



Provincia Sicula dell'Ordine CC.RR.M.I.
Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà"
Camilliani
Via S. Rocco, 9 - 80026 Casoria (NA)
PBX: +39 081 5408111 – Fax: +39 081 5403218
www.ospedalecamilliani.it

RIESAME DELLA DIREZIONE



Provincia Sicula dell'Ordine CC.RR.M.I.
Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà"
Camilliani
Via S. Rocco, 9 - 80026 Casoria (NA)
PBX: +39 081 5408111 – Fax: +39 081 5403218
www.ospedalecamilliani.it

VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE ANNO 2021

Indice

1 INTRODUZIONE	3
1.1 Risultati audit interni	3
1.2 Informazioni di ritorno da parte del cliente	3
1.3 Andamento degli indicatori di servizio e dei processi	4
1.4 Azioni da intraprendere in relazione ai precedenti riesami	5
1.5 Informazioni provenienti dalla conduzione dei processi orientate al miglioramento	5
1.6 Attività formative	5
1.7 Analisi dei dati	5
<i>1.7.1 Soddisfazione del Cliente</i>	5
<i>1.7.2 Processi di approvvigionamento</i>	6
<i>1.7.3 Processi realizzativi</i>	6
2 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO	7
3 CONCLUSIONI	7
ALLEGATI:	ERRORE. IL SEGNA LIBRO NON È DEFINITO.

1 INTRODUZIONE

Il presente documento rappresenta il secondo riesame effettuato dalla direzione del Presidio ospedaliero S. Maria della Pietà - *Camilliani*, secondo i requisiti dettati dalla nuova norma UNI EN ISO 9001:2015.

Lo scopo dell'attività di riesame è quello di verificare il sistema di gestione per la qualità implementato in azienda, per assicurarsi della sua idoneità, adeguatezza ed efficacia e per valutare la possibilità di adottare azioni di miglioramento o modifiche al sistema.

Le informazioni ed i dati utilizzati come elementi di input per l'effettuazione dell'attività di riesame sono:

1.1 RISULTATI AUDIT INTERNE;

1.2 INFORMAZIONI DI RITORNO DA PARTE DEL CLIENTE (RECLAMI E RISULTATI DELL'ANALISI DELLA "CUSTOMER SATISFACTION")

1.3 ANDAMENTO DEGLI INDICATORI DI SERVIZIO E DEI PROCESSI

1.4 STATO DELLE AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE

1.5 INFORMAZIONI PROVENIENTI DALLA CONDUZIONE DEI PROCESSI ORIENTATE AL MIGLIORAMENTO

1.6 ANDAMENTO DEL PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE

1.7 ANALISI DEI DATI

Il periodo di riferimento differisce in relazione alle informazioni ed è di volta in volta specificato. Alcune informazioni, come l'analisi della "Customer satisfaction", sono infatti strettamente legate all'applicazione del sistema alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

1.1 RISULTATI AUDIT

Nell'anno 2020 sono stati condotti audit nelle diverse aree del Presidio Ospedaliero. Rispetto agli anni precedenti, il numero degli audit è stato di gran lunga inferiore causa pandemia covid-19. Ma nonostante ciò il Presidio ha mantenuto gli stessi standard prefissati nel corso degli anni. Dalle non conformità e osservazioni minori emerse, emerge una discreta implementazione del sistema qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001/15. Si valuta, nel complesso, positivamente e si approva il programma di interventi attuati per l'anno 2020 e primo trimestre 2021 con la possibilità di revisionando lo stesso in funzione delle prescrizioni che dovessero emergere in sede di Audit di mantenimento del ns. Sistema Qualità da parte dell'Ente terzo di Certificazione.

1.2 INFORMAZIONI DI RITORNO DA PARTE DEL CLIENTE

Le informazioni di ritorno da parte del cliente sono costituite da:

- informazioni di ritorno relative al servizio reso;
- reclami dei clienti;
- risultati della "Customer satisfaction"

Le informazioni di ritorno relative al servizio reso sono decisamente positive come attestano le molte dimostrazioni di affetto derivanti dai pazienti che hanno usufruito sia dei servizi di degenza del Presidio ospedaliero che per l'utilizzo dei servizi prestati del poliambulatorio "S. Camillo". Dalla analisi delle schede di soddisfazione somministrate ai pazienti, infatti, risulta che più del 80% degli stessi giudica "ottime" le prestazioni ricevute da entrambe le strutture organizzative.

Non emerge inoltre alcun reclamo in tutto l'arco temporale considerato (Gennaio – Dicembre 2020).

Per l'analisi della "Customer satisfaction" si rimanda al paragrafo relativo all'analisi dei dati.

1.3 ANDAMENTO DEGLI INDICATORI DI SERVIZIO E DEI PROCESSI

Lo stato attuale dei processi sono sicuramente accettabili, come si evince dagli indicatori aziendali adottati per misurarne le prestazioni, più in particolare:

Processi relativi al cliente

I processi relativi al Cliente risultano gestiti in modo soddisfacente. Il paziente che si reca presso il Presidio ospedaliero "S. Maria della Pietà", attraverso la Carta dei Servizi viene adeguatamente informato circa i servizi offerti, i relativi responsabili e le modalità di accesso alla struttura.

