

originale **copia controllata** _____

N. _____

 copia non controllata

distribuzione interna a cura del RQ

 bozza

La presente procedura definisce le modalità di raccolta di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti del personale dipendente dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco". Dall'analisi e valutazione dei feedback è possibile individuare le aree di potenziale miglioramento.

Redazione**Thea Giacobe,**

Referente U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Anna OrofinoFunzionario amministrativo U.O.S. Comunicazione Istituzionale e
Umanizzazione

Verifica**Teresa Boscarino,**

RQ U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Approvazione**Antonio Lazzara,**

Direttore Sanitario

Ratifica**Gaetano Sirna,**

Direttore Generale



INDICE

	PREMESSA	4
1	SCOPO	5
2	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
3	RIFERIMENTI	5
4	TERMINI E DEFINIZIONI.....	5
4.1	Acronimi	6
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	7
6	RESPONSABILITÀ	8
7	ANALISI DEL RISCHIO	8
8	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	9
8.1	PREDISPOSIZIONE DISPOSITIVI DI RACCOLTA.....	9
8.2	DIFFUSIONE INIZIATIVA	9
8.3	ANALISI FEEDBACK E REDAZIONE REPORT.....	9
8.4	DIFFUSIONE DEI RISULTATI	9
8.5	FOCUS GROUP PER ANALISI POSSIBILI AZIONI DI MIGLIORAMENTO.....	9
9	INDICATORI.....	10
10	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ.....	10
11	ARCHIVIAZIONE	10
12	DOCUMENTI ALLEGATI	10



PREMESSA

La presente procedura è stata redatta per soddisfare il requisito 1A. 05.01.02 di cui al D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 “*Semplificazione del sistema dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture*”.

Il sistema rappresenta un canale di comunicazione interna, orizzontale e partecipativa, orientata verso l’interattività e la cooperazione.

La raccolta strutturata di segnalazioni e, soprattutto, di suggerimenti è un dispositivo utile per rilevare, unitamente ad altri strumenti, il grado di soddisfazione del personale dipendente legato al clima organizzativo e ad eventuali difficoltà organizzative e rappresenta anche un utile termometro sul livello di motivazione del personale.

Il coinvolgimento dei dipendenti, a tal proposito, è un elemento chiave che permette al management aziendale di avere accesso a una visione d’insieme sullo stato dell’azienda e, attraverso l’analisi dei *feedback*, di identificare eventuali strategie di miglioramento.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell’arte della materia ed il necessario grado di consenso.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e comunque entro tre anni dalla data di emissione, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

Chiunque ritenesse, a seguito dell’applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell’arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all’U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all’indirizzo: qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it, che li terrà in considerazione per l’eventuale revisione della stessa.



1

SCOPO

Scopo della presente procedura è la definizione delle modalità operative per la raccolta strutturata di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti del personale dipendente.

Tale modalità di comunicazione interna all’Azienda ha lo scopo di favorire la partecipazione e il coinvolgimento del personale dipendente per un miglioramento continuo.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla di raccolta di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti di tutto il personale dipendente dei due Presidi dell’A.O.U. Policlinico “G. Rodolico – San Marco” che partecipano all’indagine.

3

RIFERIMENTI

D. Lgs. n. 81/2008 - Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

D. Lgs.n. 150/2009 - Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

D. Lgs. n. 33/2013 - Testo Unico in materia di trasparenza delle pubbliche amministrazioni
Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

D.A. 9 gennaio 2024 n.20 "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture";

4

TERMINI E DEFINIZIONI

Approvazione	Autorizzazione all’applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell’adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
Archiviazione	Conservazione codificata del documento
Documento	Informazioni con il loro mezzo di supporto
Modulo	Documento prestampato di registrazione di attività o di eventi
Procedura	Modo specificato per svolgere un processo
Feed back	Processo per cui l’effetto risultante dall’azione di un sistema (meccanismo, circuito, organismo, ecc.) si riflette sul sistema stesso per variarne o correggerne opportunamente il funzionamento; retroazione.
Focus Group	Tecnica di analisi qualitativa che consiste in riunioni di breve durata alle quali prendono parte da 6 a 12 persone, selezionate in base a criteri sommari di campionamento e inviti, per discutere su un certo tema secondo una scaletta predisposta dai ricercatori.
Suggestion box	Cassetta dei suggerimenti e proposte.



**Verifica
(di un documento)**

Valutazione della congruità e conformità del documento rispetto alla norma UNI EN ISO 9001 ed alla presente procedura PQ-1 *“Modalità di gestione delle informazioni documentate necessarie per assicurare l’efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità”*

Per i termini e le definizioni utilizzati in questo processo ci si riferisce al glossario del Manuale della Qualità e alla Norma UNI EN ISO 9000:2015 ed al manuale di accreditamento degli ospedali manuale degli Standard Joint Commission International (JCI) per l’Accreditamento degli Ospedali.

