

# CUSTOMER SATISFACTION 2024

## DATI DI SINTESI RELATIVI AL SISTEMA (attività 2024)

|  |   |           |  |
|--|---|-----------|--|
| <b>N°RICOVERI (ORDINARI E DS / DH)</b>   | <b>3.907</b> DI CUI 3.441 SSN [1.970 RO + 1.471 DS] e 466 privati (273 RO+193 DS)     |           |  |
| <b>N°INTERVENTI CHIRURGICI</b>   | <b>4.419</b> DI CUI 1.638 RO, 1.658 DAY SURGERY, 1.123 CHIR. AMBULATORIALE COMPLESSA. |           |  |
| <b>N° PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>  | <b>171.066</b> DI CUI 106.086 SSN E 64.980 PRIVATE                                    |           |  |
| <b>N°AUDIT INTERNI PIANIFICATI</b>   | <b>13</b>   |           |  |
| <b>N°AUDIT INTERNI ESEGUITI</b>  | <b>13</b>   |           |  |
| <b>N°RILIEVI RISCONTRATI =</b>   | NCM   | <b>0</b>  |  |
|  | NCm   | <b>1</b>  |  |
|  | RCC   | <b>31</b> |  |
| <b>N°EVENTI RILEVATI (INCIDENT REPORTING)</b>                                      | 10 DI CUI 9 CON NESSUN ESITO E 1 CON ESITO MINORE                                     |           |  |
| <b>N° AZIONI CORRETTIVE PIANIFICATE</b>  | <b>32</b>   |           |  |
| <b>N° AZIONI CORRETTIVE CONCLUSE</b>   | <b>24</b>   |           |  |
| <b>N° INDICATORI PIANIFICATI</b>   | <b>185</b>  |           |  |
| <b>N° INDICATORI VALORIZZATI</b>   | <b>185</b>  |           |  |
| <b>N° OBIETTIVI RAGGIUNTI</b>  | <b>175</b>  |           |  |
| <b>NCM=Non Conformità Maggiore. NCm=Non Conformità minore. RCC=Raccomandazione</b> |   |           |  |

Nel 2024 è proseguito il processo di raccolta, elaborazione ed analisi dei questionari di soddisfazione con lo scopo di rendere fruibili i dati per eventuali iniziative di miglioramento centrate sui bisogni espressi dall'Utenza; sono stati utilizzati questionari ad hoc per aree omogenee (dipartimento, unità operative, servizi diagnostici, specialistica ambulatoriale).

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Indicatore 1</b></p> <p>Raccolta presso l'Utenza del <b>questionario di soddisfazione evento ricovero</b></p> <p>Riferimenti Politica per la Qualità:<br/>Indicatore Alta Direzione:</p> <p>1. livello di partecipazione del Paziente;<br/>livello di interazione tra Paziente e Casa di Cura</p> <p>% raccolta dei questionari di soddisfazione del Paziente</p> <p><b>STD: ≥ 10% ricoveri</b></p> <p>Periodi analizzati:</p> <p>- da 01/02/2024 a 31/03/2024<br/>- da 01/09/2024 a 31/10/2024</p> | <p>I risultati della raccolta dati relativa alla customer satisfaction di reparti e servizi sono disponibili su modulistica dedicata disponibile presso l'Ufficio del RDQ.</p> <p>Nel bimestre febbraio-marzo sono stati raccolti <b>237</b> questionari su un totale di 775 degenze (<i>ordinarie-DaySurgery - Ambulatoriali</i>)</p> <p><i>In particolare:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>108</b> questionari nell'Area Degenze Chirurgiche U.O. <i>DaySurgery e CH Ambulatoriale complessa</i></li> <li><b>117</b> questionari nell'Area Degenze Chirurgiche U.O. <i>Ricoveri Ordinari 3° piano,</i></li> <li><b>12</b> questionari nell'Area Degenze di Medicina e Riabilitazione</li> </ol> <p><i>Risultato percentuale: 31%; Obiettivo 2024: ≥ 10%</i><br/><b>Obiettivo raggiunto</b></p> <p>Nel bimestre settembre-ottobre sono stati raccolti 143 questionari raccolti su un totale di 897 degenze (<i>ordinarie - DaySurgery - Ambulatoriali</i>)</p> <p><i>In particolare:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>56</b> questionari