

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1288 DEL 24 GIU 2025

OGGETTO: Accreditamento Istituzionale nota Prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Requisito n. 10 . Procedura gestione questionari Customer Satisfaction.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.

PROPOSTA N. 1355 DEL 23/06/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Paolo Consiglio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Giuseppe Capodieci
DIRETTORE RESPONSABILE
Dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

Giuseppe Capodieci
IL DIRETTORE UOC SEF e P.
SERVIZIO ECONOMICO
FINANZIARIO E PATRIMONIALE
Dott. Giuseppe Capodieci

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

23 GIU 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTIQUATTRO del mese di
GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

II DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci , nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 310/Serv.1°/S.G. del 21-06-2024 , acquisito il parere del Direttore Amministrativo , dott.ssa Ersilia Riggi , nominata con delibera n. 60 del 14-01-2025 e del Direttore Sanitario , dott. Raffaele Elia , nominato con Delibera n. 415 del 02-09-2024 , con l'assistenza del Segretario verbalizzante PIANA GRAZIA CRESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. in Staff alla Direzione Generale Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Premesso che l'Assessorato Regionale alla Salute ha avviato in tutte le Aziende Sanitarie il processo di accreditamento istituzionale n. 80655 ;

Vista la nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 " Accreditamento Istituzionale " con la quale sono individuate le strutture aziendali incaricate della stesura della documentazione richiesta dall'Assessorato alla Salute;

Visto il documento " Accreditamento Istituzionale n. 80655. Requisito n. 10 . Procedura Gestione Questionari Customer Satisfactio " , redatto dal Dott. Paolo Ferrara Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità;

Atteso che tra i documenti da adottare il documento " Procedura Gestione Questionari Customer Satisfaction " Requisito n. 10 soddisfa il requisito richiesto al punto 10 della nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale ;

Stante la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Accreditamento Istituzionale nota Prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Requisito n. 10 . Procedura Gestione Questionari Customer Satisfaction;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Approvare il documento " Accreditamento Istituzionale nota prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Requisito n. 10 . Procedura Gestione Questionari Customer Satisfaction " ;

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dalla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Aziendale , C.U.R. e C.U.P. in Staff alla Direzione Generale;

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione per le motivazioni di seguito specificate: tempistica immediata della presa in carico del Documento per soddisfare la richiesta dell'Assessorato alla Salute per l'Accreditamento Istituzionale;

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.

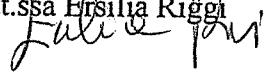
SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere Favorabile
Data 26/06/2025

Parere Favorabile
Data 24/06/2025

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Ersilia Raggi



Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P. che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

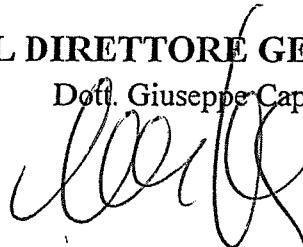
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P.

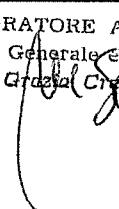
IL DIRETTORE GENERALE

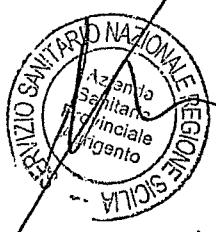
Dott. Giuseppe Capodieci

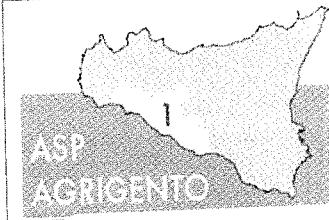


Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"
Maria Grazia Crescente







SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Direzione Sanitaria

prot Prot. Generale n. 00 80655

Data 15/05/2025



Al Direttore del DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Al Responsabile UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Al Responsabile UOS FORMAZIONE

Al Responsabile UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Al Responsabile UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Al Responsabile del SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE

Al dott. Alfonso CAVALERI, Direzione Sanitaria Aziendale

Al Responsabile UOS PSICOLOGIA

Al Direttore UOC PROVVEDITORATO

Al Direttore UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Nella cognizione della documentazione necessaria per il buon esito della procedura di accreditamento regionale dell'Azienda, sono emerse alcune criticità inerenti la evidenza documentale della presenza o meno di alcuni atti; e se - qualora esistenti - riguardo la conformità ai requisiti richiesti dall'Assessorato.