4.1

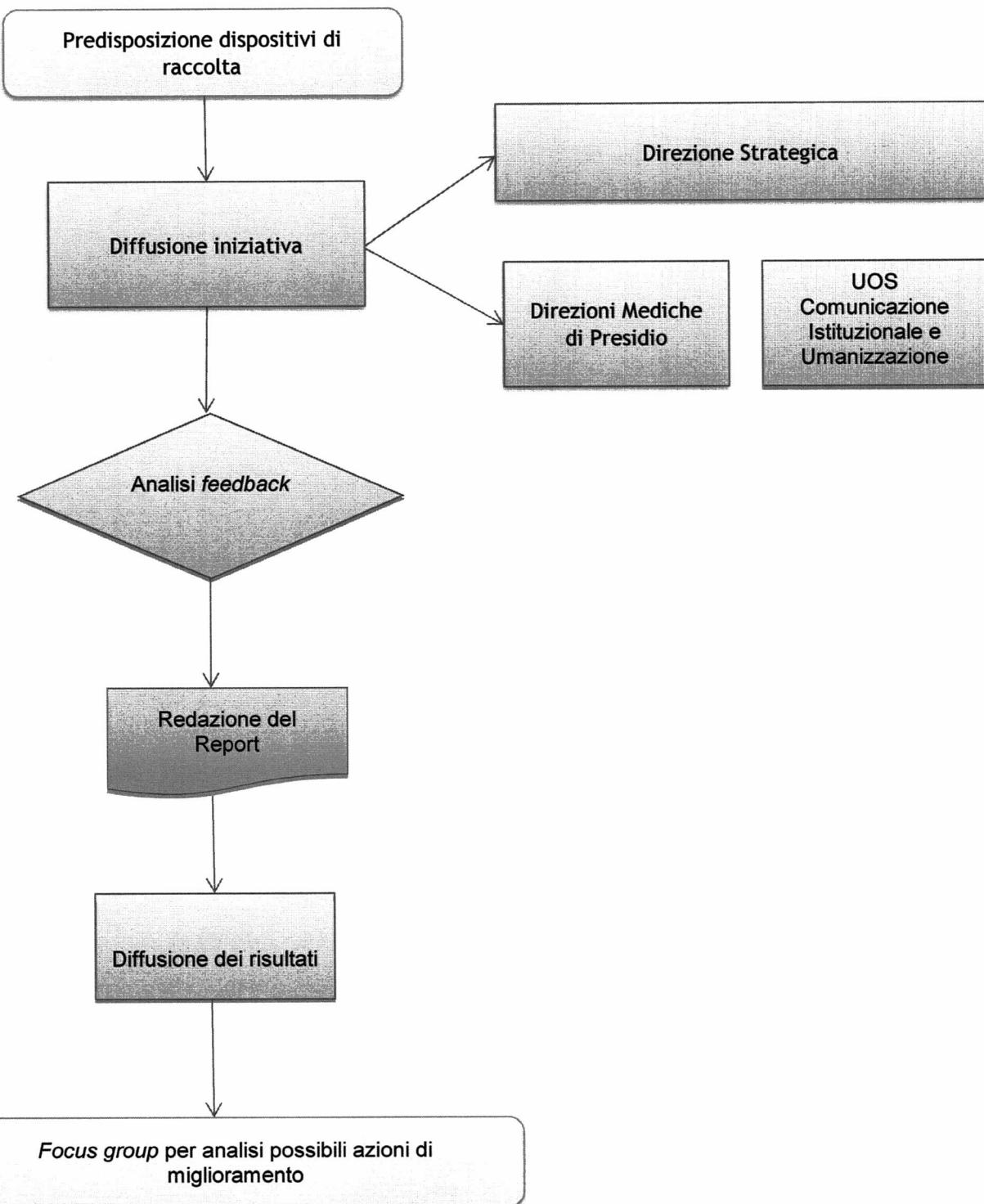
Acronimi

A.O.U.	Azienda Ospedaliero Universitaria
U.O.S.	Unità Operativa Semplificata
D. Lgs.	Decreto Legislativo



5

DIAGRAMMA DI FLUSSO



6 RESPONSABILITÀ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	ATTIVITÀ	Direzione Strategica	Direzioni Mediche di Presidio	UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione
Predisposizione dispositivi di raccolta				R
Diffusione iniziativa	R	R		R
Analisi <i>feedback</i>				R
Redazione report				R
Diffusione dei risultati				R
<i>Focus group</i> per analisi possibili azioni di miglioramento	R	R		R

R= responsabile

7 ANALISI DEL RISCHIO

	Attività	Criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR	Azioni poste in essere
Predisposizione dispositivi di raccolta	Posizionamento del “suggestion box” in una posizione non agevole						Posizionamento del “suggestion box” in posizione strategica con alta affluenza di personale
Diffusione iniziativa	Scarsa adesione del personale dipendente	5	8	10	400		Sensibilizzazione del personale dipendente; monitoraggio periodico del numero di feedback raccolti
Analisi <i>feedback</i>	Errori nell’elaborazione	2	10	10	200		Utilizzo applicativi digitali per l’elaborazione
Redazione report	Ritardo nell’elaborazione	3	6	10	180		Pianificazione definita delle varie fasi del processo
Diffusione dei risultati	Mancata pubblicazione	2	10	100	200		Pianificazione definita delle varie fasi del processo
<i>Focus group</i> per analisi possibili azioni di miglioramento	Mancata realizzazione	7	10	10	700		Sensibilizzazione Direzioni



