervento di assistenza domiciliare. Nel caso in cui l'operatore sanitario ravvisi eventuali modifiche delle condizioni clinico-assistenziali procede ad informare il Coordinatore che a sua volta si relazionerà con il MMG/PL e dopo una propria valutazione stabilirà se inoltrare all'UVM richiesta di variazione tramite l'apposita "Scheda di Valutazione" archiviandola nel "Dossier ADI".

11. LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO

La valutazione del servizio avviene tramite:

- **Gli strumenti di rilevamento della soddisfazione del paziente e dei suoi familiari come opportunità di valutazione del servizio da parte dell'utenza/famiglia**

La rilevazione della «customer satisfaction» degli utenti e dei loro familiari va ad affiancarsi al sistema di valutazione ad indicatori oggettivi di qualità e costituisce un elemento aggiuntivo

utile per ottenere indicazioni operative di miglioramento dei servizi sul versante della soddisfazione dell'utenza e della gestione del rapporto servizio - utenti - famiglie.

La soddisfazione dei beneficiari (o più in generale il loro parere) è una componente importantissima, spesso fondamentale della valutazione, tuttavia deve restare una delle componenti, valida proprio se inserita in un più vasto contesto basato anche su altre informazioni (input). La restituzione dei dati raccolti tramite il questionario, unitamente agli elementi emersi dall'utilizzo degli altri strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione degli Utenti, potrà essere oggetto di condivisione ed analisi nel corso di incontri territoriali convocati d'intesa con gli organismi competenti.

- **Uno strumento di rilevazione della qualità percepita: il questionario di soddisfazione**

Il lavoro di misurazione della qualità costituisce una modalità operativa oramai consolidata nei servizi alla persona realizzati dal Consorzio. Al fine di avere un dimensionamento della qualità percepita dall'utente direttamente o da un suo familiare si prevede l'utilizzo di un "Questionario di soddisfazione" che rilevi la percezione del cliente/utente tesa a fornire dimensioni misurabili di taluni aspetti significativi del servizio.

La somministrazione di un questionario di Customer Satisfaction previsto dal Sistema di gestione per la Qualità e conforme ad UNI EN ISO 9001 è quindi funzionale allo studio e alla analisi del gradimento del servizio da parte degli utenti. Lo stesso può sondare sia gli aspetti tecnici di assistenza che le procedure attivate, nonché gli aspetti relazionali. Oltre alla dettagliata analisi delle risposte fornite nella scheda della qualità percepita, è definito un procedimento di calcolo che si avvale di apposito foglio elettronico in grado di quantificare e tradurre pertanto in valori numerici il livello di soddisfazione (attività di sgrezzatura ed analisi dei dati). Inoltre il sistema operativo informatico adottato per il monitoraggio delle prestazioni domiciliari prevederà anche apposita schermata con possibilità di rilevazione anonima del grado di soddisfazione del servizio.

- **La valutazione delle criticità da parte del paziente/famiglia: Il modulo per la registrazione e gestione dei reclami**

E' uno strumento significativo per valutare continuamente il funzionamento dei vari stadi del Servizio ed individuarne le opportunità di miglioramento.

Al fine di valutare continuamente il funzionamento dei vari stadi del Servizio ed individuarne le opportunità di miglioramento, occorre che ogni attore del Servizio stesso identifichi e segnali le eventuali difformità prima che l'utente ne venga direttamente interessato.

Nel caso in cui si verifichi un evento che generi un reclamo da parte di Utenti (o familiari degli stessi) o dal Committente, il processo di gestione può riassumersi nelle seguenti fasi:

- ❖ raccolta del reclamo da parte di singoli Operatori, da parte del Responsabile Medico;
- ❖ istruttoria finalizzata alla conoscenza dei fatti;
- ❖ eventuale accertamento di Non Conformità;

- ❖ attivazione di specifiche azioni correttive per la soluzione del problema evidenziato;
- ❖ verifica del risultato raggiunto.

Di ciascuna di queste fasi, come delle azioni o dell'insieme delle azioni correttive e di miglioramento che sono state intraprese, è necessario che sia garantita in ogni momento la registrazione e la rintracciabilità formale.

11.1. RILEVAZIONE

Per la rilevazione del livello di soddisfazione e di eventuali motivi di insoddisfazione sarà utilizzato il modulo DR.RCS.01 *Questionario di rilevazione del livello di soddisfazione del paziente e dei familiari*, da sottoporre a compilazione da parte di un campione di pazienti.

Per assicurare significatività alle risultanze il campione sarà scelto in modo random tra i pazienti che usufruiscono delle prestazioni da almeno 2 settimane, ed in numero sufficiente a raggiungere almeno il 20% dei pazienti assistiti nel periodo di riferimento.

La rilevazione è compito dell'assistente sociale o dell'operatore prevalente che la effettuerà in occasione degli accessi programmati utilizzando il questionario DR.RCS.01 ed avendo cura di spiegare le finalità della rilevazione, di fornire assicurazioni sull'osservanza dell'anonimato, di prestare ogni possibile assistenza, evitando accuratamente di esercitare pressioni di qualunque tipo sui giudizi che il paziente o i suoi familiari sono chiamati ad esprimere.

I questionari compilati saranno consegnati al Responsabile Qualità per la redazione del report periodico.

11.2. ANALISI DELLE RISULTANZE E COMPILAZIONE DEL REPORT

A ricezione dei questionari compilati, il RQ procederà in collaborazione del Responsabile URP ad un loro primo esame in base al quale, nel caso di criticità di maggior rilievo emerse dalle risposte fornite dai pazienti, proporrà al Presidente l'attuazione immediata di azioni correttive.

Trimestralmente il Responsabile URP compilerà il report statistico DR.RCS.01 *Report della customer satisfaction* che sarà oggetto di analisi da parte del Responsabile Qualità; sulla base dell'andamento degli indicatori, il Responsabile Qualità potrà deliberare eventuali azioni di miglioramento.

11.3. RECENSIONI DA FACE BOOK E GOOGLE

SISIFO ha una pagina Face book ed una google place sui quali pazienti e familiari possono registrare le proprie recensioni.

Sarà cura dell'URP controllare quotidianamente le recensioni e, nel caso di recensioni particolarmente critiche, segnalarle al RQ ed al Presidente per eventuali provvedimenti immediati; in base ai contenuti della recensione potrà, inoltre, essere attivata la procedura di gestione dei reclami.

E' compito del Responsabile URP aggiungere al report i giudizi positivi o negativi corrispondenti alle recensioni del periodo di riferimento.

12. MONITORAGGI

DISTRIBUZIONE

- Indicatore di distribuzione del questionario:
 - rapporto tra n. di questionari distribuiti sul numero di questionari da distribuire:
 - obiettivo annuale è l'85%

REDEMPTION

- Indicatore di redemption del questionario:
 - rapporto tra n. di questionari distribuiti sul numero di questionari restituiti dall'utenza
 - obiettivo annuale è di almeno il 20%

SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA

• n° di questionari di customer satisfaction rientrati/n° di questionari consegnati	≥ 60%	≥ 60%
• % di risposte con giudizio positivo al questionario di customer satisfaction	≥ 80%	≥ 80%
• n° di ringraziamenti ricevuti	N.D.	N.D.
• temi gestione del reclamo: entro 1 settimana dalla segnalazione con evidenza di chiusura del reclamo	100%	100%

13. ALLEGATI

- DR.RCS.01 Questionario di rilevazione del livello di soddisfazione del paziente e dei familiari