A tal proposito, si evidenzia che tale documentazione, per essere considerata valida ai fini della verifica di conformità devono:

- avere un'intestazione chiara
- individuare chiaramente il destinatario
- avere un contenuto coerente con quanto richiesto dall'evidenza
- recare una data e un numero di protocollo o di registrazione
- recare la firma dell'autore

Ciò premesso, le SS.LL. sono individuate quali responsabili della produzione della documentazione elencata in calce.

Pertanto, qualora essa fosse già acquisita, dovrà essere trasmessa alla dott.ssa Adriana Graceffa, Coordinatrice del Team, all'indirizzo mail adriana.graceffa@aspag.it per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda entro e non oltre la data del 26 maggio p.v.

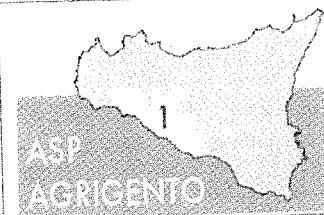
Qualora non presente, non reperibile o non rispondente ai requisiti richiesti, le SS.LL. provvederanno alla loro redazione, e/o integrazione, e/o aggiornamento secondo le necessità, in uno con le strutture aziendali ritenute deputate alla collaborazione entro il termine massimo del

Resta bene inteso che, in questo percorso individuato, la responsabilità della produzione del documento resta in capo alla UO indicata nella presente nota

Si elenca di seguito la documentazione ad oggi ritenuta critica:

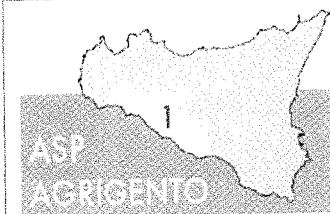
- 1) Procedura sistema informativo (modalità con cui è garantita l'integrità e la sicurezza dei dati; modalità di raccolta, conservazione e tracciamento dei dati; modalità di valutazione della qualità dei dati; modalità di diffusione e utilizzo delle informazioni da parte delle articolazioni organizzative aziendali);





- 2) Procedura valutazione e miglioramento qualità delle prestazioni e servizi erogati: esiste la procedura Piano Aziendale Gestione del Rischio Clinico e della Qualità – Triennio 2023/2025, ma bisogna integrare con il report delle attività messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio, Analisi del contesto e/o dei risultati degli interventi già realizzati, Analisi dei punti di forza e delle criticità, definizione delle aree di intervento, metodi utilizzati o da utilizzare per la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni; obiettivi e indicatori per il monitoraggio dei risultati delle azioni programmate;
- 3) Procedura piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a seguito dell'analisi dei disservizi con relativo report di monitoraggio dei piani di miglioramento;
- 4) Procedura accoglienza e formazione personale neoassunto o trasferito e report attività formazione;
- 5) Polizze assicurative in materia antinfornistica e DURC (documento unico regolarità contributiva);
- 6) Procedura valutazione del clima aziendale e soddisfazione del personale con indagini periodiche; report diffusi al personale e confronto sulle criticità emerse dalle indagini;
- 7) Report o procedura sistema di raccolta segnalazioni da parte del personale ed eventuali azioni di miglioramento;
- 8) Procedura di comunicazione esterna (con i cittadini) con lista di distribuzione al personale;
- 9) Carta dei servizi: pubblicazione sul sito, report;
- 10) Procedura Customer Satisfaction con relativo report;
- 11) Formazione personale a contatto con il pubblico: report /fascicoli personali;
- 12) Procedura Aziendale per la Gestione del Rischio orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambienti di lavoro (near miss, eventi avversi, eventi sentinella): esiste la procedura Aziendale adottata con delibera n. 469 del 05/03/2024, ma non risultano valorizzati i seguenti punti: la gestione delle emergenze sanitarie, la prevenzione e controllo delle ICA ; inoltre mancano i piani di intervento con le eventuali correzioni in caso di “near miss” e l’evidenza che il personale sia adeguatamente formato.
- 13) Procedura gestione documentale: redazione, approvazione e distribuzione dei documenti, controllo delle modifiche, disponibilità e sistema di archiviazione;
- 14) Report e piani di intervento per la valutazione della qualità del percorso di assistenza;
- 15) Procedura valutazione del percorso di cura da parte di pazienti e familiari;
- 16) Procedura, report o piani di intervento di attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria;
- 17) Procedura gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture: DVR Aziendale nel quale però manca il programma per il monitoraggio dell'idoneità della struttura e la raccolta dei dati relativi ad incidenti, infortuni ed altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (report, incontri periodici relativi alla gestione della sicurezza);
- 18) Procedura/report conoscenze acquisite esterno e condivisione tra operatori;
- 19) Procedura Job Description che definisce gli standard di competenza per posizione con report verifica periodica ECM;
- 20) Procedura attribuzione livelli di autonomia personale medico con relativa lista di distribuzione;
- 21) Procedura sulla comunicazione con pazienti e familiari;
- 22) Procedura coinvolgimento ascolto attivo di pazienti e familiari;
- 23) Report modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
- 24) Procedura modalità di coinvolgimento dei pz ai processi di gestione del rischio clinico;
- 25) Procedura di programmazione acquisti di prodotti, attrezzature, e apparecchiature biomediche e dispositivi medici;
- 26) Procedura per l'uso sicuro appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche sia sotto il profilo funzionale che tecnologico;