Il paziente, inoltre, attraverso il sito web www.ospedalecamilliani.it, è in grado di ottenere preziose e dettagliate informazioni circa: disponibilità dei responsabili delle singole U.O./Servizi, possibilità di usufruire di consulenze mediche on-line, nonché di partecipare a forum tematici, ricevere informazioni relative ad esami e visite specialistiche e scaricare documentazione amministrativa (es. delega ritiro esami, questionari di soddisfazione, etc..).

Il sito internet risponde ai requisiti minimi di accessibilità previsti dalla Legge del Ministero dell'Innovazione e Tecnologia, del 9 gennaio 2004, n. 4.

Il numero di accessi a partire dalla data di operatività del sito internet, aprile 2004, fino ad oggi, fanno emergere una situazione decisamente soddisfacente come strumento utile per l'utente.

È stato implementato un software per la gestione del Punto di prima assistenza

Processi di approvvigionamento

Tale processo è gestito secondo le procedure PGQ 01 e PGQ 02, recentemente revisionate, che permette in maniera più agevole la classificazione dei fornitori ed il monitoraggio degli stessi in base alle loro performance.

È stata posta attenzione sulla gestione dell'outsourcing, adottando delle check-list "MOD. C. L.FORN 01 - Check-list documenti "FORNITORI/LIBERI PROFESSIONISTI". Per ogni fornitore vanno valutati i criteri di accettabilità e di coerenza del proprio operato.

Si approvano in tale sede le liste fornitori di cui attualmente l'ospedale si avvale per lo svolgimento della propria attività, si veda modello MDG.02_B.

Processi realizzativi

I processi realizzativi risultano ben gestiti, come si evince sia dallo stato degli indicatori della qualità (vedasi attività chirurgiche e mediche; vedasi incremento attività Day Surgery; vedasi

attività di Day Hospital, per la cui analisi si rimanda al paragrafo 1.7.3 e sia dalla quasi assenza di reclami inoltrati dall'utente).

1.4 AZIONI DA INTRAPRENDERE IN RELAZIONE AI PRECEDENTI RIESAMI

In riferimento al vecchio riesame sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

OBIETTIVO	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Mantenere lo standard dell'anno precedente	<i>Obiettivo raggiunto</i>
Cartella clinica informatizzata	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto, è stata creata tutta la struttura hardware e software per tale implementazione</i>
Rinnovo apparecchiature ecografiche	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>
Implementazione servizio CardioTC	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>
Software di Gestione Rischio Clinico /Sinistri	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>
Implementazione servizio Telemetria TIPO	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>
Cambio Elettrocardiografi	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>
Implementazione Telecamera full HD	<i>Obiettivo parzialmente raggiunto</i>

Stato delle azioni correttive e preventive

Nel periodo di tempo preso in considerazione sono state adottate un numero ridotto di azioni correttive e preventive, per altro tutte chiuse correttamente e nei tempi previsti.

E' opinione della Direzione che questo strumento non sia stato ancora attuato in maniera efficace, nonostante l'intero sistema qualità sia stato assimilato da una buona parte del personale ospedaliero. Pertanto la Direzione di questo Ospedale esorta ancora una volta il personale a prendere in maggiore considerazione gli spunti e le possibilità di miglioramento aziendale.

1.5 INFORMAZIONI PROVENIENTI DALLA CONDUZIONE DEI PROCESSI ORIENTATE AL MIGLIORAMENTO

Sono state utilizzate le informazioni provenienti dalla conduzione dei processi ottenendo un miglioramento del sistema.

Il sistema ha continuato per tutta l'arco del 2020 a lavorare secondo una politica di miglioramento continuo, nell'ottica di soddisfacimento del paziente.

1.6 ATTIVITÀ FORMATIVE

Nell'anno 2020 sono state condotte, in maniera efficace, tutte le attività di formazione e di addestramento pianificate.

1.7 ANALISI DEI DATI

L'attività di analisi effettuata sui dati raccolti ha portato alla seguenti considerazioni e decisioni:

1.7.1 Soddisfazione dell'utente

I dati sulla soddisfazione dell'utente (si confrontino le tecniche statistiche allegate) tengono conto dei risultati scaturenti dalla Customer Satisfaction che l'organizzazione ha raccolto, attraverso la somministrazione di questionari distribuiti il primo giorno di ricovero per i pazienti ricoverati e

situati nelle apposite cassette che si trovano presso i servizi di diagnostica e del poliambulatorio. A tal fine, sono stati presi inoltre in considerazione dei giorni indice, in cui è stato somministrato il questionario di soddisfazione a tutti i pazienti ricoverati in ospedale. Per le persone allettate o anziane sono stati utilizzati, per la somministrazione ed eventualmente la compilazione, gli studenti infermieri, pur mantenendo sempre l'anonimato dei pazienti.