nell'Area Degenze Chirurgiche U.O. <i>DaySurgery e CH Ambulatoriale complessa</i></li> <li><b>70</b> questionari nell'Area Degenze Chirurgiche U.O. <i>Ricoveri Ordinari 3° piano</i></li> <li><b>17</b> questionari nell'Area Degenze di Medicina e Riabilitazione</li> </ol> <p><i>Risultato percentuale: 16%; Obiettivo 2024: ≥ 10%</i><br/><b>Obiettivo raggiunto</b></p> <p><i>E' stato inviato un report consuntivo commentato e comparato con le risultanze del 2018, 2019, 2023 e 2024 (non si sono inseriti gli anno 2020, 2021, 2022 in quanto la disposizione dei reparti in quel triennio aveva subito profonde riorganizzazioni a causa della Pandemia Covid) ai singoli Responsabili e Coordinatori per presa visione e identificazione di eventuali azioni correttive.</i></p> |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Indicatore 2</b></p> <p>Raccolta presso l'Utenza del <b>questionario di soddisfazione prestazioni ambulatoriali</b></p> <p>Riferimenti Politica per la Qualità:<br/>Indicatore Alta Direzione:</p> <p>1. livello di partecipazione del Paziente;<br/>livello di interazione tra Paziente e Casa di Cura</p> <p>% raccolta dei questionari di soddisfazione del Paziente</p> <p><b>STD</b> ≥ 0.02% delle prestazioni erogate</p> <p>Periodo analizzato:<br/>- da 01/01/2024 a 31/12/2024</p>  | <p><i>Sintesi dei risultati: nel corso del 2024 sono sempre stati resi disponibili dei questionari nei distributori presso le cassette di raccolta disposte in due punti (presso l'ambulatorio n. 7 al piano seminterrato e nella saletta di attesa della casetta "Via Salvi", e sono stati raccolti 38 questionari su un totale di accessi esterni rilevati nel medesimo periodo pari a 171.066.</i></p> <p><i>Risultato percentuale di adesione allo strumento 2024: 0.022%</i></p> <p><i>Obiettivo 2024: ≥ 0.02%</i></p> <p><i>Considerazioni: <b>Obiettivo raggiunto</b></i></p> |
| <p>Decisioni della Direzione Generale:</p> <p>a) poiché la misurazione della qualità percepita è uno standard di Accredimento in primis oltre che un requisito ISO è fondamentale porre sotto controllo il processo di somministrazione e raccolta dei questionari ambulatoriali in modo da assicurare dati affidabili e tracciabili, responsabilizzando i leader delle diverse "linee di offerta" che non potranno essere che i clinici e/o i responsabili di Servizio ove designati;</p> <p>b) visti i risultati sull'adesione allo strumento in area ambulatoriale, si decide di lasciare a disposizione sui dispenser già predisposti i moduli sui quali gli utenti potranno segnalare sia il grado di soddisfazione che gli eventuali suggerimenti.</p> <p>I questionari compilati verranno sistematicamente raccolti e valutati da RDQ che invierà i risultati ai Referenti Qualità coinvolti.</p> |  |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Indicatore 3</b></p> <p>Raccolta presso l'Utenza del<br/> <b>questionario di soddisfazione</b><br/> <b>prestazioni ambulatoriali</b><br/> <b>Diagnostica Per Immagini</b></p> <p>livello di partecipazione del Paziente;<br/>     livello di interazione tra Paziente e<br/>     Casa di Cura</p> <p>% raccolta dei questionari di<br/>     soddisfazione del Paziente</p> <p><b>STD ≥ 2%</b></p> <p>Periodo analizzato:<br/>     - da 15/11/2024 a 15/12/2024</p> | <p><i>Sintesi dei risultati: sono stati raccolti 75 (32) questionari su 110 (112) consegnati personalmente dal personale TSRM e/o Medico Radiologo alla fine dell'esame chiedendo all'utente di compilare il questionario e riporlo nella cassetta predisposta .