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

- 27) Procedura rilevazione fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative da implementare;
- 28) Report monitoraggio efficacia ed efficienza delle innovazioni introdotte;
- 29) Procedura modalità di integrazione assistenza, didattica e ricerca;
- 30) Procedura accoglienza pazienti e relative esigenze relative ad età, genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità di religione, etniche e linguistiche;
- 31) Documento di formazione di counseling tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.
- 32) Procedura che semplifica gli adempimenti amministrativi per accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.

Si elencano di seguito le strutture individuate quali responsabili della produzione della documentazione:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO: Item 32

UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO: Item 2, 3, 6, 7, 9 (in collaborazione con la UO Comunicazione), 10, 12, 14 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 15, 16 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 20, 24 (in collaborazione con UOS Psicologia), 27 (in collaborazione con la Formazione), 30 Gestione)

UOS FORMAZIONE: Item 4, 11, 18, 29, 31 (in collaborazione con UOS Psicologia)

UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: Item 5, 17 (in collaborazione con la UOC Servizio Tecnico), 26 (in collaborazione con UOS Rischio Clinico)

UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE: Item 1 (in collaborazione con i Sistemi Informatici Aziendali e con il Controllo di Gestione), 13, 8, 21 (in collaborazione con UOS Psicologia)

DIREZIONE SANITARIA: Item 19

UOS PSICOLOGIA: Item 22, 23

UOC PROVVEDITORATO: Item 25

UOC CONTROLLO DI GESTIONE: Item 28

dott.ssa Adriana GRACEFFA
Coordinatrice del Team per il completamento
del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Ersilia Raggi

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci

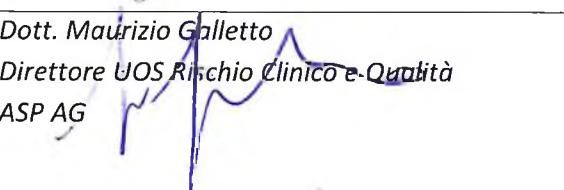
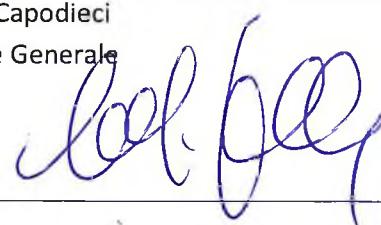




Procedura Gestione Questionari

Customer Satisfaction n° ~~002~~ QeRC-01

documento redatto il 19.06.2025 v.00

| | |
|--------------|--|
| REDAZIONE | <p>Dott. Paolo Ferrara Dir. Medico Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità PO Sciacca</p>  |
| VERIFICA | <p>Dott. Maurizio Galletto Direttore UOS Rischio Clinico e Qualità ASP AG</p>  |
| APPROVAZIONE | <p>Dott. G. Capodieci Direttore Generale ASP AG</p>  |

STATO DELLE REVISIONI

| Rev. N. | SEZIONI REVISIONATE | MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE | DATA |
|---------|---------------------|--------------------------------|-----------|
| 0 | Prima stesura | | 19/6/2025 |





INDICE

| | |
|--------------------------------|---|
| 1. SCOPO..... | 3 |
| 2. CAMPO DI APPLICAZIONE | 3 |
| 3. RESPONSABILITA' | 3 |
| 4. MODALITA' OPERATIVE..... | 3 |
| 5. INDICAORI..... | 4 |
| 6. RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 4 |
| 7. ALLEGATO 1..... | 5 |
| 8. ALLEGATO 2..... | 9 |



1. SCOPO

La procedura descrive il processo di gestione dei questionari di gradimento somministrati all'utenza nelle Strutture di Degenza, negli Ambulatori sia Ospedalieri e Territoriali da monitorare secondo gli Standard di Qualità mirati al miglioramento continuo dei servizi ASP AG.