Di seguito verranno commentati i risultati finali dei questionari per tutte le aree analizzate, indicando gli obiettivi a cui la Direzione vorrà tendere per l'anno 2020. (Si vedano le schede allegate)

VALUTAZIONE:

I dati fanno emergere una situazione decisamente soddisfacente per tutte le questioni poste alle differenti aree del Presidio ospedaliero. Tuttavia la netta maggioranza dei pazienti ritiene i servizi offerti buoni e ottimi.

Obiettivo della direzione, per l'anno 2020, sarà quello di fare in modo che il paziente non viva eccessivamente il disagio del ricovero.

Per il Cup del Presidio ospedaliero, i dati raccolti evidenziano una grossa concentrazione intorno al giudizio Buono e Ottimo. I pazienti che ritengono Ottimo il servizio offerto dal CUP sono circa 70% mentre, una percentuale pari al 3% li considera scarsi. Rispetto all'anno precedente, il maggior numero di personale dedicato all'accoglienza e l'incremento del personale di Vigilanza, ha favorito l'orientamento dei pazienti all'interno del Presidio Ospedaliero.

Per quanto riguarda il Poliambulatorio, la Radiologia e la Tomografia Computerizzata (TAC), i dati raccolti evidenziano una buona concentrazione intorno al giudizio Buono e Ottimo (range 25-85%). I pazienti che ritengono Buono il servizio offerto dal personale del poliambulatorio, dal servizio di radiologia e dal servizio TAC mentre, una percentuale pari allo 2% li considera scarsi.

Anche per l'area accettazione, c'è stato un notevole incremento rispetto all'anno precedente dovuto ad una nuova organizzazione logistica e strutturale di tale ufficio che ha ridotto i disagi per l'utenza e ha favorito una migliore organizzazione all'interno di tale servizio creando così un'accettazione unica centralizzata con l'introduzione di un eliminacode.

1.7.2 Processi di approvvigionamento

Si approva la lista dei fornitori qualificati per l'anno 2020.

In tale sede la direzione conferma tutti i Fornitori presenti nell'elenco 2021, in quanto risultano in grado di soddisfare completamente le esigenze qualitative del Presidio Ospedaliero.

VALUTAZIONE:

Sebbene la valutazione si basi su affidabilità storica degli stessi, si ritiene nostro compito (Direzione – Resp. Acquisti) contribuire alla loro crescita in termini di ottica di Qualità.

Inoltre si tende a registrare tutte le possibili anomalie generate dai fornitori, sull'apposito registro delle anomalie.

1.7.3 Processi realizzativi

All'interno di ciascuna Area/UO/Servizio, il relativo responsabile, a seguito dell'analisi dei dati sull'attività svolta, ha costruito appositi indicatori dai quali ha ottenuto lo stato dei luoghi e da cui è partito per individuare obiettivi futuri.

L'arco temporale di riferimento risulta identico tra le diverse unità:

- Direzione Sanitaria

- UOS di Chirurgia
- UOS di Medicina
- Laboratorio Analisi
- Radiologia/TC
- Poliambulatorio/CUP

Così come si evince dalle tabelle allegate relative agli indicatori statistici, tutte le UO, i Servizi e le Aree hanno provveduto a monitorare i propri processi realizzativi ed in particolare quelli ritenuti critici, con risultati nell'insieme soddisfacenti. Si allegano gli Indicatori.

2 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

OBIETTIVO	RISORSE	TEMPI
Mantenimento dell'accreditamento istituzionale	tutti	2022
Informatizzazione cartella clinica	tutti	2022

3 CONCLUSIONI

L'aspetto che più di ogni altro deve essere incentivato per garantire una migliore gestione del SGQ va ricercata nel coinvolgimento delle risorse aziendali.

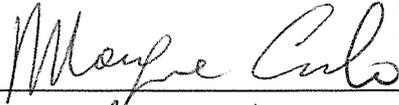
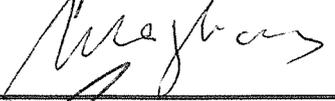
In conclusione, in questo anno il sistema è stato tenuto sotto controllo, è stata mantenuta intatta la politica della qualità, i suoi controlli ed il suo miglioramento.

L'attuale Direzione, così come la precedente, è ben disposta a continuare questo tipo di politica, che ci ha permesso fino ad oggi di ottenere degli ottimi risultati in termine di evoluzione organizzativa, tecnologica e di soddisfacimento del paziente, infatti sono numerosi gli elogi e le manifestazioni di stima e di gratitudine dei pazienti nei confronti del personale del Presidio e dell'intera organizzazione.

Si rinnova l'impegno verso il cammino intrapreso e ci si dà appuntamento per il prossimo riesame della Direzione in programma per il prossimo mese di gennaio 2021.

Casoria, 10/05/2021

Partecipanti:

ENTE	NOME	FIRMA
DIRETTORE GENERALE E RISORSE UMANE	Fr. Carlo Mangione	
DIRETTORE SANITARIO	Dr. D. Maglione	
REFERENTE QUALITÀ	Dott. Aniello Lanzuise	