Legenda:

Probabilità		Gravità delle conseguenze		Rilevabilità	
1	Non è mai successo	1	Nessuna conseguenza Nessun danno al familiare/congiunto	1	Tempestivamente rilevabile
2-5	È successo raramente	2-5	Conseguenze sul processo o servizio lievi Danno temporaneo al familiare/congiunto	1-5	Rilevabile in fase intermedia del processo
6-9	Succede di frequente	6-9	Conseguenze sul processo o servizio moderate Danno permanente al familiare/congiunto	6-9	Rilevabile in fase avanzata del processo
10	Succede sempre	10	Conseguenze sul processo o servizio gravi (danno economico, all’immagine, implicazioni medico-legali,...) Decesso del paziente	10	Rilevabile alla conclusione del processo

8 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1 Predisposizione dispositivi di raccolta

La rilevazione di segnalazioni, ascolto, suggerimenti da parte del personale dipendente viene effettuata in forma anonima attraverso la compilazione di una sintetica scheda M_PO-CIU-2_1 “Scheda segnalazione, ascolto, suggerimento”, predisposta dall’U.O.S. Comunicazione Istituzionale Umanizzazione, e raccolta secondo due modalità:

- sezione dedicata presente sul Portale Intranet aziendale
- “suggestion box” presente fisicamente in posizione strategica

8.2 Diffusione iniziativa

L’avvio della raccolta di segnalazioni, ascolto, suggerimenti da parte del personale dipendente si effettua tramite nota di comunicazione interna firmata della Direzione strategica, condivisa con le Direzioni Mediche e pubblicata con avviso interno sul portale intranet aziendale da parte all’U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione. L’adesione è volontaria e anonima.

8.3 Analisi feedback e redazione report

A conclusione della rilevazione, l’U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione analizza i *feedback* raccolti e redige un Report conclusivo dettagliato, con l’indicazione della graduazione per importanza dei bisogni rilevati.

8.4 Diffusione dei risultati

Il Report conclusivo viene trasmesso a cura dell’U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione alla Direzione Strategica, alle direzioni Mediche di Presidio.

8.5 Focus group per analisi possibili azioni di miglioramento

Sulla base dei *feedback* ricevuti, La Direzione Strategica con L’U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione definisce un momento di confronto tramite Focus Group dedicato, con gli attori ritenuti significativi al fine di predisporre un eventuale Piano di miglioramento.



9

INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Organizzativa	Completezza	N. rilevazioni segnalazioni, ascolto e suggerimento pervenute / anno	≥ 1

10

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla procedura PQ – 2 “*Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella*” e registrate sul modulo M_PQ-2_1.

11

ARCHIVIAZIONE

La presente procedura è pubblicata sul sito web istituzionale e sul portale Intranet aziendale. L’indagine è archiviata presso la sede dell’U.O.S. comunicazione

12

DOCUMENTI ALLEGATI

M_PO-CIU-2_1 “*Scheda segnalazione, ascolto, suggerimento*”.



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data



Redazione

Data

Thea Giacobbe

Thea Giacobbe

Anna Orofino

Anna Orofino

Verifica

Data

Teresa Boscarino

Teresa Boscarino

Approvazione

Data

Antonio Lazzara

Antonio Lazzara

Ratifica

Data

Gaetano Sirna

Gaetano Sirna



originale **copia controllata informatica** **copia controllata cartacea** _____ N. _____ **copia non controllata** distribuzione interna a cura del RQ **bozza**

Il presente modulo rappresenta la scheda rilevazione di segnalazioni, ascolto e suggerimenti da parte del personale dipendente.

Redazione**Thea Giacobbe,**

Referente U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Anna Orofino

Funzionario amministrativo U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Verifica**Teresa Boscarino,**

RQ U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

Approvazione**Antonio Lazzara,**

Direttore Sanitario

Ratifica**Gaetano Sirna,**

Direttore Generale



**Modulo di
Segnalazione/Ascolto/Suggerimenti
da parte del personale**



Iniziativa curata dalla
U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data



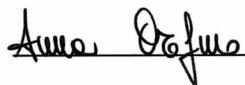
Redazione

Data

Thea Giacobbe



Anna Orofino



Verifica

Data

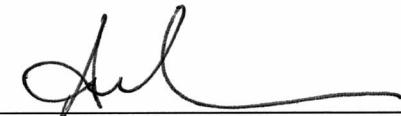
Teresa Boscarino



Approvazione

Data

Antonio Lazzara



Ratifica

Data

Gaetano Sirna