Tale monitoraggio della Qualità dei Servizi rappresenta obiettivo della Direzione Strategica ASP AG che fissa come obiettivo il gradimento dell'utenza quale espressione di riscontro del proprio operato.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutte le Strutture di Degenza e Ambulatoriali dell' ASP AG.

- DEFINIZIONI

3. RESPONSABILITÀ'

I Referenti URP di ciascun Presidio Ospedaliero provvedono alla consegna dei questionari cartacei alle UU.OO. eroganti Servizi di Degenza e/o DH/Day Service/Ambulatoriali; a cadenza settimanale i Referenti URP interessati raccoglieranno i questionari compilati presso i Servizi interessati.

I Referenti URP dei DSB consegnano dei questionari cartacei alle Strutture eroganti Servizi di Degenza e/o Ambulatoriali; a cadenza settimanale i Referenti URP interessati raccoglieranno i questionari compilati presso i Servizi interessati.

4. MODALITÀ' OPERATIVE

Ogni anno l'URP verifica e aggiorna la documentazione in ingresso proveniente dalla Direzione Generale, dall' Assessorato Regione Sicilia circa variazioni delle Linee Guida, modalita di rilevazione e strumenti da utilizzare per le indagini di Customer Satisfaction onde aggiornare le relative procedure.

Viene predisposto un piano/programma annuale per la rilevazione della CS; l'indagine viene eseguita in due periodi (febbraio-marzo-aprile-maggio e agosto-settembre-ottobre-novembre) secondo le indicazioni regionali. I questionari vengono distribuiti da parte del personale delle Strutture ai Pazienti i quali potranno restituirli compilati utilizzando le apposite cassette



posizionate in ogni Struttura coinvolta. La preventiva pianificazione ed informazione alle Strutture interessate induce il coinvolgimento del personale che opportunamente sensibilizzato partecipa a promuovere la riuscita del sondaggio con la propria collaborazione.

Il personale dell'URP raccoglie periodicamente (una volta alla settimana) dalle cassette/box i questionari ivi depositati e provvede al data entry.

Le Strutture che intendano avvalersi, per le rilevazioni sulla soddisfazione dell'utenza, di questionari o metodiche personalizzati differenti da quello Aziendale, per ragioni legate alla specifica tipologia di paziente in cura (es. psichiatrici, minori, ecc.), sono autorizzate a farlo e possono beneficiare di un supporto metodologico da parte dell'URP di riferimento. Le strutture che avviassero tali rilevazioni sono comunque tenute a darne comunicazione all'URP di riferimento.

5. INDICATORI

Allo scopo di rilevare l' attività in maniera controllabile e misurabile, sono stati definiti due indicatori.

Attualmente le indagini di rilevamento della "Customer Satisfaction" si svolgono con il criterio denominato "quota sampling".

La rilevazione pertanto può considerarsi completa al raggiungimento, nell'arco temporale definito, del numero di questionari validi richiesto (indicatore di efficacia).

L' Indicatore di efficacia sarà il rapporto tra numero totale di questionari distribuiti e numero di questionari validi effettivamente raccolti.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

D.G.R. V11/8504 del 22.03.2002 "Qualità percepita nei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione. Approvazione delle "Linee guida per la customer satisfaction metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie".

DOGS 14890 del 18/12/06 "Revisione contenuti delle Linee Guida per la rilevazione della soddisfazione"

7. ALLEGATI

- 1)
- 2)

8. RISULTATO RACCOLTO

$\frac{14}{15} = 93,33\%$



Allegato 1

SCHEDA INTERVISTA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E AMBULATORIALI

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di esprimere un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di visita ambulatoriale presso la nostra struttura.