</i></p> <p><i>Sul campione di 110 utenti (112) la percentuale di adesione allo strumento è stata del 68 % (28.5)</i></p> <p><i>Rapportando in percentuale i questionari compilati con il numero di accettazioni RX, TC, RM e Eco-Mammo (n. 1400) nel periodo 15/11-15/12/2024 si raggiunge una percentuale di raccolta dei questionari pari al 5.4% (2.9)</i></p> <p><b>Obiettivo 2024: ≥ 2%</b></p> <p><b>Considerazioni: Obiettivo raggiunto</b></p> <p><b>Tutti gli indicatori indagati hanno raggiunto e superato la soglia del 90% dei Molto soddisfatti/ soddisfatti. Si segnala un netto miglioramento dell'indicatore "segnaletica e informazioni esposte" che conta un + 11% rispetto al dato 2023</b></p> <p><i>E' stato inviato un report consuntivo commentato e comparato con le risultanze del 2024 a Responsabile e Coordinatore per presa visione.</i></p> <p><i>Considerazioni: si conferma la modalità di somministrazione del questionario da parte del TSRM e/o del Medico Radiologo alla fine dell'esame.</i></p> |
| <p>Decisioni della Direzione Generale:</p> <p>Visto il successo della metodica utilizzata nel 2024 si decide di attuarla anche nel 2025.</p>   |   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Indicatore 4:</b></p> <p>Miglioramento del <b>livello di soddisfazione</b> dell' <b>Utente degente</b></p> <p>(Rif. MG04 Politica per la Qualità: Indicatore Alta Direzione 2).</p> <p><b>livello della Qualità percepita dal Paziente ricoverato</b> rispetto a: <u>assistenza medica</u> (accuratezza visite e prestazioni mediche, frequenza visite mediche, informazioni ricevute, disponibilità e gentilezza); <u>assistenza infermieristica</u> (disponibilità e gentilezza di giorno, disponibilità e gentilezza di notte, presenza di giorno, presenza di notte); <u>trattamento alberghiero</u> (pulizia e igiene, confort ambientale, organizzazione della giornata, <u>vitto</u>: qualità-presentazione- varietà-orario pasti, orari di visita di parenti / amici, rispetto della privacy); <u>grado di soddisfazione</u> (per la cura, per il trattamento complessivo)</p> <p><b>STD:</b> % molto soddisfatto + % soddisfatto <math>\geq 80\%</math>.<br/>% insoddisfatto + % molto insoddisfatto <math>\leq 20\%</math>.</p> <p>Periodi analizzati:<br/>- da 01/02/2024 a 31/03/2024<br/>- da 01/09/2024 a 31/10/2024</p> | <p><i>Sintesi dei risultati 2024</i> (criteri: il dato considerato per ogni Area di Degenza è ottenuto dalla media aritmetica di tutti gli elementi di valutazione della singola Area mentre il dato complessivo dell'area degenze è la media delle medie di Dipartimento):</p> <p><b><u>Area degenze chirurgiche U.O. Day-Surgery e Ch. Ambulatoriale complessa</u></b></p> <p>% molto soddisfatto + % soddisfatto = <b>100%</b> (nel 2023: 100%)<br/>% insoddisfatto+% molto insoddisfatto: 0%</p> <p><b><u>Area degenze chirurgiche U.O. Ricoveri Ordinari</u></b></p> <p>% molto soddisfatto+% soddisfatto = <b>97% *</b> (nel 2023: 98%)<br/>% insoddisfatto+% molto insoddisfatto: <b>3% sempre largamente inferiore al 20%.</b></p> <p><b><u>Area degenze di Medicina e Riabilitazione</u></b></p> <p>% molto soddisfatto+% soddisfatto = <b>97%*</b> (nel 2023: 94%)<br/>% insoddisfatto+% molto insoddisfatto: <b>3% sempre largamente inferiore al 20%.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si segnala che la diminuzione percentuale registrata è stata principalmente causata da una insoddisfazione relativa alla diminuzione di gradimento per l'erogazione del vitto (situazione gestita dalla Direzione Aziendale con il nuovo fornitore)</b></li> </ul> <p><b><u>L'Area Degenze nel suo complesso</u></b></p> <p>% molto soddisfatto+% soddisfatto = <b>98%</b> (nel 2023: 97.3%)<br/>% insoddisfatto+% molto insoddisfatto: <b>2% sempre largamente inferiore al 20%.</b></p> <p><b>Considerazioni: il risultato complessivo risulta di molto superiore all'obiettivo stabilito.</b></p> <p><b>Obiettivo raggiunto</b></p> |
| <p>Decisioni della Direzione Generale:</p> <p>b) mantenere gli obiettivi 2024 anche nel 2025</p> <p>c) mantenere la comunicazione dei risultati di soddisfazione/insoddisfazione suddivisi per unità operativa/dipartimento e per elemento valutato con lo scopo di meglio finalizzare eventuali interventi sia di analisi che correttivi.</p>   |  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Indicatore 5:</b></p> <p>Miglioramento del <b>livello di soddisfazione dell' Utente ambulatoriale</b>.</p> <p>(Rif. MG04 Politica per la Qualità: Indicatore Alta Direzione 3).</p> <p><b>livello della Qualità percepita dal Paziente ambulatoriale</b> rispetto a: <u>la struttura</u> (pulizia ed igiene dei locali, servizi igienici, segnaletica interna, spazi per l'attesa, confort dell'ambiente); <u>orari di prenotazione</u> (prenotazione agli sportelli, prenotazione telefonica, orario prelievi per esami di laboratorio); <u>il servizio di prenotazione</u> (rapidità della risposta, tempi di attesa, informazioni sul servizio, cortesia degli operatori); <u>l'utilizzazione del servizio</u> (tempo di registrazione, cortesia del personale, modalità di pagamento, puntualità sull'orario previsto, cortesia e disponibilità del medico, professionalità del medico, consegna del referto)</p> <p><b>STD:</b> % casi molto soddisfatto + % casi soddisfatto: <math>\geq 80\%</math></p> <p>Periodo analizzato:<br/>- da 01/01/2024 a 31/12/2024</p> | <p>Obiettivi 2024:</p> <p>1) % molto soddisfatto + % soddisfatto <math>\geq 80\%</math>.</p> <p>2) % insoddisfatto + % molto insoddisfatto <math>\leq 20\%</math>.</p> <p>Punteggi medi complessivi 2024: <b>87%</b> (vs 89% del 2023);</p> <p><i>Considerazioni: il dato è un po' ridotto rispetto al 2023 comunque entro lo STD: <b>Obiettivo raggiunto</b></i></p> <p><i>Da segnalare il non raggiungimento dello STD previsto per i seguenti indicatori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SPAZI PER L'ATTESA E COMFORT DELL'AMBIENTE: MS + S= 76% (89 % nel 2023)</li> <li>• PUNTUALITA' SULL'ORARIO PREVISTO: MS + S= 58% (75 % nel 2023)</li> </ul> <p>Dalle 20 note riportate dagli utenti in calce ai questionari emergono le seguenti specifiche:</p> <p>7/20 problemi logistici</p> <p>7/20 ritardo nell'erogazione delle prestazioni</p> <p>2/20 problemi relazionali/comunicativi con il personale Medico</p> <p>2/20 tempi di attesa per le prestazioni</p> <p>1/20 problemi di parcheggio</p> <p>1/20 ELOGIO per le indicazioni ambientali</p> |
| <p>Decisioni della Direzione Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantenere per il 2025 la messa a disposizione del questionario all'utenza in due punti di distribuzione/raccolta come per il 2024</li> <li>- Sorvegliare e identificare i servizi in cui si manifestano ritardi nell'erogazione delle prestazioni. Analizzarne le cause ed adottare le opportune azioni correttive.</li> </ul>   |  |