I dati da lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno della riservatezza come riportato nella liberatoria da lei firmata al momento della sua dimissione.

Le informazioni da lei fornite durante l'intervista, saranno utilizzate esclusivamente per fornire alla struttura il suo giudizio sulla prestazione ricevuta al fine di migliorare la qualità del servizio sanitario.

L'intervista durerà pochi minuti e se c'è qualcosa di poco chiaro m'interrompa tranquillamente

La ringrazio per la collaborazione.

SESSIONE 1

| <u>PRE-VISITA</u> | |
|---|--|
| 1. Come è avvenuto l'accesso alla struttura? | <input type="checkbox"/> Accesso in Urgenza <input type="checkbox"/> Accesso Programmato |
| 2. Perché ha scelto questa struttura? | <input type="checkbox"/> Consiglio di un medico <input type="checkbox"/> Consiglio di amici/parenti <input type="checkbox"/> Ne avevo sentito parlare bene <input type="checkbox"/> È vicino casa <input type="checkbox"/> Era il posto più rapido come prenotazione <input type="checkbox"/> Altro |
| 3. Visitando il sito della nostra Azienda, come lo ritiene in termini di <i>fruibilità, accessibilità e tempestività</i> per eventuali informazioni e prenotazioni? | <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo <input type="checkbox"/> Mai visitato il sito |
| 4. È a conoscenza dei vari sistemi di prenotazione disponibili? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei |



| | |
|--|--|
| 5. Come ha effettuato la sua prenotazione? | <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Portale prenotazioni Online <input type="checkbox"/> Sportelli CUP <input type="checkbox"/> SovraCUP/InterCUP <input type="checkbox"/> Altro |
| 6. Quanto tempo è trascorso dalla prenotazione alla visita? | <input type="checkbox"/> Giorni <input type="checkbox"/> Settimane <input type="checkbox"/> Mesi <input type="checkbox"/> Altro |
| 7. È a conoscenza dei seguenti sistemi di pagamento ticket? | <input type="checkbox"/> Pagamento elettronico PAGOPA <input type="checkbox"/> Sportello Ticket <input type="checkbox"/> Riscuotitore automatico <input type="checkbox"/> Tutti <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sono esente |
| 8. Come valuta il sistema di pagamento del ticket da lei utilizzato? | <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo <input type="checkbox"/> Sono esente |

SESSIONE 2

| STRUTTURA | |
|---|--|
| 1. Ha avuto difficoltà a raggiungere il reparto in cui doveva recarsi? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 2. Una volta raggiunto il reparto, ritiene che questa struttura sia accessibile in termini di barriere architettoniche? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 3. Come valuta la struttura del reparto in termini di adeguatezza e sicurezza? | <input type="checkbox"/> Ottima <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessima |
| 4. Come valuta l'igiene e la cura dei locali? | <input type="checkbox"/> Molto curata <input type="checkbox"/> Curata <input type="checkbox"/> Poco curata <input type="checkbox"/> Pessima |



SESSIONE 3

| PERSONALE | |
|---|--|
| 1. Come valuta il <i>servizio di accettazione e di accoglienza</i> del reparto? | <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo |
| 2. Durante la sua permanenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte degli <i>infermieri</i> ? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 3. Durante la sua permanenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> l'hanno ascoltata con attenzione? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 4. Durante la sua permanenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 5. Durante la sua permanenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte del <i>personale medico</i> ? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 6. Durante la sua permanenza in questo ospedale i <i>medici</i> l'hanno ascoltata con attenzione? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 7. Durante la sua permanenza in questo ospedale i <i>medici</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |



SESSIONE 4

| DIMISSIONE | |
|--|---|
| 1. Alla fine della prestazione le hanno dato informazioni sul suo stato di salute, sulla terapia da seguire o eventuali suggerimenti relativi alla visita? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 2. Alla fine della prestazione le hanno detto a chi rivolgersi in caso di necessità? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. Ha avuto difficoltà (anche in termini di tempi) in fase di ritiro di referti? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no <input type="checkbox"/> Nessun referto |
| 4. Pensa che la cura o i suggerimenti che ha ricevuto dai medici funzionino? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so <input type="checkbox"/> Nessuna cura da eseguire |
| 5. Consiglierebbe questa struttura se le chiedessero un consiglio? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 6. Rispetto alle sue aspettative, il servizio ricevuto è stato? | <input type="checkbox"/> Migliore di come me lo aspettavo <input type="checkbox"/> Come me lo aspettavo <input type="checkbox"/> Peggiore di come me lo aspettavo |

La ringrazio per il suo tempo e la sua attenzione.



Allegato 2

SCHEDA INTERVISTA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di esprimere un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di ricovero presso la nostra struttura.

I dati da lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno della riservatezza come riportato nella liberatoria da lei firmata al momento della sua dimissione.

Le informazioni da lei fornite durante l'intervista, saranno utilizzate esclusivamente per fornire alla struttura il suo giudizio sulla prestazione ricevuta al fine di migliorare la qualità del servizio sanitario.

L'intervista durerà pochi minuti e se c'è qualcosa di poco chiaro m'interrompa tranquillamente

La ringrazio per la collaborazione.

SESSIONE 1

| <u>STRUTTURA</u> | |
|--|---|
| 1. Ha effettuato un ricovero d'urgenza o programmato? | <input type="checkbox"/> Ricovero in Urgenza <input type="checkbox"/> Ricovero Programmato |
| 2. Perché ha scelto questa struttura? | <input type="checkbox"/> Consiglio del medico di famiglia <input type="checkbox"/> Consiglio di amici/parenti <input type="checkbox"/> Ne avevo sentito parlare bene <input type="checkbox"/> È vicino casa <input type="checkbox"/> Altro..... |
| 3. Come valuta questa struttura in termini di adeguatezza e sicurezza? | <input type="checkbox"/> Ottima <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessima |
| 4. Come valuta l'igiene e la cura dei locali? | <input type="checkbox"/> Molto curata <input type="checkbox"/> Curata <input type="checkbox"/> Poco curata <input type="checkbox"/> Pessima |



| | |
|--|--|
| 5. Come valuta la qualità del vitto che le è stato fornito durante il suo ricovero? | <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo |
| 6. Ritiene che la struttura abbia rispettato i suoi bisogni culturali, etnici e religiosi? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |

SESSIONE 2

| <u>PERSONALE</u> | |
|---|--|
| 1. Come valuta il servizio di accettazione e di accoglienza del reparto? | <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo |
| 2. Durante la sua degenza in ospedale come reputa l'assistenza da parte del personale addetto (operatori socio-sanitari)? | <input type="checkbox"/> Ottima <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessima |
| 3. Durante la sua degenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte degli <i>infermieri</i> ? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 4. Durante la sua degenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> l'hanno ascoltata con attenzione? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 5. Durante la sua degenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 6. Durante la sua degenza in questo ospedale ha ricevuto assistenza ogni volta che ha suonato il campanello? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |



| | |
|--|--|
| 7. Durante la sua degenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte del personale medico? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 8. Durante la sua degenza in questo ospedale i <i>medici</i> l'hanno ascoltata con attenzione? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 9. Durante la sua degenza in questo ospedale i <i>medici</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |

SESSIONE 3

| <u>DIMISSIONE</u> | |
|--|---|
| 1. Dopo aver lasciato l'ospedale si è diretto presso: | <input type="checkbox"/> Propria abitazione o di un familiare <input type="checkbox"/> Altra struttura sanitaria <input type="checkbox"/> Altro..... |
| 2. Alla dimissione le sono state fornite informazioni sul suo stato di salute e la terapia da seguire? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |
| 3. Alla dimissione le hanno detto a chi rivolgersi in caso di necessità? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. Ha avuto difficoltà (anche in termini di tempi) in fase di ritiro di referti? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no <input type="checkbox"/> Nessun referto |
| 5. Pensa che la cura o i suggerimenti che ha ricevuto dai medici funzionino? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so <input type="checkbox"/> Nessuna cura da eseguire |
| 6. Consiglierebbe questa struttura se le chiedessero un consiglio? | <input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no |



7. Rispetto alle sue aspettative, il servizio ricevuto è stato:

- Migliore di come me lo aspettavo
- Come me lo aspettavo
- Peggiore di come me lo aspettavo

La ringrazio per il suo tempo e la sua attenzione.





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

dal _____

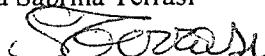
DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

 Immediatamente esecutiva dal 24 luglio 2025

Agrigento, li 24 luglio 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi



REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi