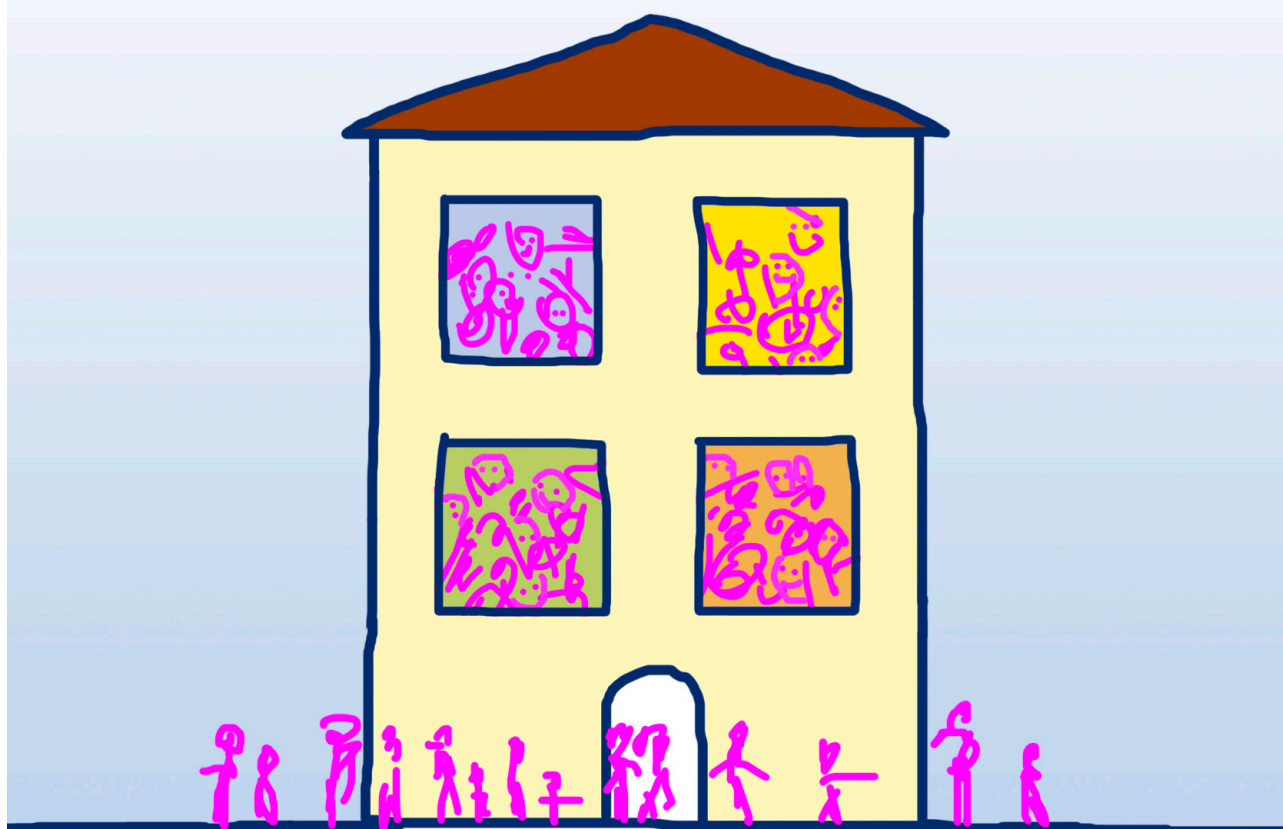


La valutazione delle attività delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini



RAPPORTO 2007



REGIONE LAZIO



AUDIT CIVICO LAZIO

La valutazione delle attività delle aziende sanitarie
realizzata dai cittadini

RAPPORTO 2007

INDICE

Introduzione	pag. 1
1. Dalla sperimentazione alla sistematizzazione: l’Audit Civico una metodologia adottata dal Sistema Sanitario Nazionale	pag. 1
2. L’applicazione dell’Audit Civico nel Lazio	pag. 2
Primo capitolo	
<i>Un’analisi critica e sistematica dell’azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche</i>	pag. 4
1. Le ragioni dell’Audit civico	pag. 4
1.1 Rappresentare il punto di vista dei cittadini	pag. 4
1.2 La trasparenza del servizio sanitario	pag. 5
1.3 Un contrappeso ai rischi di frammentazione	pag. 6
1.4 Il valore costituzionale della valutazione civica	pag. 7
2. Le quattro domande dell’Audit civico	pag. 7
3. Riferimenti metodologici	pag. 8
4. La struttura di valutazione dell’Audit civico	pag. 9
5. Il benchmarking.....	pag. 11
5.1 Il calcolo dell’IAS (Indice di Adeguamento agli Standard)	pag. 12
Secondo capitolo	
<i>I risultati di benchmarking</i>	pag. 14
1. Introduzione.....	pag. 14
2. Come leggere i dati relativi agli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS)	pag. 14
3. Prima componente: “Orientamento verso i cittadini”	pag. 17
3.1 Fattore “Accesso alle prestazioni”	
3.1.1 <i>Livello aziendale – Fattore “accesso alle prestazioni”</i>	pag. 18
3.1.2 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “accesso alle prestazioni”</i>	pag. 19
3.1.2.1 Le liste di attesa – dati no IAS.....	pag. 20
3.1.3 <i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “accesso alle prestazioni”</i>	pag. 21
3.1.4 <i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “accesso alle prestazioni”</i> . pag.	22
3.1.4.1 I tempi di attesa per le prestazioni nei poliambulatori.....	pag. 23
3.1.5 <i>Livello Cure primarie: CSM/SerT - Fattore “accesso alle prestazioni”</i>	pag. 24
3.2 Fattore “Rispetto dell’identità”.....	pag. 25
3.2.1 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “rispetto dell’identità”</i>	pag. 25
3.2.2 <i>Livello Cure primarie: CSM/SerT - Fattore “rispetto dell’identità”</i>	pag. 26
3.3 Fattore “Relazioni sociali”.....	pag. 27
3.3.1 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “relazioni sociali”</i>	pag. 27
3.4 Fattore “Informazione”.....	pag. 28
3.4.1 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “informazione”</i>	pag. 28
3.4.2 <i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “informazione”</i>	pag. 30
3.4.3 <i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “informazione”</i>	pag. 31
3.4.4 <i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “informazione”</i>	pag. 32
3.5 Fattore “assistenza alla persona e rapporti tra degenti e operatori”.....	pag. 34
3.5.1 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “assistenza alla persona”</i>	pag. 34
3.6 Fattore “comfort”.....	pag. 35
3.6.1 <i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “comfort”</i>	pag. 35
3.6.2 <i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “comfort”</i>	pag. 37
3.6.3 <i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “comfort”</i>	pag. 39

3.6.3	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “comfort”</i>	pag. 40
3.7	Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”.....	pag. 41
3.7.1	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”</i>	pag. 41
3.7.2	<i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”</i>	pag. 42
3.7.3	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”</i>	pag. 43
3.8	Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”.....	pag. 44
3.8.1	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”</i>	pag. 44
3.8.2	<i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”</i>	pag. 45
3.8.3	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”</i>	pag. 46
3.9	Fattore “Tutela dei diritti”.....	pag. 47
3.9.1	<i>Livello aziendale – Fattore “tutela dei diritti”</i>	pag. 47
3.9.2	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Tutela dei diritti”</i>	pag. 48
3.9.3	<i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “tutela dei diritti”</i>	pag. 48
3.9.4	<i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “tutela dei diritti”</i>	pag. 49
3.9.5	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “tutela dei diritti”</i>	pag. 50
3.10	Fattore “Programmi per la qualità”.....	pag. 51
3.10.1	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “programmi per la qualità”</i>	pag. 51
3.10.2	<i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “programmi per la qualità”</i>	pag. 52
3.10.3	<i>Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “programmi per la qualità”</i>	pag. 53
3.10.4.1	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “programmi per la qualità”</i>	pag. 55
4.	Seconda componente “Impegno dell’azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”	pag. 57
4.1	Fattore “Gestione del rischio clinico”.....	pag. 58
4.1.1	<i>Livello aziendale – Fattore “gestione del rischio clinico”</i>	pag. 58
4.1.2	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “gestione del rischio clinico”</i>	pag. 59
4.2	Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”.....	pag. 60
4.2.1	<i>Livello aziendale – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”</i>	pag. 60
4.2.2	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”</i>	pag. 60
4.2.3	<i>Livello Cure primarie: distretto – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”</i>	pag. 61
4.2.4	<i>Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”</i>	pag. 62
4.3	Fattore “Malattie croniche e oncologia”.....	pag. 63
4.3.1	<i>Livello aziendale – Fattore “malattie croniche e oncologia”</i>	pag. 63
4.4	Fattore “Gestione del dolore”.....	pag. 64
4.4.1	<i>Livello aziendale – Fattore “gestione del dolore”</i>	pag. 64
4.4.2	<i>Livello assistenza ospedaliera – Fattore “gestione del dolore”</i>	pag. 66
5.	Terza componente “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”	pag. 69
5.1	Fattore “Istituti di partecipazione degli utenti”.....	pag. 69
5.1.1	<i>Livello aziendale – Fattore “Istituti di partecipazione degli utenti”</i>	pag. 69
5.2	Fattore “Altre forme di partecipazione e interlocuzione”.....	pag. 70
5.2.1	<i>Livello aziendale – Fattore “Altre forme di partecipazione”</i>	pag. 70
6.	Quarta componente “L’assistenza domiciliare” – CAD	pag. 73
6.1	Il questionario sui CAD: gli elementi valutati.....	pag. 73
6.2	I risultati di benchmarking: una visione d’insieme sui CAD.....	pag. 73

- 6.2.1 *I risultati di benchmarking per macroaree di osservazione.....* pag. 75
6.2.2 *Un approfondimento sui tempi di attesa e tipologia delle prestazioni erogate..* pag. 77

Terzo capitolo

- Una visione di insieme e alcune riflessioni per concludere.....*** pag. 78
1. Tante potenzialità da sviluppare..... pag. 78
2. Un imperativo: arginare il rischio della frammentazione e valorizzare il sistema dell'assistenza territoriale..... pag. 79
3. Dall'analisi delle criticità alcune proposte..... pag. 80
- 3.1 Per migliorare l'orientamento verso i cittadini..... pag. 81
- 3.2 Alcune politiche aziendali di particolare rilievo sociale e sanitario da ottimizzare..... pag. 84
- 3.3 Sviluppare e ampliare le forme di coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali..... pag. 85

Appendice "a"

Dettaglio strutture per ASL

Appendice "b"

Dietro i dati dell'Audit 2007 l'impegno e l'entusiasmo di molti

INTRODUZIONE

1. Dalla sperimentazione alla sistematizzazione: l'Audit Civico una metodologia adottata dal Sistema Sanitario Nazionale.

L'Audit Civico è una metodologia sviluppata da Cittadinanzattiva, a livello nazionale in collaborazione con Astra Zeneca, che si caratterizza come strumento privilegiato per la valutazione della qualità dei servizi erogati dalle Aziende Sanitarie in una prospettiva centrata sul punto di vista dei cittadini. Nel 2001 è stato realizzato il primo ciclo di sperimentazione con la collaborazione di dodici aziende sanitarie che ha consentito di testare la coerenza e la bontà sia dell'impianto metodologico sia del quadro teorico di riferimento rispetto ai risultati attesi. Con la seconda sperimentazione del 2002 alla quale hanno partecipato tredici aziende sanitarie, si è ulteriormente affinato lo strumento e si è constatato che la metodologia possedeva tutti i presupposti per un'applicazione generalizzata a tutte le aziende sanitarie. Nel corso degli anni il numero di aziende sanitarie che hanno scelto di adottare l'Audit è aumentato progressivamente e ad oggi, come mostra la tabella 1, l'applicazione dell'Audit civico ha raggiunto una diffusione a carattere nazionale .

Regione	N° Aziende coinvolte	di cui nei cicli Regionali
Valle d'Aosta	1	-
Piemonte	11	-
Liguria	3	-
Lombardia	6	-
Veneto	5	-
Provincia Autonoma Trento	1	-
Friuli Venezia Giulia	9	9
Emilia Romagna	12	10
Toscana	7	-
Umbria	1	-
Marche	5	-
Lazio	15	7
Abruzzo	6	6
Molise	1	-
Campania	10	-
Puglia	17	16
Basilicata	4	-
Calabria	3	-
Sicilia	13	-
Sardegna	4	-

Tabella 1: numero Aziende coinvolte nel programma Audit civico

L'applicazione sistematica dell'Audit su base regionale si sta affermando sempre più come la forma migliore di applicazione dell'Audit in grado di valorizzarne pienamente le potenzialità.

La comparazione degli esiti delle successive applicazioni aiuta a cogliere fenomeni ricorrenti e anomalie, e a costruire una rappresentazione, ancora qualitativa ma comunque significativa, dello stato dei rapporti fra cittadini e aziende sanitarie a livello regionale e nazionale.

Nei livelli locali l'Audit civico facilita spesso le politiche di miglioramento, aprendo anche nuovi campi di azione e modalità di intervento inedite. L'applicazione della metodologia, non è, generalmente, un fatto occasionale, ma tende a produrre una presenza stabile nelle prassi aziendali. Basti pensare che, oltre al monitoraggio degli effetti dell'Audit civico, descritti successivamente, 51 aziende hanno realizzato o almeno programmato la realizzazione di più cicli di applicazione sistematica ed in alcune l'Audit civico è stato inserito all'interno degli atti aziendali stessi.

Sul piano dello sviluppo di politiche atte a promuovere la centralità del cittadino nella valutazione dei servizi di pubblica utilità, l'Audit ha il valore aggiunto di porsi come metodologia d'intervento in grado di creare e definire concretamente un campo d'espressione e di sperimentazione della collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie, trasformando l'intento dell'attenzione al cittadino nella pratica del suo riconoscimento quale utente competente, portatore d'interesse specifico, e pertanto interlocutore imprescindibile per una valutazione della qualità dei servizi erogati.

Tale valore aggiunto, accanto all'efficacia e all'efficienza dello strumento, ha contribuito al riconoscimento della validità dell'Audit civico a livello nazionale tanto che nel 2007, il Ministero della Salute lo ha adottato sostenendone l'applicazione su scala nazionale.

2. L'applicazione dell'Audit Civico nel Lazio.

Negli scorsi anni alcune ASL e A.O della Regione Lazio (Latina, Roma F, Policlinico Umberto I, Policlinico Tor vergata, S.Camillo, Viterbo e Frosinone) hanno aderito al ciclo nazionale dell'audit civico. Quella è stata la prima esperienza di partecipazione per un sistema di valutazione così innovativo.

La proposta di realizzare un ciclo di Audit civico Regionale coordinato dalla sede regionale di Cittadinanzattiva in stretta collaborazione con l'Assessorato regionale alla Sanità, coinvolgendo le sei Aziende Sanitarie Locali di Roma e provincia che non avevano partecipato al ciclo nazionale, insieme alla ASL di Rieti, è stato un esperimento sicuramente riuscito. Al programma regionale di Audit civico realizzato nell'anno 2007, hanno partecipato sette Aziende Sanitarie Locali e complessivamente la raccolta dei dati, terminata nel giugno 2007, ha riguardato 57 strutture sanitarie.

Non avremmo mai immaginato di presentare il rapporto¹ finale dell'Audit civico senza la presenza di Silvio Natoli. La persona che più di ogni altra ha creduto in questo strumento e che ci ha incoraggiati affinché questo sistema di valutazione, con il punto di vista dei cittadini, entrasse a far parte del più ampio e complesso sistema regionale di valutazione. Gli esiti confermano, la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha, come protagonisti, i cittadini, e come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie. Dopo questo primo ciclo "*sperimentale*" è fondamentale far diventare l'Audit un sistema *permanente*, in modo che ogni anno si possano confrontare i risultati di miglioramento di ciascuna struttura sanitaria ed aiutare le ASL ad individuare con sempre maggiore oggettività i propri punti di forza e quelli di debolezza. Le basi che sono state gettate durante quest'esperienza lasciano ben sperare.

¹ Il presente rapporto è stato redatto da Francesca Diamanti e Giuseppe Scaramuzza con il supporto di Simona Santicchia.

La tabella che segue mostra il dettaglio delle strutture sanitarie interessate dall'Audit Civico. L'elenco delle strutture monitorate per ogni singola ASL è riportato alla fine di questo rapporto nell'allegato A.

Quadro di sintesi strutture sanitarie monitorate – Audit Civico Lazio 2007						
ASL	Ospedali	Distretti	Poliambulatori	CSM	SERT	CAD
RM/A	2	2	2			
RM/B	1	1	4			1
RM/C	1	4	4	1		1
RM/D	1	1	1			1
RM/E	2	1	3	2	2	4
RM/G	1	1	1	1		1
RIETI	1	1	1	1	1	5
Totali 7	9	11	16	5	3	13

Tabella 2 – Quadro di sintesi strutture sanitarie interessate dall'Audit Civico 2007 nel Lazio

Primo capitolo²

UN'ANALISI CRITICA E SISTEMATICA DELL'AZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE PROMOSSA DALLE ORGANIZZAZIONI CIVICHE

1. Le ragioni dell'Audit civico

La decisione di dotare la Cittadinanza attiva di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie - denominato Audit civico - nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per diritti del malato. Non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evoluzione dei servizi sanitari, che le questioni affrontate, oltre cinque anni fa, non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza. La capacità di rispondere a problemi di portata generale, come quelli sotto elencati, può conferire all'Audit civico uno spessore costituzionale.

1.1. Rappresentare il punto di vista dei cittadini

Il primo ordine di problemi era legato **alla esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino"** superando due pregiudizi. Il primo era la riduzione della centralità a puro principio di deontologia professionale. Il secondo consisteva nel ritenere che la tutela dei diritti fosse il risultato, per così dire, automatico di una buona organizzazione. Praticare la centralità del cittadino significa invece definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche ma anche assumere un preciso approccio disciplinare per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria.

Gli strumenti classici della *customer satisfaction* davano risultati insoddisfacenti a questo proposito e sono ormai considerati inadeguati dalla maggior parte degli esperti. Infatti, negli stessi anni di sviluppo dell'Audit civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti³, ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative⁴ ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate.

Gli esiti dei primi cicli dell'Audit civico aiutano a definire meglio il problema. Si è potuto verificare, infatti, che la centralità del cittadino acquista una consistenza concreta quando esso si presenta come puro fruitore dei servizi (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.) o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostrano la crescente, anche se ancora insufficiente attenzione verso la

² Il capitolo è a cura di Alessio Terzi e Michela Liberti.

³ In modo particolare l'Osservatorio sulla qualità percepita istituito dall'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna con il Dipartimento per il Diritto alla Salute e Politiche della Solidarietà della Regione Toscana, l'Agenzia sanitaria della Regione Marche, il Dipartimento Sanità e Servizi Sociali della Regione Liguria, il Servizio Pianificazione e Sviluppo della Direzione generale Sanità della Regione Lombardia, la Regione Umbria, l'Azienda Ospedaliera di Padova e la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna. Cfr. Cinotti R. , Cipolla C.– *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. –Franco Angeli, Milano 2003.

⁴ Cfr. L. Bobbio (a cura di) – *A più voci* – Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica – Edizioni scientifiche italiane – Roma 2004.

terapia del dolore o verso la prevenzione delle infezioni). Non è così quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema e pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti. In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, se così si può dire, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza di un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Per comprendere meglio la portata della questione, conviene riflettere sul fatto che l'espressione "rappresentare il punto di vista del cittadino" ha due significati ben distinti, anche se complementari.

Il primo significato – meno usuale nel senso comune – deriva dal fatto che, nella geometria descrittiva, il punto di vista è il luogo, esattamente determinato, da cui si osserva una specifica realtà ed è possibile produrre una rappresentazione matematicamente determinata della realtà stessa. Il punto di vista del cittadino, quindi, non è una mera espressione di soggettività, ma identifica un modo di osservare (e quindi di rappresentare) il servizio sanitario che è, poi, quello del destinatario del servizio stesso. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non poteva significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi, (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza.

L'attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l'osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi a pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, quello dei medici, quello degli infermieri, quello degli amministratori regionali, ecc.).

La seconda accezione dell'espressione "rappresentare il punto di vista dei cittadini" ha a che fare con la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto dei cittadini, al fine di fare valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. E' del tutto evidente la necessità di intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e la definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo alla amministrazione e ai professionisti.

Per rispondere a questa duplice esigenza l'Audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, ma ha anche identificato i momenti del processo di governo in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione.

Si può dire che l'Audit civico (come è avvenuto su un altro versante per il tema del governo clinico) ha contribuito a mettere in evidenza che, per governare correttamente l'area dei rapporti fra i soggetti che si incontrano, a vario titolo, è necessario mettere a punto specifiche forme di rappresentanza e di rappresentazione.

1.2 La trasparenza del servizio sanitario

Una seconda serie di questioni è **connessa con l'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie**. Il punto di partenza a questo proposito è la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva con il Tribunale per i diritti del malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari per ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti e per fare

sì, in seconda istanza, che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

I processi di aziendalizzazione, avviati dal D.lgs. 502 e confermati dal D.lgs. 229 e la definitiva federalizzazione del servizio sanitario avvenuta con l'approvazione del titolo V della riforma costituzionale del 2001 hanno aperto nuovi problemi di governo. L'intento del legislatore era quello di passare da una gestione, per così dire, amministrativa del servizio ad un governo manageriale capace di fare fronte alla crescente complessità dei processi sanitari e, insieme, di garantire un più efficace controllo della spesa. Questa difficile impresa doveva essere sostenuta, sostanzialmente, da tre processi di governo:

- una pianificazione regionale capace di definire appropriatamente gli obiettivi di salute e di allocare correttamente le risorse;
- l'accreditamento delle strutture per garantire i requisiti indispensabili per una buona erogazione dei servizi;
- la valutazione dei direttori generali e dei dirigenti in base alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

La trasparenza era ovviamente una condizione tecnica indispensabile per garantire il buon funzionamento di un sistema così concepito. Come è ampiamente noto, il contenimento della spesa ha acquisito una priorità assoluta marginalizzando, nella sostanza, tutte le altre funzioni di governo.

Al di là di ogni altra considerazione di merito è impossibile non constatare un aumento della opacità e della autoreferenzialità del sistema sanitario e la necessità assoluta di recuperare la trasparenza minima necessaria per garantire un governo informato. La valutazione civica può portare un contributo non trascurabile a questo proposito. Del resto la corretta rappresentazione del punto di vista del cittadino è ormai considerata parte integrante delle procedure di accreditamento e delle certificazioni di qualità. Non è un caso che il primo esempio di adozione sistematica, a livello regionale, dell'Audit civico preveda il suo inserimento nelle procedure di accreditamento e che questo orientamento sia ripreso nelle altre convenzioni regionali. E' altrettanto interessante rilevare che buona parte delle aziende aderenti hanno adottato la prassi di inserire i rapporti conclusivi dell'Audit civico nella documentazione per l'accreditamento.

1.3 Un contrappeso ai rischi di frammentazione

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale ma fondata su criteri omogenei e comparabili sta nella necessità di **prevenire il rischio** – sempre più evidente - **che il necessario e condivisibile processo di federalizzazione si traduca in una frammentazione irreversibile del servizio sanitario.**

L'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dalla attività di tutela dei diritti e il legame con il benchmarking sono stati, con ogni probabilità, due fattori fondamentali per la diffusione dell'Audit civico. Già in fase di progettazione si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte di diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale potesse essere anche una proposta di difesa dell'Universalità del servizio sanitario pubblico. E' legittimo ritenere che la partecipazione all'Audit civico sia stata per molte realtà una adesione alla proposta.

1.4 Il valore costituzionale della valutazione civica

L'adozione dell'Audit civico da parte delle amministrazioni sanitarie regionali e locali può esser considerato un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione *“Stato, regioni, province, città metropolitane e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà”*.

L'esperienza ha confermato, in una fase importante del ciclo delle politiche pubbliche, quale è la valutazione, che è possibile una azione civica orientata all'interesse generale e che essa può incontrare il sostegno delle istituzioni. La cooperazione sussidiaria in questo caso produce informazioni, non attingibili per altra via, e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione, fa emergere aree critiche cruciali e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili.

Ovviamente l'Audit civico non può esaurire l'azione della Cittadinanza attiva né sostituire certificazioni, sistemi di controllo e di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento, ma può contribuire alla costruzione di un regime di governo dei rapporti fra cittadini e servizi, utile per il superamento di una situazione da tutti ritenuta ampiamente critica.

2. Le quattro domande dell'Audit civico

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono in buona misura dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'Audit stesso vuole dare una risposta. Se la posta in gioco è, come si è appena detto, quella di assumere concretamente la centralità del punto di vista del cittadino, tali quesiti dovrebbero formalizzare correttamente i problemi che i cittadini stessi sperimentano nel loro rapporto con i servizi sanitari. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative rispettivamente di quattro aspetti dell'esperienza del cittadino.

- 1) Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto – per problemi propri o di famiglia - in un processo di prevenzione, diagnosi, cura o riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: *“quali sono le azioni elementari che le aziende sanitarie stanno conducendo per fare sì che l'assistenza sanitaria sia messa a disposizione dei cittadini senza imporre ulteriori gravami ed ostacoli a chi deve già sopportare il peso della malattia propria o di un familiare?”*
- 2) Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e provoca il seguente quesito: *“che priorità assumono, nell'azione generale delle aziende sanitarie, le politiche relative alla prevenzione dei rischi e degli effetti indesiderati delle cure mediche, alla riduzione del dolore e dell'impatto sulla vita quotidiana dei malati e delle loro famiglie?”*.
- 3) Il terzo tipo di rapporto fra cittadini e il servizio sanitario riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se *“la partecipazione dei cittadini è una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o resta un “rituale democratico” utile, al massimo, per favorire una maggiore correttezza formale delle attività aziendali?”*.
- 4) Il cittadino infine, risiede in uno specifico territorio nel quale possono insorgere specifici problemi ed allora è bene verificare *“quali risposte tempestive e pertinenti è in grado di dare l'azienda ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?”*.

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fa sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione, però, mette a disposizione indicazioni importanti, forse insostituibili, per la selezione dei temi da includere nell'Audit civico e dei dati da raccogliere.

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l'orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su che cosa si sta facendo per:

- facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, eliminando le barriere fisiche (disponibilità di mezzi pubblici, barriere architettoniche, ecc.), organizzative (Centri unificati di prenotazione, liste di attesa, ecc.) e informative;
- garantire una buona informazione sui servizi;
- favorire le azioni di tutela dei diritti;
- rendere disponibile e utilizzabile la documentazione sanitaria;
- rendere confortevoli e accoglienti le strutture;
- adeguare l'organizzazione e i comportamenti alle esigenze di rispetto della identità personale, culturale e sociale dei malati;
- in generale migliorare la qualità dei servizi.

Per quanto riguarda la seconda domanda si possono prendere in considerazione gli interventi di adeguamento della sicurezza delle strutture e degli impianti, i provvedimenti relativi all'individuazione e alla prevenzione degli errori nella pratica medica e assistenziale, le misure per la riduzione del dolore dei pazienti e l'attività volta a facilitare l'utilizzazione dei servizi da parte dei malati cronici e terminali.

La trattazione della terza questione – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella formulazione e nella valutazione delle politiche aziendali – è meno immediata. L'occasione dell'Audit civico comunque permette di fare un punto sulla situazione della attuazione di alcune disposizioni legislative - come la presenza di rappresentanti dei cittadini nei Comitati etici per la valutazione delle sperimentazioni, nei Comitati per il buon uso del sangue e nelle Commissioni miste conciliative - sulla capacità di superare la soglia della occasionalità nei rapporti fra aziende e organizzazioni civiche e, infine, sulla capacità di dare a tutto questo sistema di rapporti un respiro strategico o, almeno, non puramente formale.

La quarta domanda è tecnicamente indeterminata per l'evidente motivo che non è possibile prevedere quali siano i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti. Non è possibile individuare a priori i parametri da utilizzare per la valutazione (e, a tutt'oggi non è ancora stata fatta una analisi sistematica delle esperienze realizzate nel 2001 e nel 2002), ma questo ovviamente non impedisce alle realtà locali di formulare giudizi pertinenti e motivati.

3. Riferimenti teorici e metodologici

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità⁵.

⁵ Per una illustrazione più analitica degli aspetti metodologici, cfr. A. Lamanna, A Terzi – La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie – in G. Banchieri (a cura di) - Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana - Italpromo, Roma 2005.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita⁶. Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari relativi alle strutture della valutazione, alla definizione operativa dei cicli e degli strumenti di raccolta dei dati e di produzione delle informazioni, alla interpretazione dei risultati.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del D.P.C.M. del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini una autonoma e significativa attività di valutazione dei servizi ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività. Ai fini dello sviluppo dell'Audit Civico, assume una particolare rilevanza il concetto di **fattore di qualità** inteso come **“aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie”**. Diviene possibile, in questo modo, scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo o occasionale a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

Le procedure della qualità hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra il Tribunale per i diritti del malato e le direzioni aziendali e per definire le modeste correzioni necessarie per favorire una maggiore integrazione con i processi di controllo e di miglioramento. Il secondo contributo, dato dalla metodologia del *benchmarking*, ha permesso di definire un insieme di performance che rendono possibile la comparazione fra le aziende e quindi aumentano la significatività della valutazione.

4. La struttura di valutazione dell'Audit civico

Con il contributo di un “Tavolo tecnico di lavoro per l'Audit civico⁷” e a partire da un progetto elaborato da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, è stata messa a punto una struttura articolata in: componenti, fattori, indicatori. Essa è riassunta nella seguente figura.

⁶ G. Moro “Manuale di cittadinanza attiva”, Carocci editore, Roma, 1998.

⁷ Il tavolo, costituito nel 2000, era composto da esperti dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto per il marchio di qualità (Imq/Csq), delle aziende ospedaliere di Caserta, Torino (San Giovanni Battista), Monza (San Gerardo), delle aziende sanitarie locali di Bologna Nord e di Legnago, e da rappresentanti di Astra Zeneca e da responsabili locali e nazionali di Cittadinanzattiva.

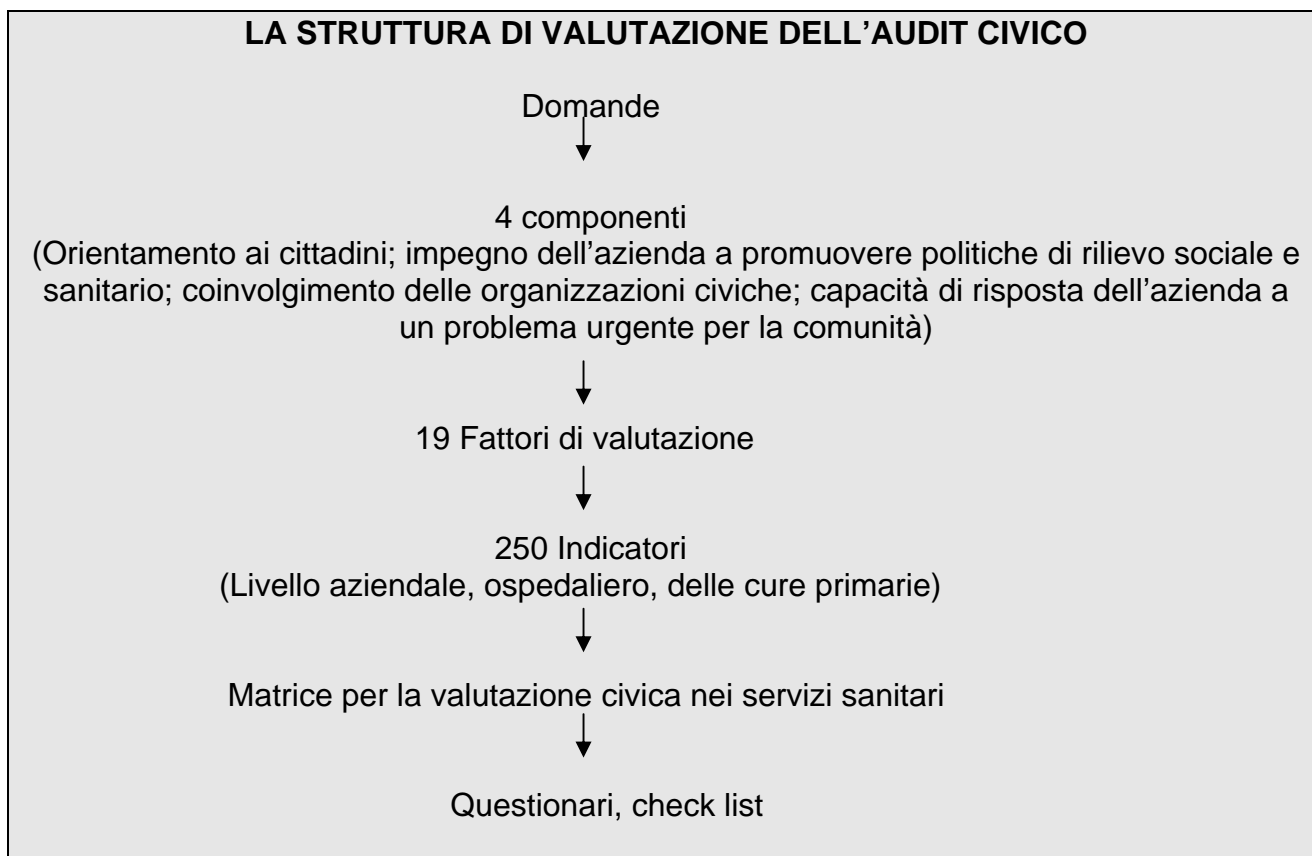


Fig. 1: struttura di valutazione dell'Audit Civico.

In primo luogo, sono state definite 4 *componenti* corrispondenti a ciascuna delle domande fondamentali illustrate in precedenza. Le componenti sono:

- a. *l'orientamento ai cittadini*, cioè l'attenzione dimostrata dall'azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel SSN (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale, ecc.);
- b. *l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche* di particolare rilievo sociale e sanitario;
- c. *il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali*;
- d. *la capacità di risposta* dell'azienda sanitaria a un *problema concreto* vissuto come urgente dalla *comunità locale*.

Le *prime tre componenti* sono sviluppate secondo un approccio *nazionale*, strutturato centralmente, volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche e la successiva possibilità di promuovere esperienze di *benchmarking* e di disseminazione di buone pratiche.

Queste tre componenti sono articolate in *fattori di valutazione*, secondo il seguente schema:

a. Orientamento al cittadino:

- accesso alle prestazioni sanitarie;
- rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- relazioni sociali;
- informazione;
- assistenza alla persona;
- comfort - prestazioni alberghiere;

- supporto ai degenti e alle loro famiglie;
- documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti;
- tutela dei diritti;
- programmi di miglioramento della qualità.

b. Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario:

- gestione del rischio clinico;
- sicurezza delle strutture e degli impianti;
- malattie croniche e oncologia;
- gestione del dolore.

c. Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

- istituti di partecipazione degli utenti nel Servizio Sanitario Nazionale previsti dalla legislazione vigente;
- altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

Ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione di una serie di *indicatori*, raccolti in una *matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari*. La matrice, che al momento contiene circa 250 indicatori, è articolata in 3 livelli:

- il primo livello contiene gli indicatori applicabili all'azienda sanitaria nel suo complesso (*livello aziendale*);
- il secondo livello contiene gli indicatori relativi agli ospedali (*livello dell'assistenza ospedaliera*);
- il terzo livello contiene gli indicatori relativi alla medicina di famiglia, cure domiciliari, medicina specialistica territoriale, servizi di salute mentale e per le tossicodipendenze (*livello delle cure primarie*).

La *quarta componente*, come si è già detto, è studiata attraverso un *approccio locale* e riguarda un argomento scelto dall'équipe al livello di azienda sanitaria tra quelli vissuti dalla comunità locale come più urgenti.

I dati sono raccolti da équipe miste composte da cittadini e operatori sanitari delle aziende che partecipano all'Audit civico.

Per la raccolta dei dati sono utilizzati:

- 5 *tipologie di questionari* rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell'Audit civico;
- 1 *questionario* rivolto ai rappresentanti delle organizzazioni di volontariato presenti in alcuni comitati dell'azienda sanitaria⁸;
- 5 *diverse check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari).

5. Il benchmarking

Parte costitutiva dell'Audit civico è lo sviluppo di una valutazione comparativa (*benchmarking*) delle performance aziendali nei fattori di valutazione delle tre componenti "orientamento al cittadino", "impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario" e "coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali".

Alla base del benchmarking c'è la costruzione di un grafico che mostra i valori dell'indice di adeguatezza agli standard (IAS) che ciascuna delle aziende sanitarie ha ottenuto per ognuno dei fattori di valutazione considerati.

I risultati dell'Audit civico, così organizzati, vengono discussi in "incontri di benchmarking" ai quali partecipano le équipes delle diverse aziende. Nel corso di questi incontri, si sviluppa la possibilità per ciascuna équipe di:

- interpretare i risultati del proprio Audit civico in un contesto più ampio;
- individuare le eventuali aree di eccellenza o le aree critiche che caratterizzano la propria prestazione;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori performance.

5.1 Il calcolo dell'IAS (Indice di Adeguamento agli Standard)

Attraverso il calcolo dell'*indice di adeguamento agli standard (IAS)* è possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti presi in considerazione. L'IAS esprime in quale misura i valori raccolti per gli indicatori raggruppati in un fattore di valutazione corrispondono ai "valori attesi", vale a dire agli standard di riferimento proposti da norme, carte dei diritti dei cittadini, documenti di società scientifiche, ecc. Nei casi in cui gli standard non sono disponibili, si possono individuare valori di riferimento dall'analisi dei dati rilevati.

I passi, necessari per il calcolo dell'IAS di un "fattore di valutazione", sono:

- a. la definizione degli indicatori del fattore considerato;
- b. la comparazione delle situazioni rilevate per ogni singolo indicatore con il relativo standard di riferimento;
- c. l'attribuzione ad ogni indicatore di un valore compreso fra 0 e 100, dove 100 indica la totale corrispondenza allo standard di riferimento e 0 la totale difformità da esso;
- d. la pesatura, ove necessario, degli indicatori, sulla base della loro rilevanza;
- e. il calcolo della media aritmetica dei valori attribuiti agli indicatori.

Successivamente, se necessario, si può calcolare l'IAS di un gruppo di fattori di valutazione, appartenenti a una singola componente e, ancora, l'IAS di tutte le componenti e quindi della realtà osservata (per esempio un ospedale).

Il calcolo dell'IAS ha permesso di utilizzare la valutazione civica per praticare la metodologia del benchmarking e quindi per promuovere una valutazione comparativa tra le singole realtà oggetto della valutazione civica, con l'obiettivo di:

- fornire l'opportunità d'interpretare i risultati della valutazione civica in un contesto più ampio e quindi individuare eventuali aree di eccellenza o ritardi rispetto ad altre realtà analoghe;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori *performance*.

Bibliografia

- Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità* Franco Angeli, Milano 2002
- Azienda Ospedaliera OIRM San'Anna *Carta dei servizi, sezione terza* Torino, 1996
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista della città di Torino - *Carta dei servizi. I fattori di qualità* Torino, 2005
- Cinotti R. Cipolla C. *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini* – Franco Angeli, Milano, 2003
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – *La Carta dei servizi pubblici sanitari* – 19 maggio 1995
- Dipartimento della Funzione Pubblica *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche* Collana Cantieri, Roma 2003
- Dobson C. *The citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver* Vancouver Citizen's Committee, Vancouver 1995
- Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione* Roma 1990
- Donolo C: – *Il sogno del buon governo. Apologia del regime democratico* – Anabasi, Milano 1992
- Ferla V. (a cura di) - *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)* – Edizioni cultura della pace, Cal enzano, 2001 e 2002
- Galizio M. Terzi A. - *L'azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino e gli operatori civici della qualità* – Fondazione Smith Klein – Tendenze nuove n.2/1999
- Health and Social Campaigners' Network - *Patients' Rights in Europe: a Citizens' Report* - Summary of Meeting Organised by Active Citizenship Network at the European Parliament, Brussels February 28th to March 1st 2005; Oxford Vision 2020, March 2005
- Inglese S.A. *Cittadini e servizi sanitari Rapporti annuali (dal 1996 al 2004)* Cittadinanzattiva
- Lamanna A. *Audit Civico: la valutazione dei cittadini e la costruzione della qualità* Q.A. 13 3: 157 – 158
- Lamanna A., Terzi A.- *La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie: i programmi "Audit civico e Ospedale sicuro* – in Banchieri G. (a cura di) – *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana* – Italtromo , Roma 2005
- Lamanna A., Terzi A.- *"Audit civico il punto di vista del cittadino* – in Bocci F., Mozzo A. (acura di) – *La Balanced scored orintata dalla mission* - Il Sole 24 ore , Milano 2006
- Lamanna A. Terzi A. *La valutazione della qualità delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini- Rapporti annuali (dal 2001 al 2004)* Cittadinanzattiva -
- Legambiente *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* Legambiente, Roma, 1996
- Ministero della sanità *Come definire e utilizzare gli standard di qualità* Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari, 1996
- Moro G. - *Azione civica* – Carocci Faber, Roma, 2005
- Id. (2005a), "Citizens' Evaluation of Public Participation", in Caddy J. (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris 2005, pp. 109-126.
- Id. - *Manuale di cittadinanza attiva* – Carocci editore, Roma, 1998
- Moro G. Petrangolini T. *Il governo scalzo della salute* Democrazia diretta n. 4-5, 1987
- Movimento federativo democratico *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario nazionale* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute* 1998
- Passerini A. Corposanto C *La costruzione partecipata della Carta dei servizi. L'esperienza della APSS di Trento* Franco Angeli, Milano, 2004
- Petrangolini T. *Salute e diritti dei cittadini* Editori riuniti, Roma, 2002
- Rubin H. Rubin I. – *Community Organizing and Development* – Mac Millan Publishing Company, New York, 1992
- Terzi A. *Osservazione Civica della sicurezza negli ospedali* Q.A. 13 3: 156
- Terzi A. - *La partecipazione dei cittadini al regime di governo dei rischi* Snop rivista n. 50, luglio 1999
- Terzi A. Moccia F. *Ospedale sicuro Rapporto annuale (dal 1998 al 2004)* Cittadinanzattiva
- Wildavskiy A. – *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis* – Transaction Publisher, New Brunswick, 1993

Secondo capitolo

I RISULTATI DI BENCHMARKING

1. Introduzione

Al programma regionale di Audit civico realizzato nel Lazio nell'anno 2007, hanno partecipato sette Aziende Sanitarie Locali e complessivamente la raccolta dei dati, terminata nel giugno 2007, ha riguardato 57 strutture sanitarie. La tabella che segue mostra il dettaglio delle strutture sanitarie interessate dall'Audit Civico. L'elenco delle strutture monitorate per ogni singola ASL è riportato nell'appendice "a".

In questo capitolo presentiamo i risultati di benchmarking organizzati per fattori di valutazione. Per ogni componente prevista dall'Audit civico è riportata l'analisi del confronto tra gli Indici di Adeguamento agli Standard ottenuti da ogni ASL rispetto al fattore considerato. Ricordiamo che ogni fattore è rilevato a livelli differenti: livello aziendale, dell'ospedale, del distretto, del poliambulatorio e del CSM/SerT. I dati relativi al livello del distretto fanno riferimento alle sedi di distretto e quelli dei CSM/SerT, così come prevede la metodologia dell'Audit, sono considerati insieme.

2. Come leggere i dati relativi agli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS)

Per ogni fattore di valutazione delle tre componenti standard presentiamo il valore dell'Indice di Adeguamento agli Standard, l'elenco degli indicatori che confluiscono nel fattore considerato e un grafico per ogni livello di rilevazione del fattore considerato nel quale le aziende sono identificate con sigle anonime, così com'è stato concordato tra i vari gruppi di lavoro. Il grafico consente di avere una visione dell'andamento dell'IAS tra le varie aziende che hanno partecipato all'Audit. Ogni grafico è accompagnato da un commento finalizzato a mettere in luce i punti di forza e le criticità che scaturiscono dall'analisi dell'andamento degli indicatori. L'Indice di Adeguamento agli Standard è un valore medio compreso tra 0 e 100, che esprime in quale misura l'azienda, in relazione al fattore (es. accesso alle prestazioni, ecc.) e al livello considerato (es. ospedale, poliambulatorio ecc.), rispetta gli standard proposti. Per la definizione degli standard si è adottata quella proposta da JCAHO⁹ che considera gli standard come "insieme di aspettative circa le performance, le strutture i processi delle strutture sanitarie". In questo caso le aspettative sono state determinate secondo le indicazioni della legislazione nazionale e regionale e in base ai documenti di organizzazioni scientifiche (linee guida) e di organizzazione dei cittadini (Carte dei diritti del malato).

Nel proporre una lettura in termini di "giudizi" degli IAS si è utilizzata la seguente tabella di equivalenza. Ci sembra importante sottolineare però che la lettura dell'IAS, trattandosi di un dato medio, deve necessariamente tener conto del differente peso dei diversi fattori e non può prescindere da una sua contestualizzazione sul piano locale.

⁹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals* – 1996.

Tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS

IAS 100-81=OTTIMO

IAS 80-61=BUONO

IAS 60-41=DISCRETO

IAS 40-21=SCADENTE

IAS 20-0= PESSIMO

PRIMA COMPONENTE



“ORIENTAMENTO VERSO I CITTADINI”

3. Prima componente: “Orientamento verso i cittadini”

La prima componente è sicuramente quella più corposa poiché è costituita da 10 fattori di valutazione e ci fornisce delle indicazioni relativamente a quegli aspetti che riguardano più da vicino il rapporto tra strutture sanitarie e cittadini. La tabella che segue mostra per ogni livello di analisi l'IAS dei fattori relativi all'orientamento ai cittadini.

Legenda:

L1- livello azienda sanitaria
 L2- livello assistenza ospedaliera
 L3a- livello distretto
 L3b- livello poliambulatorio
 L3c- livello CSM/Ser.T

Classi di punteggio IAS

IAS 100-81=OTTIMO
 IAS 80-61=BUONO
 IAS 60-41=DISCRETO
 IAS 40-21=SCADENTE
 IAS 20-0= PESSIMO

N.B.= ogni fattore è rilevato su diversi livelli, le celle contrassegnate con il simbolo “=” indicano che per quel fattore non è prevista la rilevazione a quel livello.

I COMPONENTE “Orientamento verso i cittadini”					
Fattori di valutazione	L1	L2	L3a	L3b	L3c
1-Accesso alle prestazioni	93	77	75	64	80
2-Rispetto dell'identità	=	48	=	=	45
3-Relazioni sociali	=	24	=	=	=
4-Informazione	=	53	41	55	51
5-Assistenza alla persona	=	57	=	=	=
6-Comfort	=	55	48	46	46
7-Supporto ai degenti e alle famiglie	=	68	9	=	44
8-Documentazione sanitaria	=	74	=	7	44
9-Tutela dei diritti	59	62	39	70	31
10-Programmi per la qualità	=	45	9	24	34

Tabella 3: IAS dei fattori di valutazione – Prima componente “Orientamento ai cittadini”

Per un sguardo d'insieme su questa prima componente è utile osservare la distribuzione degli IAS medi dei singoli fattori riportata dal grafico che segue.

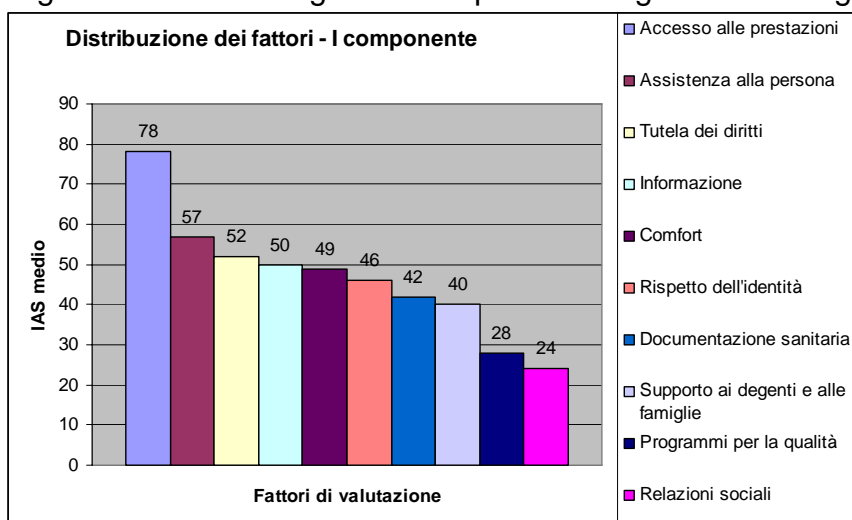


Fig. 2: grafico distribuzione dei fattori della I componente

Come si evince chiaramente l'accesso alle prestazioni sanitarie è sicuramente un punto di forza, mentre il supporto ai degenti e alle famiglie, i programmi per il miglioramento della qualità e le relazioni sociali sono aspetti particolarmente critici dell'orientamento ai cittadini dato che registrano un IAS scadente.

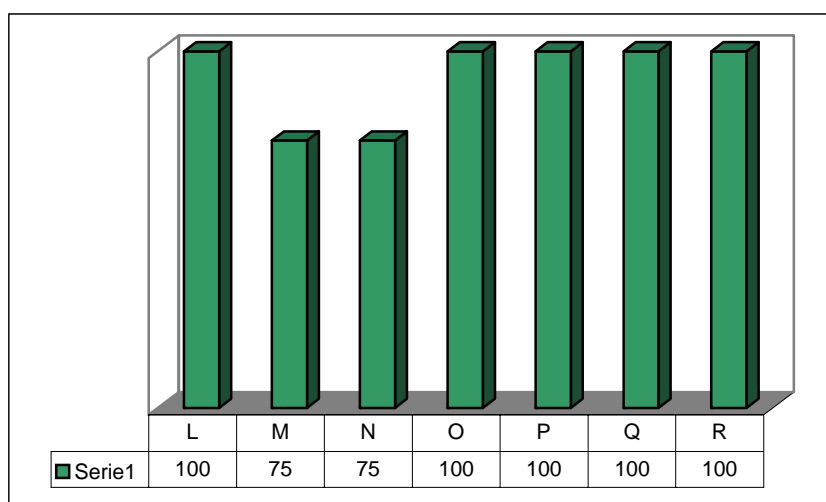
A questo punto procediamo con un'analisi dettagliata dei singoli fattori.

3.1 Fattore “accesso alle prestazioni”

L'accesso alle prestazioni sanitarie è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit e l'IAS medio è 78, ossia “buono”, da notare che a livello aziendale il fattore ottiene un IAS ottimo mentre il punteggio più basso, che comunque è buono, riguarda il livello dei poliambulatori.

3.1.1 Livello aziendale - Fattore “accesso alle prestazioni”

OTTIMO (IAS=93)



Elementi valutati

Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi

Presenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico

Presenza di un sito web aziendale

Presenza di un Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP)

Numero addetti URP su numero ricoveri ordinari effettuati nell'anno (per A.O.)

Numero addetti URP su popolazione residente (per A.S.L.)

Fig. 3: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello aziendale, prima componente.

Commento:

La maggior parte delle aziende raggiunge pienamente gli standard proposti e anche nei due casi con IAS=75, il livello è comunque buono. In queste due aziende l'abbassamento dell'IAS è legato all'assenza del sito web aziendale.

3.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “accesso alle prestazioni”

BUONO (IAS=77)

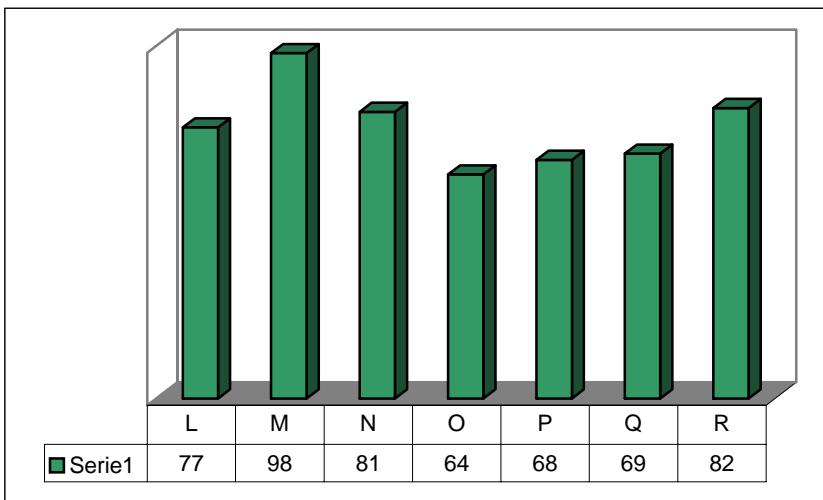


Fig. 4: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Linea di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
 Protocollo di accoglienza per coloro che si ricoverano
 Prestazioni con prenotazione sospesa negli ultimi 30gg
 Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi differenziati in rapporto alla gravità e all'urgenza
 Definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti da un medico dell'ospedale
 Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale
 Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate in ospedale
 Prenotazione telefonica tramite CUP
 Numero sportelli per prenotazione di visite ed esami dotati di sistema di controllo e regolazione delle file su totale sportelli per il pubblico
 Punti di riscossione del ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)
 Registro dei Ricoveri programmati presso Direzione Sanitaria e U.O. consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti
 Procedura del triage al Pronto Soccorso
 Ingressi con barriere architettoniche
 Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale

Commento:

L'accesso alle prestazioni a livello ospedaliero non tiene conto dei tempi di attesa ai quali è dedicata un'analisi separata. Complessivamente tutte le aziende riescono ad ottenere un buon raggiungimento degli standard, in tre casi l'IAS è ottimo.

I punti di forza (IAS \geq 81):

- Il sistema RECUP della Regione Lazio e la presenza dei CUP aziendali, riescono a garantire un sistema semplice ed efficiente per la prenotazione delle prestazioni.
- I presidi ospedalieri sono facilmente raggiungibili dai cittadini con i mezzi del trasporto pubblico.
- I registri dei ricoveri programmati sono consultabili dal pubblico nel pieno rispetto della privacy.

I punti di debolezza (IAS \leq 64):

- In tre casi manca il protocollo di accoglienza per coloro che si ricoverano.
- In tre casi i punti di riscossione ticket non accettano modalità di pagamento diverse da quelle tradizionali.
- In due casi sono presenti ingressi con barriere architettoniche.

3.1.2.1 Le liste di attesa - dati no IAS

Quadro riassuntivo delle prestazioni ospedaliere per le quali è previsto un percorso differenziato in base all'urgenza.

Prestazione	tot. % percorsi differenziati	tot ospedali considerati
ecodoppler cardiaco	87%	8=100%
ecografia addominale	86%	7=100%
gastroscopia	86%	7=100%
Tac total body	86%	7=100%
campimetria	57%	7=100%
visita fisiatrica	67%	6=100%
Ecg dopo sforzo	71%	7=100%
mammografia	71%	7=100%
colonscopia	86%	7=100%
Rmn total body	50%	6=100%
Visita cardiologica	100%	6=100%

Tabella. 4: prestazioni ospedaliere per le quali sono previsti percorsi differenziati in base all'urgenza.

Come si può notare i percorsi differenziati in base all'urgenza sono diffusi nella maggior parte degli ospedali visitati. Ci preme segnalare in positivo il fatto che tutti gli ospedali hanno percorsi differenziati per la cardiologia e che però ancora stentano a decollare i percorsi differenziati per una risonanza magnetica total body. Naturalmente in tutto questo un ruolo importante lo gioca l'appropriatezza delle prestazioni. Sempre più gli operatori sono sensibilizzati su questo fronte, auspichiamo, non solo per ragioni finanziarie.

Quadro riassuntivo dei tempi di attesa per interventi chirurgici in ricovero ordinario negli ospedali visitati dalle équipes locali dell'Audit civico.

Prestazione	tot. ospedali considerati	fino a 10 gg	da 11 a 30 gg	da 31 a 60 gg	da 61 a 90 gg	da 91 a 120 gg	oltre 120 gg
colecistectomia	6=100%	17%	49%	17%	17%	0%	0%
prostatectomia	5=100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
riparazione ernia inguinale	5=100%	20%	60%	0%	0%	0%	20%
estrazione di cataratta	2=100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
asportazione menisco ginocchio	3=100%	34%	0%	0%	33%	0%	33%

Tabella 5: tempi di attesa medi per interventi chirurgici in ricovero ordinario

Dai dati si evince come ancora per una colecistectomia si aspettano anche 90 giorni mentre nell'80% dei casi la riparazione di un'ernia inguinale viene garantita entro 30 giorni.

Quadro riassuntivo dei tempi di attesa per esami diagnostici in regime intramoenia

Prestazione	tot. Ospedali considerati	fino a 10 gg	da 11 a 30 gg	da 31 a 60 gg	da 61 a 90 gg	da 91 a 120 gg	oltre 120 gg
ecodoppler cardiaco	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
ecografia addominale	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
gastroscopia	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Tac total body	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
campimetria	4=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
visita fisiatrica	4=100%	75%	25%	0%	0%	0%	0%
Ecg dopo sforzo	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
mammografia	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
colonscopia	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Rmn total body	4=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Visita cardiologica	5=100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabella 6: tempi di attesa medi per esami diagnostici in regime intramoenia

A differenza dei regimi ordinari, per le quasi totalità delle prestazioni, in intramoenia non si attende più di 10 giorni. Questo è un brutto segnale per un servizio sanitario che vuole sempre più aspirare ad essere solidale ed equo. La percezione che hanno i cittadini attraverso la lettura di questi dati è che chi può permettersi di pagare può essere curato e chi invece non lo può fare deve attendere invece anche mesi.

3.1.3 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “accesso alle prestazioni”

BUONO (IAS=75)

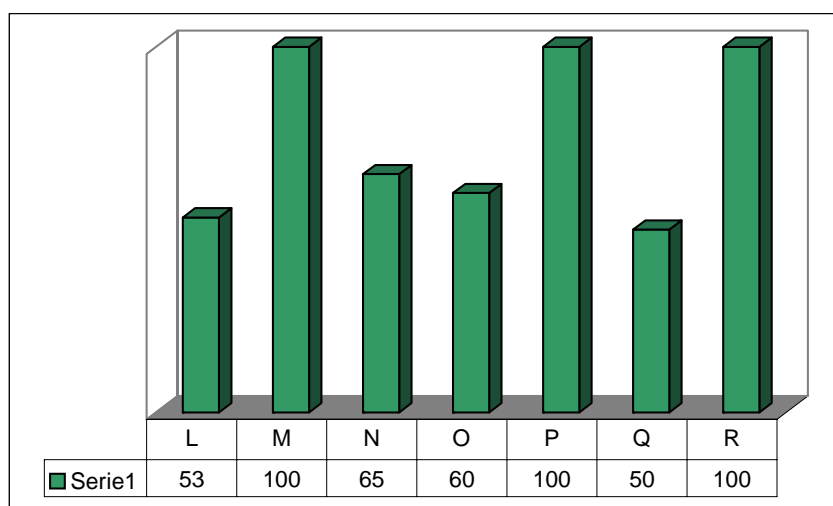


Fig. 5: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello Cure primarie: distretto

Elementi valutati

Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto
 Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto
 Ingressi con barriere architettoniche nella sede di distretto
 Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici
 Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolazione delle file
 Numero domande di assistenza domiciliare valutate positivamente e in attesa dell'avvio del programma assistenziale su numero domande valutate positivamente

Commento:

A livello del distretto l'accesso alle prestazioni è mediamente buono, ma come si osserva dal grafico, c'è una forte variabilità tra le singole aziende: in tre casi si raggiunge l'eccellenza (IAS=100) mentre in tre casi il fattore scende a livelli discreti. Come anticipato sopra è importante tener presente che i dati considerati fanno riferimento esclusivamente alle sedi di distretto.

La situazione più critica con IAS=50 è penalizzata dal fatto che la sede di distretto non è raggiungibile con i mezzi del trasporto pubblico e che presenta ingressi con barriere architettoniche.

In generale, rispetto agli indicatori c'è da sottolineare che in tre casi non sono stati forniti dalle direzioni di distretto i dati relativi al numero domande di assistenza domiciliare valutate positivamente e in attesa dell'avvio del programma assistenziale sul numero domande valutate positivamente.

Per quanto concerne i dati relativi all'assistenza domiciliare si rimanda al capitolo specifico sui CAD, scelti come quarta componente dell'Audit dalle aziende sanitarie.

3.1.4 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “accesso alle prestazioni”

BUONO (IAS=64)

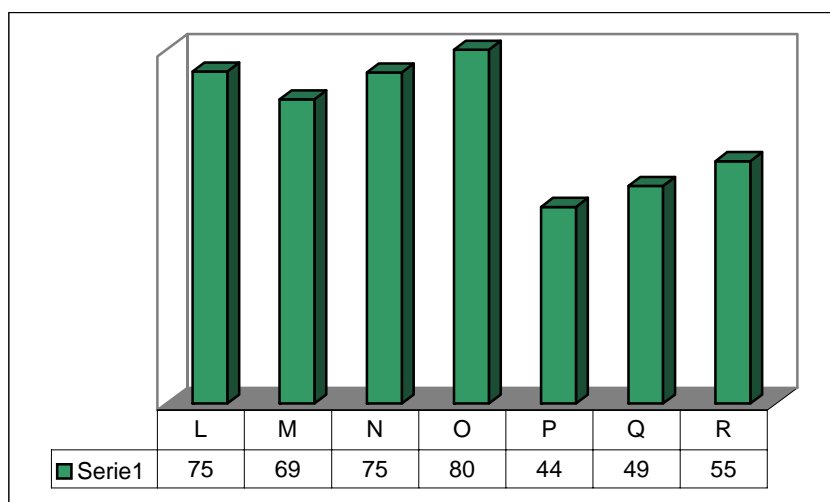


Fig. 6: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Accesso alle prestazioni” – Livello poliambulatorio

Commento:

A fronte di un IAS mediamente buono, c'è da rilevare, che l'accesso alle prestazioni a livello di poliambulatorio registra il valore più basso rispetto alla totalità dei livelli di analisi considerati. Inoltre in tre casi l'IAS ricade nella categoria del “discreto”.

I punti di forza (IAS \geq 83):

- Raggiungibilità dei poliambulatori con i mezzi del trasporto pubblico.
- Presenza di sistemi di regolamentazione delle file per gli sportelli.
- Possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici tramite CUP aziendale.

Elementi valutati

Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
Ingressi con barriere architettoniche
Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolazione delle file
Prestazioni diagnostiche-terapeutiche con prenotazione sospesa negli ultimi 30 giorni
Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in base alla gravità e all'urgenza
Possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante CUP Aziendale
Possibilità di prenotare per telefono visite ed esami mediante CUP aziendale
Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate
Appuntamenti dati per orari personalizzati
Punti di riscossione del ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)

I punti di debolezza (IAS≤56):

- Presenza di barriere architettoniche agli ingressi di 5 poliambulatori su 16.
- In 7 poliambulatori su 16, nonostante la legge non lo consenta, di fatto negli ultimi 30 gg a partire dalla data di somministrazione del questionario, si sono verificati casi di sospensione di prestazioni diagnostiche-terapeutiche.
- In una sola azienda gli appuntamenti sono dati con orari personalizzati.
- La possibilità di pagare il ticket con modalità diverse da quelle tradizionali è per lo più assente, solo un'azienda raggiunge un IAS=100.

3.1.4.1 I tempi di attesa per le prestazioni nei poliambulatori

Quadro riassuntivo delle prestazioni dei poliambulatori per le quali è previsto un percorso differenziato in base all'urgenza.

Prestazione	% percorsi differenziati	tot. Poliambulatori considerati
<i>ecodoppler cardiaco</i>	54%	13=100%
<i>ecografia addominale</i>	62%	13=100%
<i>visita fisiatrica</i>	54%	13=100%
<i>Ecg dopo sforzo</i>	36%	11=100%
<i>mammografia</i>	38%	13=100%
<i>Visita cardiologica</i>	92%	13=100%

Tabella 7: prestazioni erogate dai poliambulatori che prevedono percorsi differenziati

A differenza degli ospedali, la percentuale dei poliambulatori che adottano percorsi differenziati per le prestazioni considerate mediamente bassa ad eccezione della visita cardiologica per la quale il percorso differenziato è presente nel 92% dei poliambulatori considerati.

Quadro riassuntivo dei tempi di attesa delle prestazioni nei poliambulatori

Prestazione	tot. Poliambulatori considerati	fino a 10 gg	da 11 a 30 gg	da 31 a 60 gg	da 61 a 90 gg	da 91 a 120 gg	oltre 120 gg
<i>ecodoppler cardiaco</i>	13=100%	30%	10%	10%	30%	10%	10%
<i>ecografia addominale</i>	13=100%	9%	27%	9%	0%	55%	0%
<i>visita fisiatrica</i>	13=100%	46%	27%	9%	18%	0%	0%
<i>Ecg dopo sforzo</i>	11=100%	39%	25%	12%	12%	0%	12%
<i>mammografia</i>	13=100%	11%	45%	11%	11%	22%	0%
<i>Visita cardiologica</i>	13=100%	42%	42%	8%	8%	0%	0%

Tabella 8: tempi di attesa per le prestazioni erogate dai poliambulatori.

Come si evince dalla tabella i tempi d'attesa più critici riguardano l'ecografia addominale per la quale nel 55% dei poliambulatori considerati l'attesa varia dai 91 ai 120 giorni e anche se in misura minore, i tempi d'attesa risultano critici anche per l'ecodoppler cardiaco per il quale nel 50% dei poliambulatori considerati il tempo d'attesa supera i 60 giorni.

3.1.5 Livello Cure primarie: CSM/SerT - Fattore "accesso alle prestazioni"

BUONO (IAS=80)

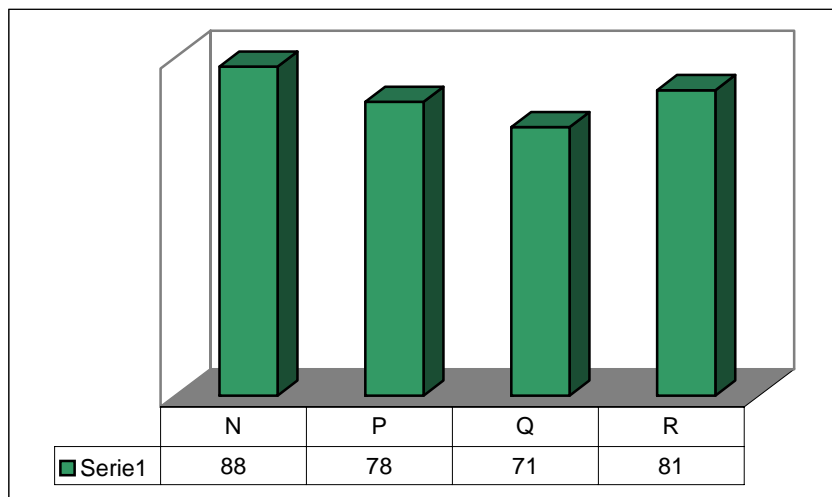


Fig. 7: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Accesso alle prestazioni" – Livello CSM/SerT

Elementi valutati

Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
Ingressi con barriere architettoniche

Accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza per la valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale

Possibilità di prenotare per telefono colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.

Colloquio con un operatore sanitario al momento della prima richiesta di assistenza.

Reperibilità sulle 24 ore per i casi urgenti

Numero ore al giorno di apertura del servizio

Numero giorni di apertura settimanale

Strutture residenziale (CSM) o comunità terapeutiche (Ser.T.) collegate

Strutture diurne collegate

Commento:

A livello di CSM/SerT, l'accesso alle prestazioni

è mediamente buono e riflette una situazione di omogeneità tra le aziende.

Non vi sono aree di particolare criticità, a livello di IAS l'indicatore che registra il valore più basso è la reperibilità sulle 24 h per i casi urgenti.

A tal proposito è necessario considerare però che tale servizio è garantito a livello locale dalle strutture del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura che non sono state interessate dall'Audit civico.

Un indicatore che registra l'eccellenza in tutte le aziende considerate (IAS=100) è quello relativo alla presenza di strutture diurne collegate ai CSM e SerT.

3.2 Fattore “Rispetto dell’identità”

In questo fattore, che viene rilevato a livello dell’assistenza ospedaliera e di CSM/SerT, confluiscono quattro indicatori relativi al rispetto dell’identità personale, culturale e sociale dei pazienti ricoverati e alla personalizzazione delle cure.

3.2.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “rispetto dell’identità”

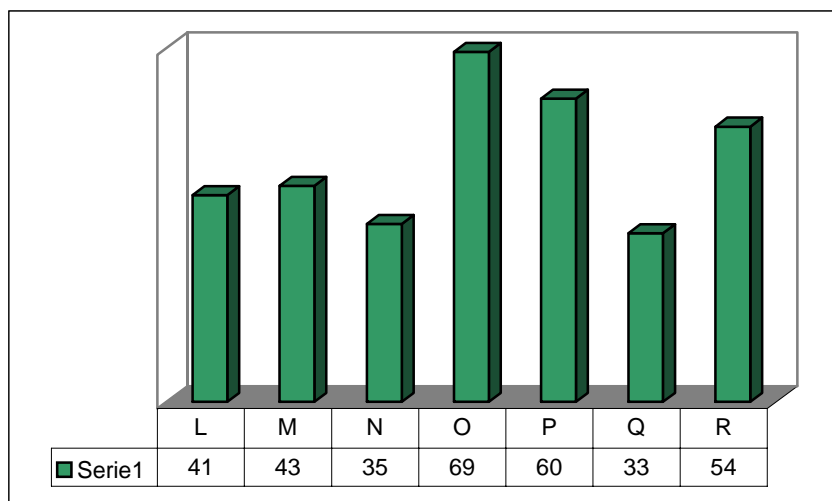


Fig. 8: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Rispetto dell’identità” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Il rispetto dell’identità a livello di assistenza ospedaliera è discreto e l’andamento degli IAS mostra una certa variabilità verso il basso tra le aziende. In un solo caso (IAS=69) si raggiunge un livello buono, mentre in due casi il fattore scende a livelli scadenti.

I punti di forza (IAS \geq 86):

- Presenza in tutte le unità operative di pediatria osservate di arredi adatti all’età dei pazienti (IAS=100)
- Adeguatezza dell’orario della distribuzione del pranzo

I punti di debolezza (IAS \leq 46):

- Sostanziale assenza del servizio d’interpretariato e mediazione culturale nei reparti di degenza. Solo un’azienda raggiunge l’eccellenza (IAS=100) per entrambi gli indicatori mentre, in ben quattro casi il servizio d’interpretariato è totalmente assente e in cinque casi non è presente il servizio di mediazione culturale.

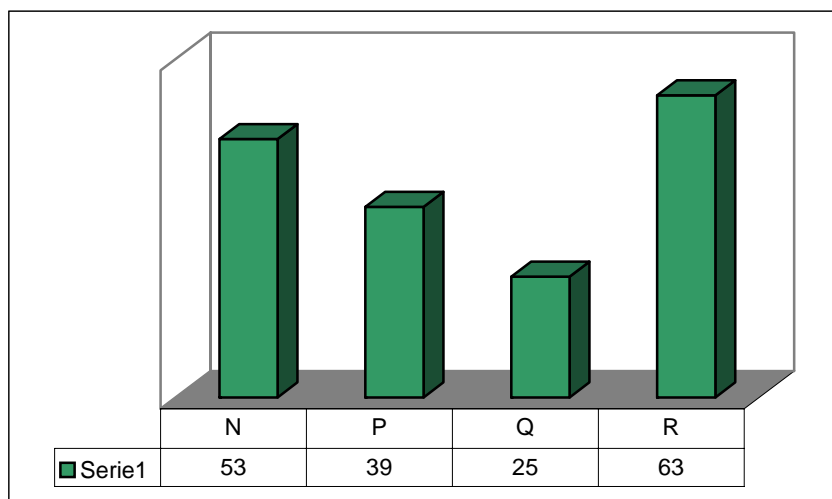
- Il rispetto della privacy per i pazienti terminali e i loro familiari.
- L’orario di distribuzione della cena ai pazienti è decisamente inadeguato (IAS=14) poiché nella maggior parte dei casi esaminati la cena viene servita prima delle ore 19.00.

Elementi valutati

Servizio di interpretariato
Servizio di mediazione culturale
Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)
Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico
Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati
Numero U.O. di degenza che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza su numero totale di U.O.
Numero di U.O. in cui i degenti hanno la possibilità di vedere la televisione su numero totale di U.O. (senza camere a pagamento)
Scelta tra due o più opzioni per il menù per i pazienti a dieta libera
Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
Orario della distribuzione della cena ai pazienti
Numero U.O. di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco su numero totale di U.O. di pediatria
Numero U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore con posto letto su numero totale di U.O. di pediatria
Numero U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore accesso alla mensa su numero totale di U.O. di pediatria
Numero U.O. di pediatria con arredi adatti all’età dei ricoverati
Attività scolastiche per bambini ospedalizzati per lunghi periodi

3.2.2 Livello Cure primarie: CSM/SerT - Fattore "rispetto dell'identità"

DISCRETO (IAS=45)



Elementi valutati

Presenza di un mediatore culturale

Numero pazienti con piano terapeutico personalizzato su numero totale pazienti

Possibilità di avere operatori di riferimento stabili

Accesso indipendente esterno (per tutela della privacy)

Fig. 9: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Rispetto dell'identità" – Livello CSM/SerT

Commento:

Partendo dalla considerazione generale che l'IAS medio è discreto è interessante osservare la forte variabilità tra le strutture considerate per cui l'IAS del fattore varia da pessimo a buono.

Punti di forza (IAS=98):

- Possibilità per i pazienti di avere degli operatori di riferimento stabili.

Punti di debolezza (IAS<=32):

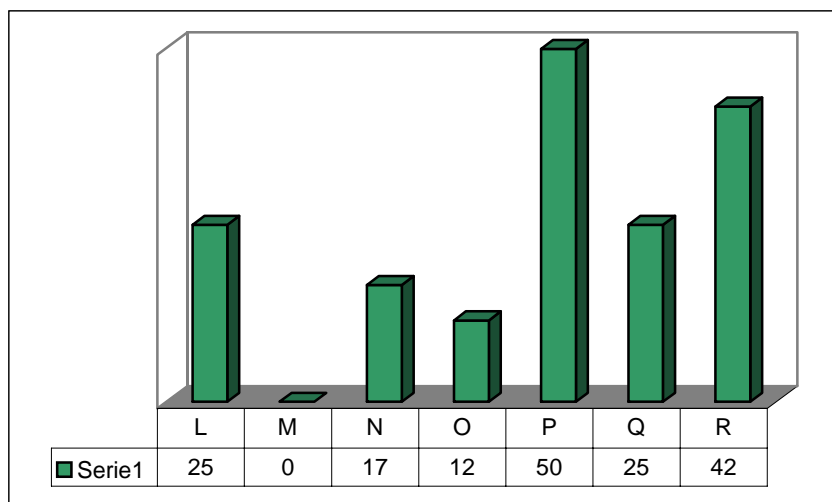
- Personalizzazione dei piani terapeutici dei pazienti: solo in un caso l'IAS raggiunge l'eccellenza.
- Possibilità di accesso indipendente esterno per la tutela della privacy

3.3 Fattore “Relazioni sociali”

Il fattore relazioni sociali è quello che registra in assoluto l'IAS più basso. Tale valore va considerato tenendo conto che vi confluiscono solo quattro indicatori che vengono rilevati solo a livello dell'assistenza ospedaliera, ricordiamo che sono stati interessati dall'Audit nove ospedali.

3.3.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “relazioni sociali”

SCADENTE (IAS=24)



Elementi valutati

Numero medio di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali

Numero medio di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi

Numero U.O. dotate di aree di socializzazione per i degenti su numero totale di U.O. di degenza

Numero U.O. in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento) su numero totale di U.O. di degenza

Fig. 10: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Relazioni sociali” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Come mostra il grafico, ad eccezione delle due aziende che ottengono un IAS discreto, le altre quattro raggiungono IAS che si collocano tra il pessimo e lo scadente e in un caso la situazione è decisamente critica poiché l'IAS aziendale è pari a 0.

Questo dato sostanzialmente ci dice che i presidi ospedalieri considerati di fatto non offrono quelle condizioni logistiche in grado di favorire il mantenimento e lo sviluppo delle relazioni sociali tra i degenti.

In particolare gli orari di apertura ai visitatori sia nei giorni feriali sia in quelli festivi per sei aziende su sette è sempre compreso tra 0 e 5 ore, e ciò per gli standard dell'Audit significa ottenere un punteggio pari a 0; solo un'azienda per entrambi gli indicatori raggiunge un IAS pari a 50 che indica che negli ospedali di quell'azienda l'orario per l'accesso ai visitatori ha una durata compresa tra 6 e 11 ore. Entrambi gli indicatori relativi agli orari di apertura ai visitatori hanno un IAS medio pari a 7, ossia pessimo.

Un secondo elemento particolarmente critico è rappresentato dall'esiguo numero di unità operative di degenza dotate di aree di socializzazione. Se l'IAS medio per quest'indicatore è pari a 31, quindi scadente c'è da segnalare che un'azienda raggiunge invece un livello buono con IAS=80.

La situazione migliora leggermente per quanto riguarda la possibilità per i degenti di ricevere gratuitamente delle telefonate (IAS=51). Anche in questo caso c'è una forte variabilità tra le aziende considerate, infatti mentre in due casi si registra un IAS ottimo e in uno un IAS buono, per le restanti aziende si verifica una sostanziale caduta dell'indice che in caso è addirittura pari 0.

3.4 Fattore “Informazione”

In questo fattore confluiscono venti indicatori relativi all’informazione logistica e sanitaria, alla qualità della comunicazione nonché dell’educazione che dovrebbe caratterizzare il rapporto tra cittadino e strutture sanitarie. Il fattore ottiene un IAS medio discreto pari a 50 e viene rilevato su tutti i livelli tranne che su quello aziendale. E’ al livello dei poliambulatori che ottiene l’IAS medio più alto.

3.4.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “informazione”

DISCRETO (IAS=53)

Elementi valutati

Disponibilità, al momento dell’ingresso nella struttura di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente

Disponibilità, al momento dell’ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti

Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale

Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura

Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria

Cartellonistica esterna entrata principale

Prospetto aggiornato delle specialità/figure professionali presenti nella struttura sanitaria (nell’atrio principale)

Numero ascensori con indicazione sulle U.O./servizi presenti a ogni piano su numero totale ascensori per il pubblico

Modulistica per il consenso atti invasivi

Comunicazione criteri attribuzione codici di priorità triage

Numero di U.O. dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici e del coordinatore tecnico-infermieristico su numero totale di U.O. di degenza

Numero U.O. dove è presente un cartello con l’orario della giornata su numero totale di U.O. di degenza

Numero U.O. dove è presente un cartello con l’orario di ricevimento del personale su numero totale di U.O. di degenza

*Numero di U.O. presso le quali ai degenti ricoverati è dato un opuscolo informativo con:
i nominativi e le qualifiche dei medici della U.O.*

il nome del coordinatore infermieristico della U.O.

gli orari della giornata

l’orario di ricevimento del personale

Numero di U.O. con Linee di comportamento per fornire al paziente il nome del medico di riferimento su numero totale di U.O. di degenza

Numero di U.O. con Linee di comportamento per fornire al paziente informazioni sulle condizioni di salute, sugli accertamenti in corso, i tempi di degenza previsti ecc. su numero totale di U.O. di degenza

Numero U.O. dove i menù sono esposti in luoghi visibili ai degenti

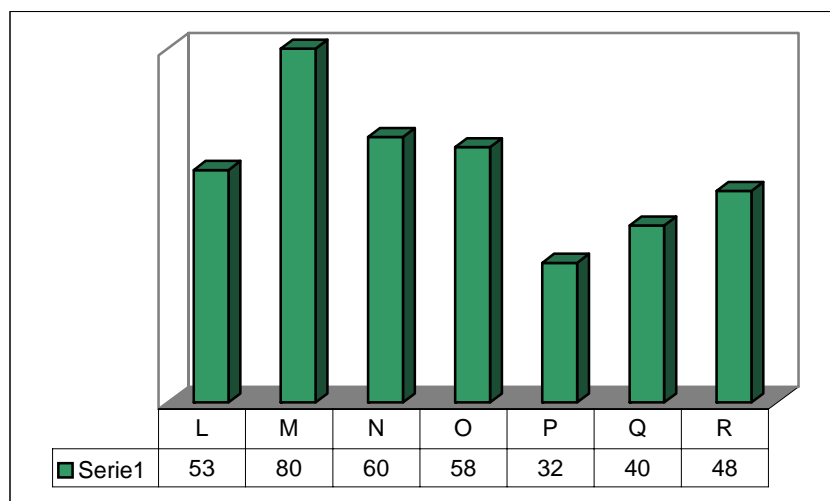


Fig. 11: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Informazione” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

L'informazione a livello di assistenza ospedaliera è mediamente discreta e si registra una certa variabilità tra le aziende. Mentre una sola azienda ottiene un punteggio ottimo e un'altra buono, le restanti cinque aziende ottengono degli IAS tra discreto e scadente. In generale emerge che mentre per quanto concerne le informazioni strettamente connesse alle attività cliniche gli standard sono raggiunti per lo più da tutte le aziende sanitarie, la situazione peggiora decisamente per quanto riguarda tutte quelle informazioni che interessano quasi esclusivamente il cittadino.

Punti di forza (IAS \geq 73):

- La presenza di cartellonistica esterna all'entrata principale e della modulistica per il consenso agli atti invasivi raggiungono l'eccellenza (IAS=100) in tutti gli ospedali considerati.
- In cinque aziende su sette, nel 100% delle unità operative di degenza considerate, è presente un cartello con l'orario della giornata.
- Le comunicazioni relative ai criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) ottengono un IAS medio pari a 83; in un solo caso la comunicazione è assente e per un'altra azienda il dato non è stato fornito, le restanti cinque aziende ottengono tutte un IAS pari a 100 per quest'indicatore.
- Il 100% delle unità operative di degenza considerate di quattro aziende su sette possiede delle linee di comportamento per fornire al paziente informazioni sulle condizioni di salute, sugli accertamenti in corso, i tempi di degenza previsti ecc. L'IAS medio di questo indicatore è pari a 77.

Punti di debolezza (IAS \leq 34):

- Assenza di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi al diritto di libera scelta nel luogo di cura. L'IAS medio di questo indicatore è pari a 0.
- Assenza di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente nel 100% delle unità operative di degenza considerate in cinque aziende su sette.
- Assenza di un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti nel 100% delle unità operative di degenza considerate di sei aziende su sette. Questo dato è decisamente critico e riflette la forte discrepanza tra i passi avanti fatti sul piano del riconoscimento dei diritti dei cittadini in ambito sanitario e l'impegno reale da parte delle strutture sanitarie a promuoverli.
- Bassissimo numero di unità operative presso le quali per i pazienti ricoverati è disponibile un opuscolo informativo circa i nominativi, le qualifiche e gli orari di ricevimento del personale sanitario, gli orari della giornata e il nominativo del coordinatore. La mancanza di questo tipo d'informazioni complica non poco la qualità del rapporto tra pazienti e personale sanitario poiché il cittadino ricoverato non è messo nella condizione di porre alle persone giuste le sue domande.

3.4.2 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “informazione”

DISCRETO (IAS=41)

Elementi valutati

Invio ai medici di medicina generale e ai pediatri da parte dell’Azienda sanitaria di:
- materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
Invio ai medici di medicina generale da parte dell’Azienda sanitaria di:
- opuscolo informativo sull’Adi da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
Linee di comportamento per il personale dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare per garantire l’informazione ai familiari e ai pazienti circa il piano assistenziale e la periodica acquisizione di notizie sull’andamento clinico-terapeutico
Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto
Cartellonistica esterna sede di distretto
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione ausili
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l’assistenza domiciliare
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull’assistenza sanitaria gratuita all’estero (UE e paesi con accordi bilaterali)
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di documento o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
Prospetto riassuntivo aggiornato nell’atrio dei servizi e degli uffici presenti nella sede di distretto
Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale della sede di distretto

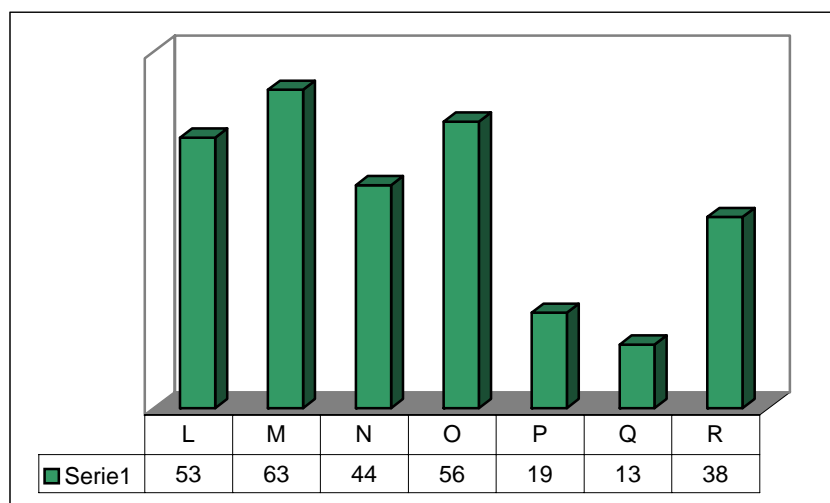


Fig. 12: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “informazione” – Livello distretto

Commento:

Nelle sedi di distretto considerate, l'informazione è mediamente discreta anche se c'è da sottolineare che ben due aziende ottengono un IAS pessimo.

Punti di forza (IAS=79)

- Presenza presso l'ingresso delle sedi di distretto considerate del servizio di informazioni per il pubblico.

Punti di debolezza (IAS<=32)

Nelle sedi di distretto considerate un aspetto critico riguarda l'assenza di strumenti informativi utili al cittadino per la conoscenza dei servizi offerti. In particolare:

- In nessuna delle undici sedi di distretto considerate è presente un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta.
- In una sola sede di distretto su undici sono disponibili all'ingresso della sede di distretto documenti o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura.
- In 8 sedi di distretto su 11 non è disponibile un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità.
- Anche sul piano della promozione dei diritti dei cittadini di fatto la situazione è critica poiché in 9 sedi di distretto su 11 all'ingresso non è disponibile un opuscolo informativo sui diritti degli utenti.

Un'altra area critica riguarda l'invio ai medici di medicina generale e ai pediatri, da parte dell'e aziende sanitarie considerate, di materiale informativo da mettere a disposizione del pubblico relativamente all'Assistenza Domiciliare Integrata.

3.4.3 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “informazione”

DISCRETO (IAS=55)

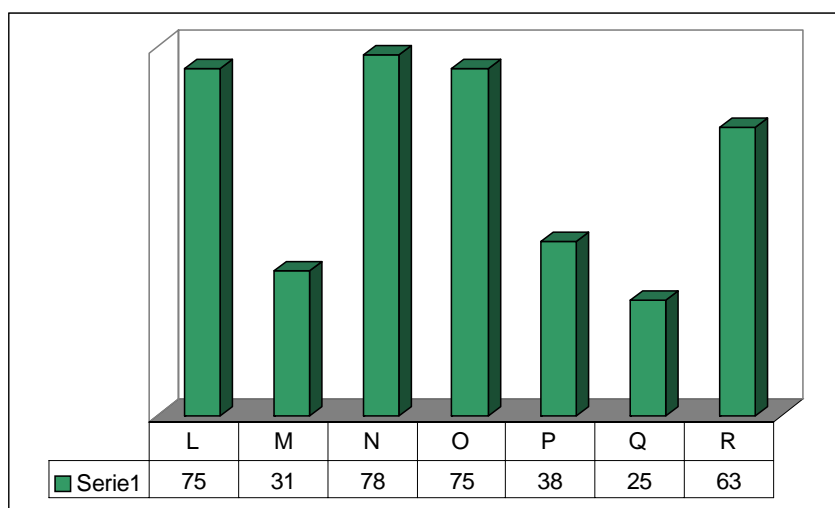


Fig. 13: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Informazione” – Livello poliambulatorio

Elementi valutati

Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso
Disponibilità all'ingresso della struttura, di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute
Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti
Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
Cartellonistica esterna entrata principale
Disponibilità all'ingresso di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte
Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
Servizio informazioni per il pubblico presso l'atrio principale

Commento:

A livello di poliambulatori il fattore informazione risulta mediamente discreto e come mostra il grafico, c'è una certa disomogeneità tra le aziende considerate. Mentre in quattro casi il livello raggiunto è buono in altre tre aziende il livello dell'informazione è scadente. Questa situazione indebolisce il valore descrittivo degli IAS medi dei singoli indicatori e pertanto rispetto alle osservazioni che seguono è necessario tener presente la forte disomogeneità tra le singole aziende.

Punti di forza (IAS \geq 74):

- In 9 poliambulatori su 16 è presente un prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti e rispetto a quest'indicatore 5 aziende su sette raggiungono l'eccellenza (IAS=100).
- La presenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'atrio principale dei poliambulatori considerati.

Punti di debolezza (IAS \leq 30):

- In 12 poliambulatori su 16 non è disponibile all'ingresso un opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti.
- In 12 poliambulatori su 16 non sono disponibili, al momento dell'ingresso nella struttura, documenti o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura.

3.4.4 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “informazione”

DISCRETO (IAS=51)

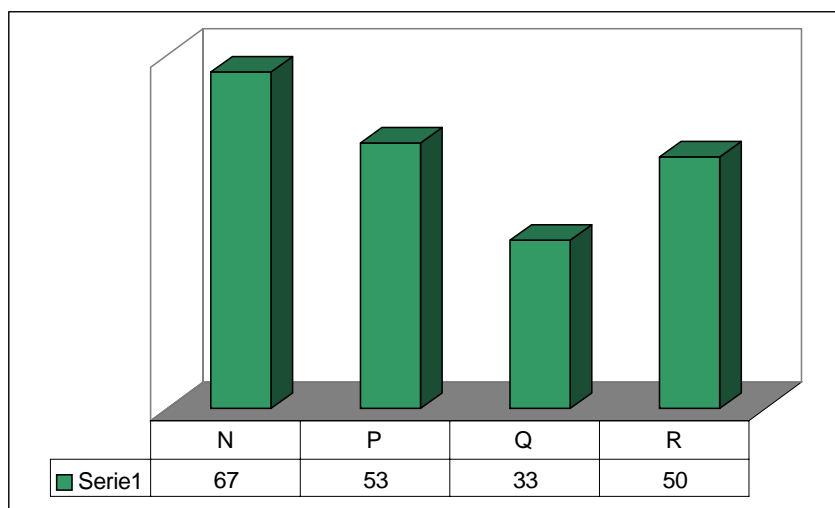


Fig. 14: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Informazione” – Livello CSM/SerT

Elementi valutati

Disponibilità all'ingresso della struttura, di un opuscolo informativo sui servizi offerti e nomi operatori

Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso

Disponibilità all'ingresso della struttura, di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute

Cartello aggiornato con nomi e qualifiche operatori
Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria

Cartellonistica esterna entrata principale

Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, informazioni

Momenti formativi per operatori/volontari/gestione e discoteche, ecc. nell'ultimo anno (per Ser.T).

Commento:

Le strutture considerate sono complessivamente 8 di cui 3 sono SerT e 5 sono CSM. Sostanzialmente, ad eccezione di un'azienda che ottiene un IAS scadente, il livello dell'informazione in queste strutture è mediamente discreto ed in un caso buono. Analizzando l'andamento dei singoli indicatori emerge una certa carenza d'attenzione rispetto all'informazione degli utenti di questo tipo di strutture.

Punti di forza (IAS \geq 69):

- In 6 strutture su 8 è presente un numero telefonico dedicato per le informazioni e l'orientamento.
- Tutte le strutture considerate sono dotate di un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti e alle informazioni.
- Rispetto ai SerT, 3 aziende su 4 hanno realizzato momenti formativi per operatori/gestori discoteche, ecc. nell'ultimo anno.

Punti di debolezza (IAS \leq 38):

- In 5 strutture su 8 non è disponibile all'ingresso un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute.
- In 7 strutture su 8 non è disponibile all'ingresso un opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti.

3.5 Fattore “assistenza alla persona e rapporti tra degenti e operatori”

In questo fattore, rilevato esclusivamente a livello di assistenza ospedaliera, confluiscono 7 indicatori che ci forniscono un quadro di alcuni aspetti che influiscono in modo particolare sulla qualità dell’assistenza alla persona in regime di ricovero.

3.5.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “assistenza alla persona”

DISCRETO (IAS=57)

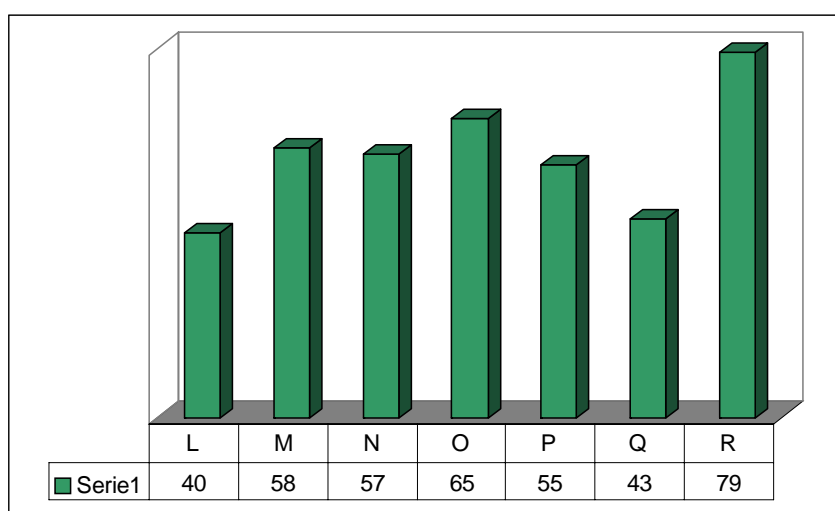


Fig. 15: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Assistenza alla persona” – Livello assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito

Regolamento su badanti e infermieri a pagamento

Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi tre anni

Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età > 75 anni

Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età > 75 anni assicurando un posto letto

Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età > 75 anni assicurando la possibilità di usufruire della mensa

Commento:

Nei nove ospedali considerati l’assistenza alla persona raggiunge un livello mediamente discreto e la situazione tra le diverse aziende è abbastanza omogenea ad eccezione di un’azienda che ottiene un risultato decisamente buono.

Punti di forza (IAS \geq 71):

- Tutte le aziende dispongono di linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito.
- La possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età superiore ai 75 anni è presente nel 100% delle unità operative considerate di 4 aziende, nelle altre tre aziende la percentuale è comunque alta (il valore minimo è pari al 69%).
- Negli ultimi tre anni 5 aziende su 7 hanno realizzato corsi di formazione per il personale di front-office.

Punti di debolezza (IAS \leq 24):

- Nella maggior parte delle unità operative di degenza considerate, alle persone esterne che assistono anziani non autosufficiente con età superiore ai 75 anni, non viene assicurata la possibilità di usufruire di un posto letto e la stessa cosa si ripete per la mensa.

3.6 Fattore “comfort”

Il fattore comfort è rilevato su tutti i livelli di analisi dell’Audit ad eccezione del livello aziendale ed ha un IAS medio discreto pari a 49. Il dato migliore riguarda l’assistenza ospedaliera mentre si registra una caduta nelle strutture territoriali, in particolare nei poliambulatori dove l’IAS medio è pari a 41, quindi molto vicino allo “scadente”.

3.6.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “comfort”

DISCRETO (IAS=55)

Elementi valutati

Bar

Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona

Possibilità di usufruire di un barbiere e di un parrucchiere (operante a tempo pieno o a orario fisso nel presidio o a chiamata)

Possibilità di comprare riviste e giornali

Bancomat (o sportello bancario)

Parcheggio interno per il pubblico

Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale

Parcheggio interno con posti riservati a disabili

Elementi decorativi nelle parti interne comuni (quadri, piante ingresso ospedale)

Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso

Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita

Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale

Numero di U.O. che utilizzano il carrello scaldavivande su totale U.O. di degenza

Numero U.O. che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere) su totale U.O. di degenza

Numero di U.O. con “angolo” mensa” per i pazienti che possono alzarsi

Numero posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza su numero totale di posti letto

Numero gabinetti per degenti

Sala di attesa al Pronto Soccorso con posti a sedere

Bagno per il pubblico (Pronto Soccorso)

Gabinetto per disabili (Pronto Soccorso)

Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso

Numero ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere su totale ambulatori

Numero ambulatori dotati di bagni per il pubblico localizzati in prossimità del locale

Numero ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale

Numero dei bagni degli ambulatori dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti

Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero

Numero UO con posti letto dotati di sedia, comodino e armadietto

Numero di UO con gabinetti per disabili

Numero di UO con bagni dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti

Numero di UO con gabinetti dotati di: tavoletta, scopino, campanello di allarme, possibilità di chiusura o sistema per indicare che è occupato o libero

Nelle parti comuni dell'ospedale: segni di fatiscenza alle pareti; vetri rotti; finestre che non si chiudono; presenza di insetti, scarafaggi, ecc; rifiuti o altro materiale abbandonato soffitti e/o muri con ragnatele; rubinetti rotti

Nelle U.O. di degenza: segni di fatiscenza alle pareti; vetri rotti; stanze di degenza prive di finestre; finestre che non si chiudono; presenza di insetti, scarafaggi, ecc; rifiuti o altro materiale abbandonato; rubinetti rotti

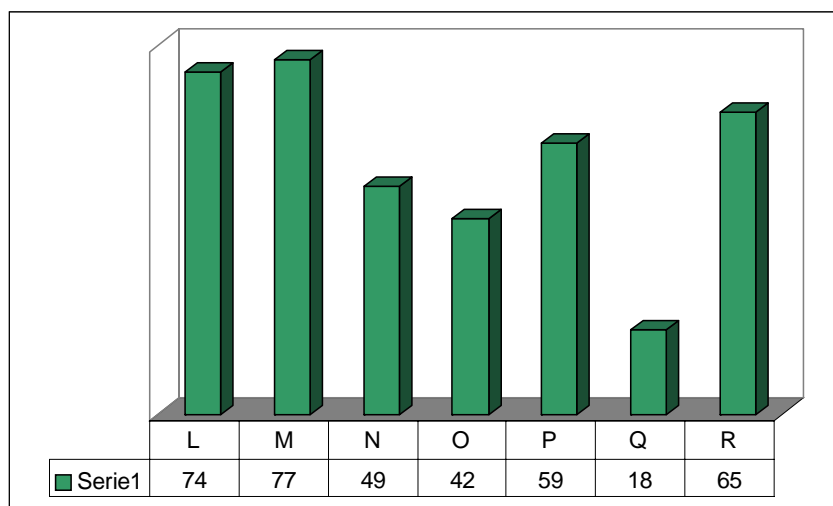


Fig. 16: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Comfort" – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Il comfort negli ospedali presenta una certa variabilità tra le aziende. Mentre in tre casi raggiunge un livello buono, in altri tre casi è discreto ed in un caso è decisamente pessimo. Chiaramente la presenza di un'azienda con un IAS molto basso, penalizza il valore medio complessivo del fattore. Rispetto al risultato di quest'azienda (IAS=18) è importante tener presente che al momento della raccolta dati l'azienda era impegnata nel completamento della nuova struttura che accoglierà l'ospedale nel quale è stato realizzato l'Audit. Tenendo conto di ciò il quadro che emerge è che negli ospedali considerati il livello di comfort in nessun caso raggiunge pienamente gli standard. Mentre in quasi tutti gli ospedali è buona la presenza di servizi comuni (es. presenza bar, edicola, ecc.) l'area di maggiore criticità riguarda sostanzialmente la presenza diffusa di segnali di fatiscenza nelle strutture. C'è da precisare che il riscontro di segnali di fatiscenza contribuisce ad abbassare significativamente il valore dell'IAS.

Punti di forza (IAS \geq 71):

- In 8 ospedali su 9 è presente un bar.
- In 6 ospedali su 9 è possibile acquistare riviste, giornali ecc.
- Tutti gli ospedali considerati dispongono di un parcheggio interno con posti riservati ai disabili.
- Nel Pronto Soccorso di 7 ospedali su 9 è presente un distributore di bevande e alimenti.
- Quasi tutte le unità operative di degenza considerate utilizzano il carrello scaldavivande e forniscono ai pazienti ricoverati gli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate, bicchieri).

Punti di debolezza (IAS \leq 34):

- Solo per 2 ospedali su 9 esiste un parcheggio taxi in prossimità della struttura.
- Solo in 1 ospedale su 9 è presente nel pronto soccorso un distributore di acqua gratuita e la possibilità di avere gratuitamente dell'acqua è totalmente assente nelle sale d'attesa di tutti gli ambulatori considerati.
- Nella maggior parte delle unità operative di degenza considerate le stanze non sono dotate di servizi igienici interni riservati ai pazienti della stanza. L'IAS medio di questo indicatore è pari a 25.

- Basso è anche il rapporto tra il numero di gabinetti per degenti e totali posti letto. L'IAS medio di questo indicatore è 49.

- Per quanto riguarda il comfort dei bagni degli ambulatori, l'aspetto più critico è la scarsissima presenza del campanello d'allarme (IAS medio dell'indicatore=34).

- In tutti gli ospedali considerati sono presenti stanze di degenza con più di 4 posti letto. Solo nei due ospedali di un'azienda si raggiunge quasi l'eccellenza (IAS=95), ossia nella quasi totalità dei casi le stanze di degenza non superano i 4 letti.

*La **fatiscenza delle strutture**, come già anticipato, è un aspetto di forte criticità che oltre ad influire sul comfort di fatto, se non si adottano interventi di manutenzione e ristrutturazione tempestivi, nel tempo, può rappresentare un fattore di rischio serio per la sicurezza logistica e sanitaria dei pazienti, degli operatori e di tutti coloro che frequentano gli ospedali. La tabella che segue mostra dettagliatamente la situazione osservata.*

3.6.2 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “comfort”

DISCRETO (IAS=48)

Elementi valutati	
	<i>Parcheeggio taxi in prossimità della sede di distretto</i>
	<i>Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili</i>
	<i>Sala d'attesa nella sede di distretto</i>
	<i>Sedie nella sala di attesa della sede di distretto</i>
	<i>Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa della sede di distretto</i>
	<i>Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala di attesa della sede di distretto</i>
	<i>Bagno per disabili nella sede di distretto</i>
	<i>Bagno per il pubblico nella sede di distretto</i>
	<i>Numero dei bagni della sede di distretto dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti</i>
	<i>Numero dei gabinetti della sede di distretto dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero</i>
	<i>Osservazione nella sede di distretto di: segni di fatiscenza alle pareti; vetri rotti; finestre che non si chiudono; presenza di insetti, scarafaggi, ecc; rifiuti o altro materiale abbandonato; soffitti e/o muri con ragnatele; rubinetti rotti</i>

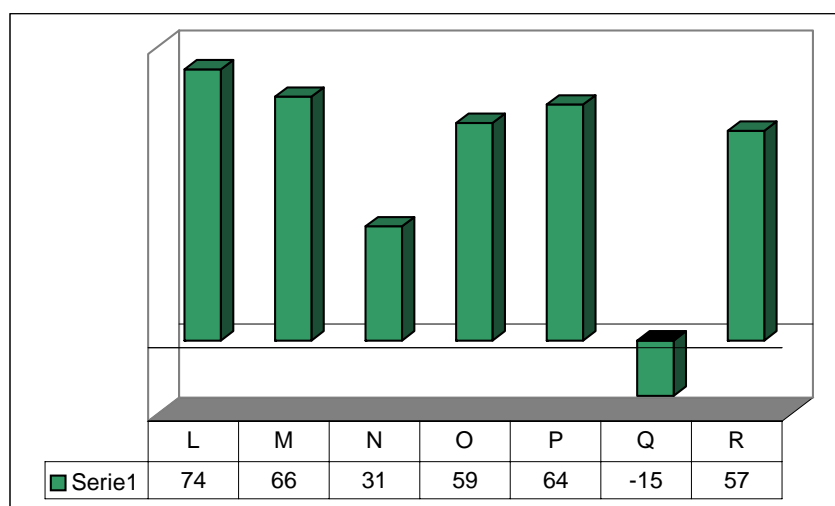


Fig. 17: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Comfort” – Livello distretto

Commento:

Il comfort nelle 11 sedi di distretto considerate è mediamente discreto e la situazione presenta delle sostanziali differenze tra le singole aziende. All'abbassamento generale dell'IAS medio contribuiscono in particolare le due aziende che ottengono gli IAS più bassi. Queste due aziende sono particolarmente penalizzate dalla presenza diffusa di segni di fatiscenza, assente nelle altre cinque aziende.

Punti di forza (IAS \geq 86):

- In 10 sedi di distretto su 11, all'esterno ci sono posti auto riservati a disabili.
- In 10 sedi di distretto su 11 le sale di attesa sono dotate di sedie.
- In 10 sedi di distretto su 11 è presente un bagno per il pubblico.

Punti di debolezza (IAS \leq 21):

- In prossimità di 9 sedi di distretto su 11 non c'è un parcheggio taxi.
- Solo in una sede di distretto è presente un distributore di acqua gratuita.

Anche se il dato riguarda solo due sedi di distretto è particolarmente grave l'assenza di bagni per i disabili.

Un caso critico (IAS aziendale= -15)

In quest'azienda la raccolta dati è stata fatta in una sola sede di distretto, ed emerge un quadro alquanto preoccupante rispetto al fattore comfort.

Ad eccezione di tre indicatori relativi rispettivamente alla presenza in prossimità della sede di distretto di posti auto per disabili e alla presenza e al comfort della sala d'attesa, gli altri indicatori ottengono tutti un punteggio pari a 0 e quelli riferiti ai segni di fatiscenza, ad eccezione dell'indicatore relativo alla presenza di vetri rotti, ottengono tutti un valore pari a 100. Ciò significa che in questa sede di distretto sarebbe necessario intervenire urgentemente almeno per garantire:

- La disponibilità di un bagno per il pubblico ed uno per persone disabili.
- L'adeguatezza della struttura attraverso interventi di manutenzione.
- Un livello civile di comfort dei servizi igienici che al momento della raccolta dati, sono risultati tutti sprovvisti, ad esempio, di cestini porta rifiuti e scopini!

3.6.3 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “comfort”

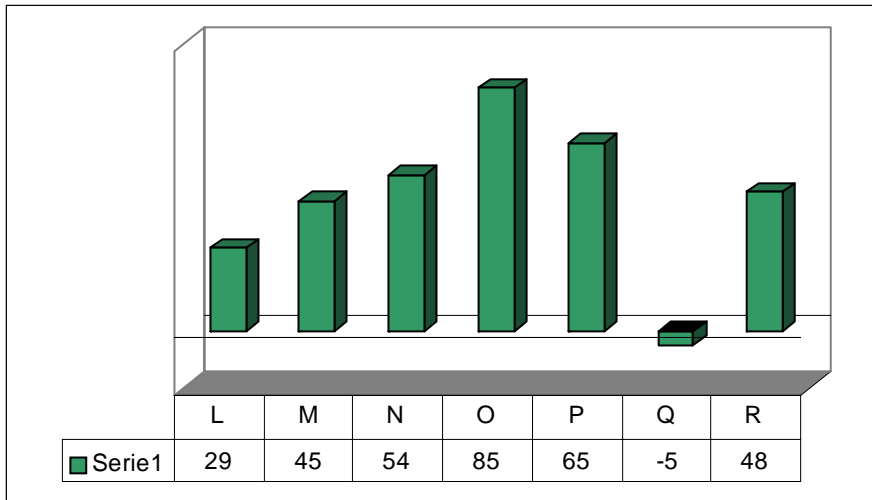


Fig. 18: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Comfort” – Livello poliambulatorio.

Commento:

Nei poliambulatori il comfort pur continuando a presentare un IAS medio discreto è peggiore rispetto ai livelli precedenti. Anche in questo caso è necessario considerare la differenza tra le aziende. Se in un caso l'IAS aziendale è ottimo ed in un altro è buono, in altri due casi la situazione è opposta con un IAS scadente e uno addirittura negativo (IAS= - 15).

Punti di forza (IAS \geq 73):

- Comfort della sala d'attesa rispetto ai posti a sedere.
- Presenza di bagni per il pubblico e per disabili in prossimità degli ambulatori.

Punti di debolezza (IAS \leq 36):

- In prossimità di 11 poliambulatori su 16 non è presente un parcheggio taxi.
- Scarsa diffusione nelle sale d'attesa degli ambulatori dei distributori automatici di cibi e bevande.
- Assenza in tutte le sale d'attesa degli ambulatori dei distributori di acqua gratuita.
- Presenza diffusa nei poliambulatori di tre aziende di segni di fatiscenza.

Per la situazione aziendale più critica con IAS negativo, valgono in generale le osservazioni fatte sopra relative al comfort a livello di sede di distretto della stessa azienda (codice azienda Q).

DISCRETO (IAS=46)

Elementi valutati

Parcheggio taxi in prossimità della struttura
 Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
 Numero di ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere
 Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande
 Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita
 Numero ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale
 Numero di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale
 Numero dei bagni degli ambulatori dotati di :
 specchio, mensola, contenitori portarifiuti
 Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di:
 tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
 Osservazione nel poliambulatorio di:
 - segni di fatiscenza alle pareti
 -vetri rotti
 -finestre che non si chiudono
 -presenza di insetti, scarafaggi, ecc
 -rifiuti o altro materiale abbandonato
 -soffitti e/o muri con ragnatele
 -rubinetti rotti

3.6.3 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “comfort”

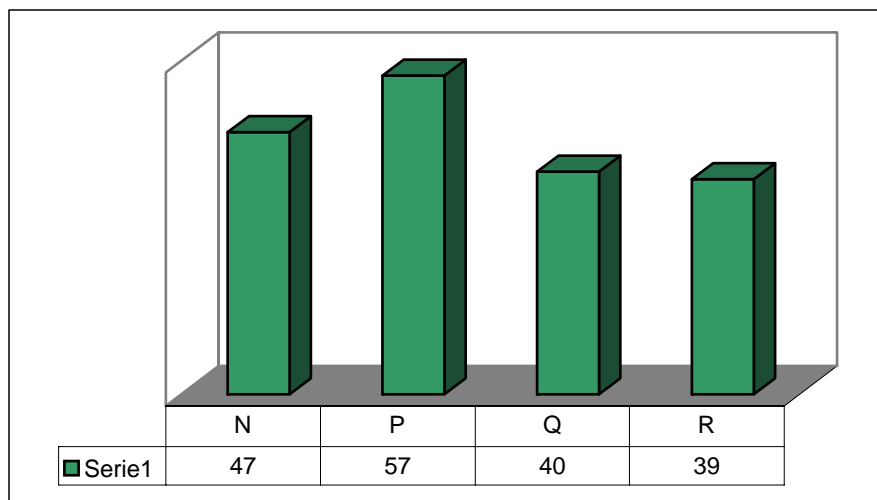


Fig. 19: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Comfort” – Livello CSM/SerT

DISCRETO (IAS=46)

Elementi valutati

Parcheggio taxi in prossimità della struttura
Posti auto all'esterno della sede della struttura riservati a disabili
Sala d'attesa con posti a sedere
Distributori automatici di alimenti e bevande
Distributori di acqua gratuita nella sala di attesa
Bagni per il pubblico
Gabinetto per disabili
Numero dei bagni per il pubblico dotati di specchio, mensola, contenitori portarifiuti
Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di:
tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
Osservazione di:
- segni di fatiscenza alle pareti
-vetri rotti
-finestre che non si chiudono
-presenza di insetti, scarafaggi, ecc
-rifiuti o altro materiale abbandonato
-soffitti e/o muri con ragnatele
-rubinetti rotti

Commento:

Nei CSM/SerT delle quattro aziende considerate il livello di comfort è mediamente discreto ad eccezione di un'azienda che si posiziona a livello scadente.

Punti di forza (IAS \geq 88):

- La sala d'attesa è presente e dotata di posti a sedere in 6 strutture su 8.
- Le 8 strutture considerate dispongono tutte di bagni per il pubblico.
- Nei bagni per il pubblico è sempre presente lo scopino.

Punti di debolezza (IAS \leq 31):

- In prossimità di 7 strutture su 8 è assente un parcheggio taxi.
- Nelle sale d'attesa di tutte le strutture considerate non c'è un distributore di acqua gratuita.
- Nelle sale di attesa di 7 strutture su 8 è assente il distributore di cibi e bevande.
- In 4 strutture su 8 manca il bagno per i disabili.
- In 5 strutture su 8 sono stati osservati segni di fatiscenza, in particolare vetri e rubinetti rotti.

3.7 Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”

Il supporto ai degenti e alle famiglie è un fattore particolarmente importante se si adotta il punto di vista dei cittadini, poiché, fa riferimento a tutti quegli aspetti non prettamente clinici che possono contribuire ad affrontare al meglio la situazione di forte disagio sia del paziente sia dei familiari impegnati a gestire patologie gravi o comunque destabilizzanti.

Il fattore è rilevato a livello di assistenza ospedaliera, di sede di distretto e di CSM/SerT. L'IAS medio pari a 40 è scadente: il supporto ai degenti e alle famiglie è migliore negli ospedali.

3.7.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”

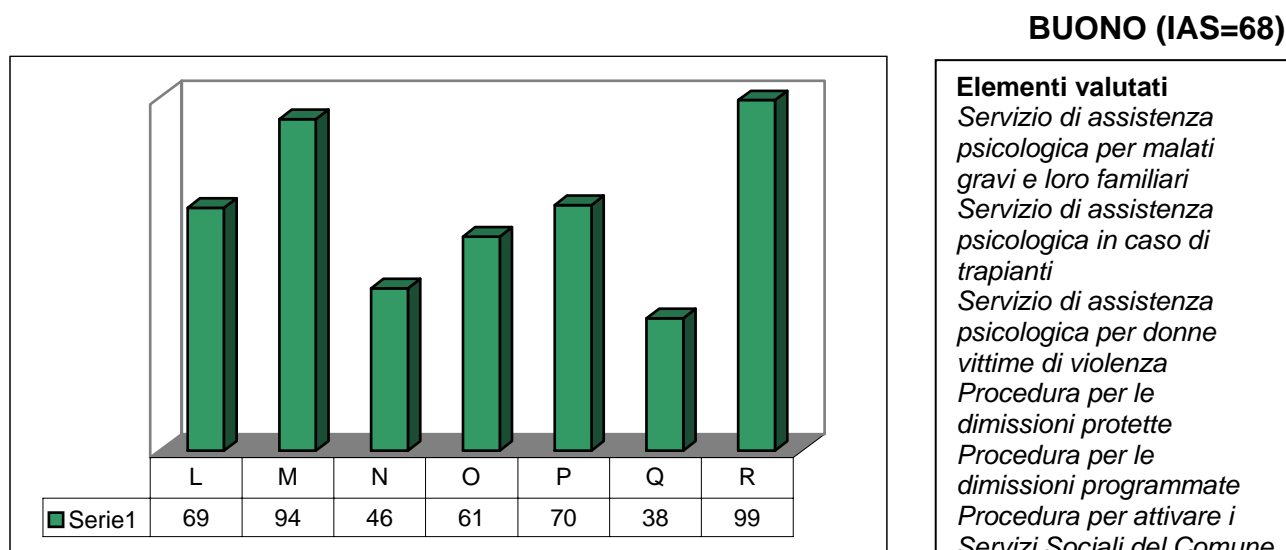


Fig. 20: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Supporto ai degenti e alle famiglie” – Livello assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Servizio di assistenza psicologica per malati gravi e loro familiari
Servizio di assistenza psicologica in caso di trapianti
Servizio di assistenza psicologica per donne vittime di violenza
Procedura per le dimissioni protette
Procedura per le dimissioni programmate
Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune
Numero di U.O. con iniziative per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunti

Commento:

Negli ospedali considerati il livello di supporto ai degenti e alle famiglie è mediamente buono, con un caso di eccellenza (IAS=99) da un lato e uno scadente dall'altro (IAS=38).

I punti di forza (IAS \geq 86):

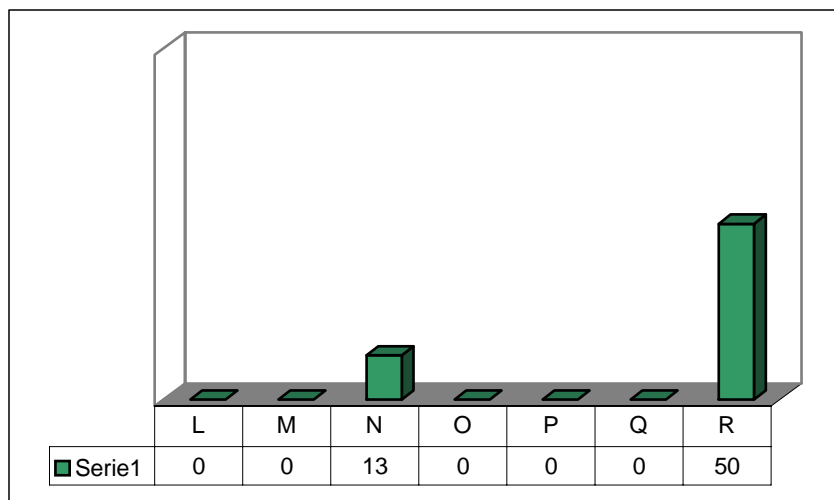
- In tutti i 9 ospedali considerati esiste una procedura per le dimissioni protette e una per le dimissioni programmate.
- In 8 ospedali su 9 è presente la procedura di attivazione dei Servizi Sociali del Comune di riferimento.
- Buono è anche il numero di unità operative di degenza che intraprendono iniziative per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunto.

Il punto critico dell'assistenza psicologica (IAS \leq 50)

Solo 4 ospedali offrono il servizio di assistenza psicologica per malati gravi e loro familiari, mentre solo 5 lo prevedono di in caso di trapianti e solo 3 ospedali offrono tale servizio alle donne vittime di violenza. Discutendo con i gruppi locali in alcuni casi questi risultati sono stati spiegati dal fatto che sul territorio esistono delle strutture dedicate.

3.7.2 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”

PESSIMO (IAS=9)



Elementi valutati

Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare
Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

Fig. 21: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Supporto ai degenti e alle famiglie” – Livello distretto

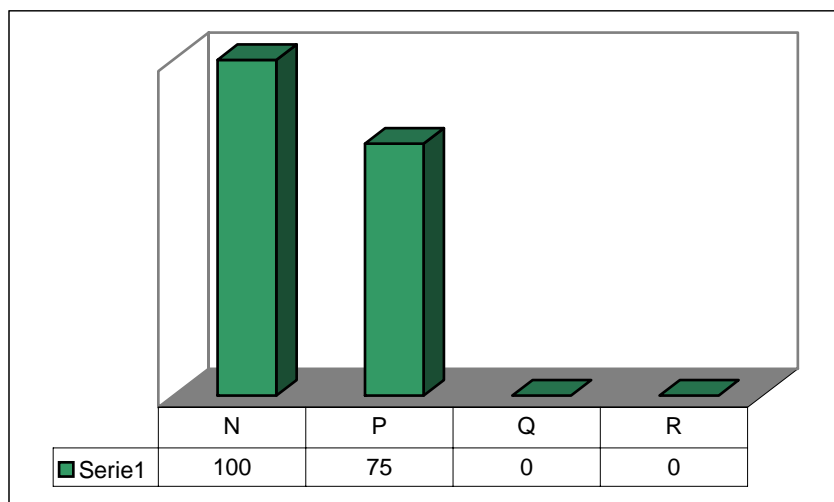
Commento:

Il grafico e il valore medio dell’IAS mostrano una situazione particolarmente critica per quanto riguarda il supporto ai degenti e alle famiglie offerto dalle sedi di distretto. Ben 5 aziende ottengono un IAS pari 0. C’è da tener presente che le sedi di distretto svolgono essenzialmente attività amministrative. In molti casi, questi risultati sono stati giustificati dal fatto dell’esistenza sul territorio di strutture dedicate. I dati presentati riflettono le risposte date ai questionari dai direttori delle sedi osservate.

- Solo 2 sedi distretto su 11 offrono un servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare.
- Nessuna sede di distretto dispone di un servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie.

3.7.3 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “supporto ai degenti e alle famiglie”

DISCRETO (IAS=44)



Elementi valutati
Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile)

Fig. 22: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Supporto ai degenti e alle famiglie” – Livello CSM/SerT

Commento:

A livello di CSM/SerT il supporto ai degenti e alle famiglie è dato da un solo indicatore e, pertanto il suo peso è ridotto. In ogni caso ci sembra interessante notare la polarizzazione della situazione: in 4 strutture sono state formalizzate le procedure per il coinvolgimento dei parenti nei progetti terapeutici, quando lo si ritiene utile, mentre nelle altre 4 strutture tale procedura è del tutto assente.

3.8 Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”

Questo fattore ha un IAS medio discreto pari a 42, il livello migliore è raggiunto negli ospedali mentre è pessimo nei poliambulatori.

3.8.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”

BUONO (IAS=74)

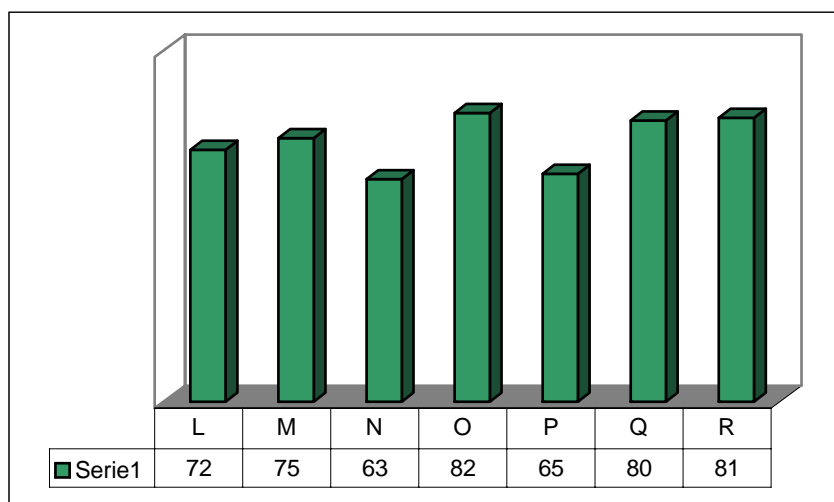


Fig. 23: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Documentazione sanitaria” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Negli ospedali il fattore è mediamente buono e c'è omogeneità tra le aziende. Ciò rappresenta un punto di forza dell'intero sistema poiché garantisce a tutti i cittadini, indipendentemente dal territorio di appartenenza, un adeguato livello rispetto agli elementi valutati dal fattore.

Punti di forza (IAS \geq 86):

- In 8 ospedali su 9 è presente una procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale.
- In 8 ospedali su 9 è prevista la consegna a domicilio dei referti medici e/o della cartella clinica.
- Nella quasi totalità dei casi le unità operative di degenza rilasciano delle schede di dimissioni con informazioni complete.

Punti di debolezza (IAS \leq 37):

- Solo per un ospedale è possibile la consultazione dei referti medici tramite web.
- Le cartelle cliniche sono scritte a mano nella quasi totalità delle unità operative considerate. Solo in un'azienda l'informatizzazione nella scrittura delle cartelle raggiunge l'eccellenza. Il fatto che le cartelle cliniche siano ancora scritte a mano rappresenta un elemento di notevole criticità, poiché molto spesso le informazioni sanitarie sono incomprensibili a causa della particolarità delle calligrafie di molti medici. Inoltre, ciò

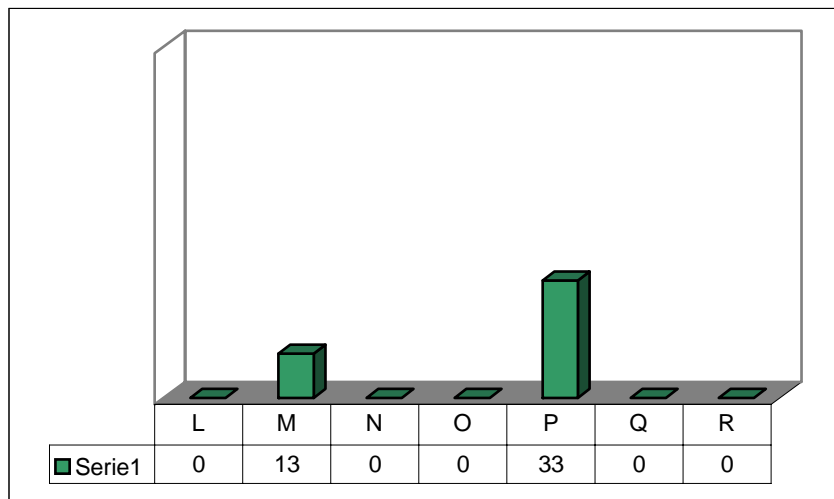
Elementi valutati

Procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale
Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo 2006
Numero di U.O. su numero totale di U.O. di degenza che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate:
diagnosi
procedure e terapie effettuate
terapia prescritta
prescrizioni su comportamenti/precauzioni
riferimenti telefonici per eventuali emergenze
Possibilità di avere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso
(contestualmente alla prestazione)
Consegna a domicilio referti medici e/o cartella clinica
Consultazione referti medici tramite web
Numero di U.O. con cartella clinica scritta

penalizza sicuramente l'intero sistema di gestione delle cartelle cliniche allungando i tempi di consegna al cittadino.

3.8.2 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”

PESSIMO (IAS=7)



Elementi valutati

Consegna a domicilio
referti medici
Consultazione referti medici
tramite web

Fig. 24: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Documentazione sanitaria” – Livello poliambulatorio

Commento:

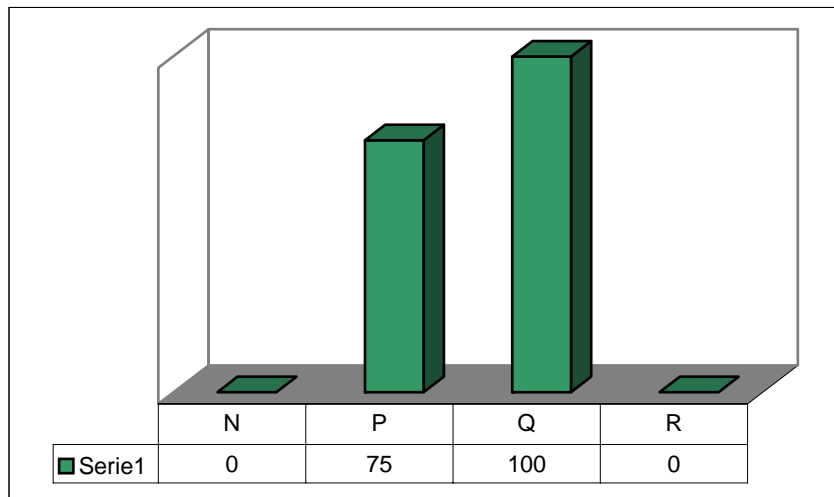
Come anticipato il dato rispetto ai poliambulatori è pessimo:

- Solo 3 poliambulatori su 16 prevedono la consegna a domicilio referti medici.
- Nessun poliambulatorio prevede la possibilità di consultare i referti medici tramite web.

Dato che a livello di poliambulatori nel fattore confluiscono solo due indicatori questi risultati hanno una significatività ridotta rispetto al quadro generale e pertanto andrebbero considerati come dei segnali coerenti del ritardo generale nell'applicazione di alcune tecnologie informatiche utili alla semplificazione amministrativa del sistema sanitario rispetto alla documentazione sanitaria.

3.8.3 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti”

DISCRETO (IAS=44)



Elementi valutati
Procedura per favorire il raccordo tra operatori del servizio e il medico di fiducia del paziente

Fig. 25: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Documentazione sanitaria” – Livello CSM/SerT

Commento:

Anche in questo caso il peso del fattore è ridotto poiché è costituito da un solo indicatore. In ogni caso è interessante notare la forte differenziazione tra le aziende considerate.

- Solo in 5 strutture su 8 è formalizzata una procedura per favorire il raccordo tra operatori del servizio e il medico di fiducia del paziente. Di queste 5 strutture, 4 appartengono all'azienda con IAS=100.

Ciò mette in evidenza ancora una volta che soprattutto per quanto riguarda i servizi territoriali, per i cittadini l'appartenenza a un territorio piuttosto che ad un altro rappresenta un fattore determinante rispetto alla qualità di molti servizi sanitari.

3.9 Fattore “Tutela dei diritti”

Il fattore “tutela dei diritti” è stato rilevato su tutti i livelli dell’Audit, ha un IAS medio discreto pari a 52 e, mentre rappresenta un punto di forza a livello dei poliambulatori, per i CSM/SerT risulta essere una criticità.

3.9.1 Livello aziendale – Fattore “tutela dei diritti”

DISCRETO (IAS=59)

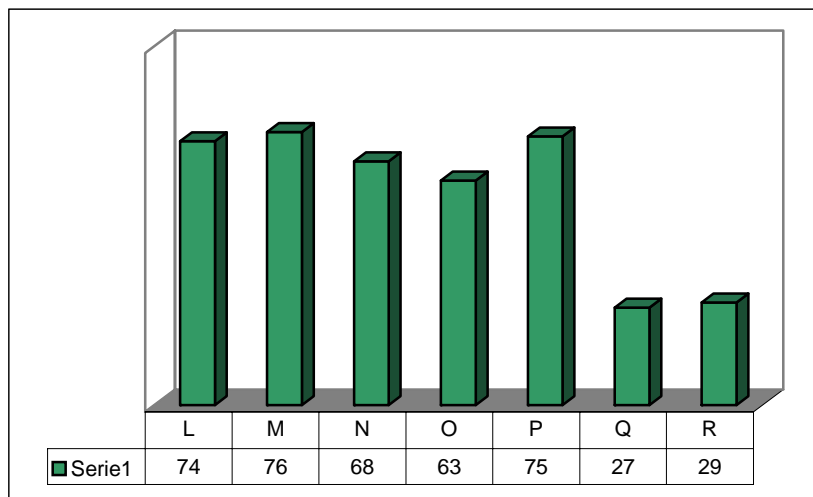


Fig. 26: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Tutela dei diritti” – Livello aziendale

Elementi valutati

Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta della qualità dei servizi su totale reclami ricevuti nel 2006

Se non presente il termine nella Carta della qualità dei Servizi

Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30 gg dall’invio all’azienda su totale reclami ricevuti nel mese di marzo 2005

Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall’URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)

Analisi dei reclami per esito

Adozione di provvedimenti in seguito analisi reclami

Standard nella Carta della qualità dei Servizi
Controllo degli Standard (con il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini)

Commento:

Tutte le aziende ad eccezione di due raggiungono per il fattore degli standard buoni.

Punti di forza (IAS \geq 71):

- Tutte le aziende realizzano un’analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall’URP.
- In 5 aziende su 7 sono stati adottati dei provvedimenti in seguito all’analisi dei reclami.

Punti di debolezza (IAS \leq 33):

- In tutte le aziende ad eccezione di una, la percentuale dei reclami (periodo di riferimento marzo 2006) che ha ricevuto una risposta esaustiva entro 30gg è molto bassa.
- Solo in un’azienda il controllo degli standard prevede il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini.

3.9.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Tutela dei diritti”

BUONO (IAS=62)

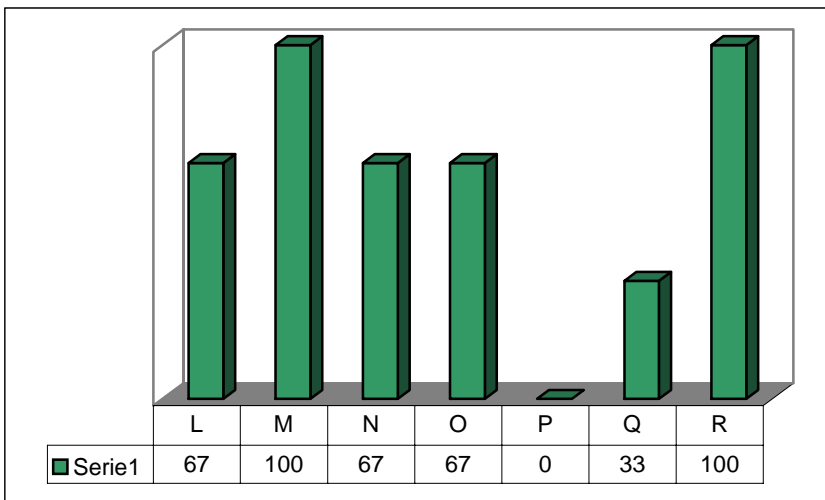


Fig. 27: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Tutela dei diritti” – Livello assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Locali per associazioni di volontariato/difesa dei diritti dei cittadini
Disponibilità al momento dell'ingresso di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini

Commento:

Negli ospedali considerati la tutela dei diritti raggiunge standard mediamente buoni e in due aziende anche l'eccellenza. La presenza di un'azienda con IAS pari a 0 e un'altra con IAS scadente determinano l'abbassamento complessivo dell'IAS medio del fattore, inoltre, al fine di una corretta lettura dei risultati è utile tener presente che nel fattore confluiscono solo tre indicatori.

Escludendo le due aziende che ottengono l'eccellenza, un elemento di criticità è l'assenza (al momento dell'ingresso) in 5 ospedali su 9, di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.

3.9.3 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “tutela dei diritti”

SCADENTE (IAS=39)

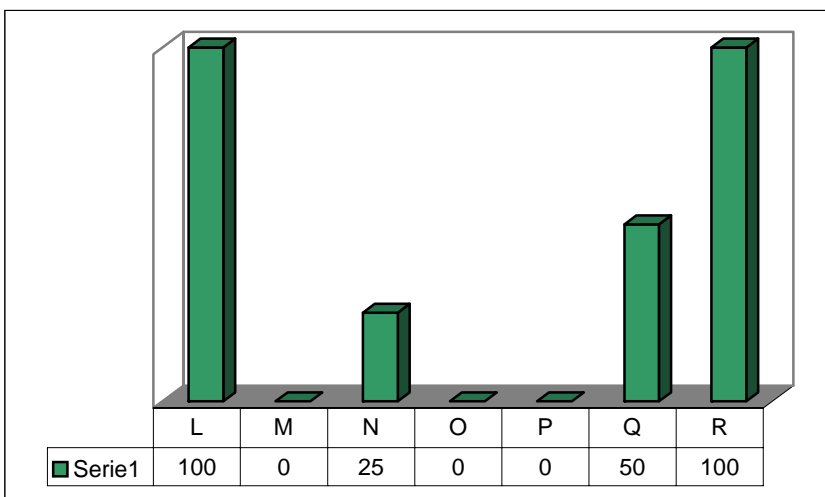


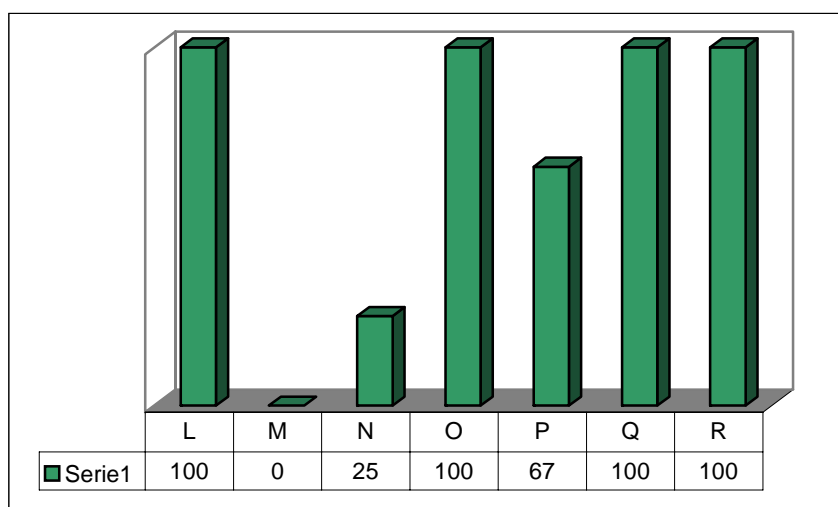
Fig. 28: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Tutela dei diritti” – Livello distretto

Elementi valutati

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto

Commento:

Come mostra chiaramente il grafico, a livello di sedi di distretto abbiamo una situazione generale decisamente scadente. A fronte di due aziende che raggiungono l'eccellenza per i due indicatori, in ben 3 aziende i cittadini non vengono informati circa la possibilità e le modalità di comunicare con le aziende e inoltrare reclami. Lo stesso accade rispetto alla mancanza, nelle stesse aziende, di schede e punti di raccolta per i reclami.

3.9.4 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore “tutela dei diritti”**BUONO (IAS=70)****Elementi valutati**

*Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini*

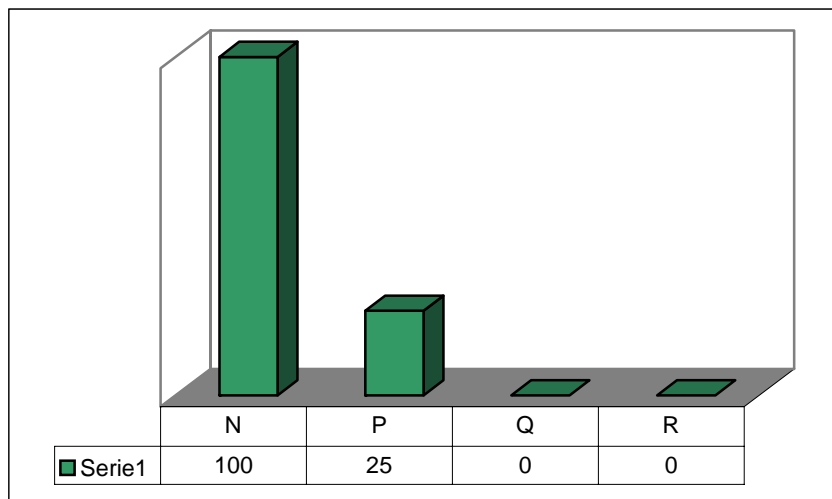
Fig. 29: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Tutela dei diritti” – Livello poliambulatorio

Commento:

Come anticipato, è a livello dei poliambulatori che il fattore tutela dei diritti raggiunge gli standard migliori anche se, comunque, c'è un'azienda con IAS pari a 0 e un'altra con IAS scadente.

- In 7 poliambulatori su 16 c'è disponibilità, all'ingresso, di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.
- In 8 poliambulatori su 16 ci sono schede e punti raccolta per segnalazione e reclami dei cittadini.

3.9.5 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “tutela dei diritti”



SCADENTE (IAS=31)

Elementi valutati

Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

Fig. 30: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Tutela dei diritti” – Livello CSM/SerT

Commento:

Nei CSM/SerT il fattore tutela dei diritti è mediamente scadente, una sola azienda rispetta pienamente gli standard mentre per altre tre i risultati sono pessimi.

3.10 Fattore “Programmi per la qualità”

Il fattore è stato rilevato su tutti i livelli di analisi dell’Audit tranne quello aziendale. L’IAS medio è scadente e pari a 28. In questo fattore confluiscono una serie di indicatori che riguardano la realizzazione, le modalità di conduzione e di utilizzazione delle indagini sulla soddisfazione degli utenti, le procedure di valutazione e le esperienze di accreditamento volontario.

3.10.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “programmi per la qualità”

DISCRETO (IAS=45)

Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari Se sì

Risultati resi pubblici

Utilizzo di personale addestrato

Domande su almeno uno dei tre seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all’indagine di soddisfazione
Numero di U.O. nelle quali è stata effettuata (negli ultimi 2 anni) almeno un’inchiesta sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari su numero totale di U.O. di degenza

Numero U.O. che hanno reso pubblici i risultati dell’inchiesta

Numero di U.O. che hanno utilizzato personale addestrato per la realizzazione dell’inchiesta

Numero U.O. con inchiesta con domande su accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort

Numero di U.O. nelle quali si ha evidenza di azioni di miglioramento attuate in seguito all’indagine su numero totale di U.O. che hanno effettuato l’indagine

Esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)

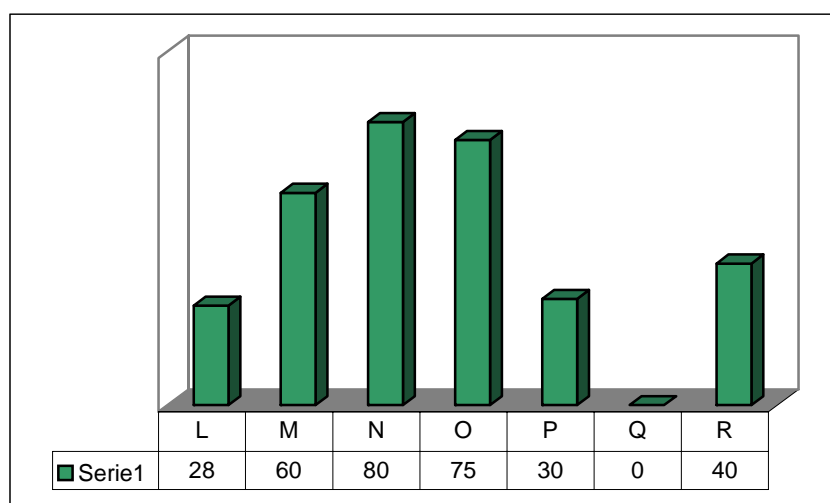


Fig. 31: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Programmi per la qualità” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Il fattore presenta una certa disomogeneità tra le aziende, infatti, mentre per gli ospedali di due aziende si colloca tra il buono e l'ottimo, nelle restanti aziende l'IAS scende drasticamente oscillando tra il discreto e il pessimo.

Punti di forza (IAS \geq 64):

- Negli ultimi due anni, in tutte le unità operative di degenza considerate di 4 aziende su 7 è stata realizzata almeno un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari.

Punti di debolezza (IAS \leq 23):

- Nella maggior parte dei casi le indagini sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari realizzate sia a livello di presidio ospedaliero, sia di singole unità operative di degenza risultano inadeguate ed inefficaci poiché spesso non sono rispettati i seguenti criteri:

- a) Pubblicizzazione dei risultati.
- b) Impiego di personale addestrato.
- c) Presenza di domande che riguardano almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort.
- d) Attuazione di azioni di miglioramento in relazione ai risultati delle indagini.

- Solo in 3 ospedali su 9 sono presenti esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc).

3.10.2 Livello Cure primarie: distretto – Fattore “programmi per la qualità”**PESSIMO (IAS=9)****Elementi valutati**

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari . Se sì

Risultati resi pubblici

Utilizzo di personale addestrato

Domande su almeno uno dei tre seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, assistenza medica e infermieristica.

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e circa il servizio domiciliare. Se sì

Risultati resi pubblici

Utilizzo di personale addestrato

Domande su almeno uno dei tre seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, assistenza medica e infermieristica.

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

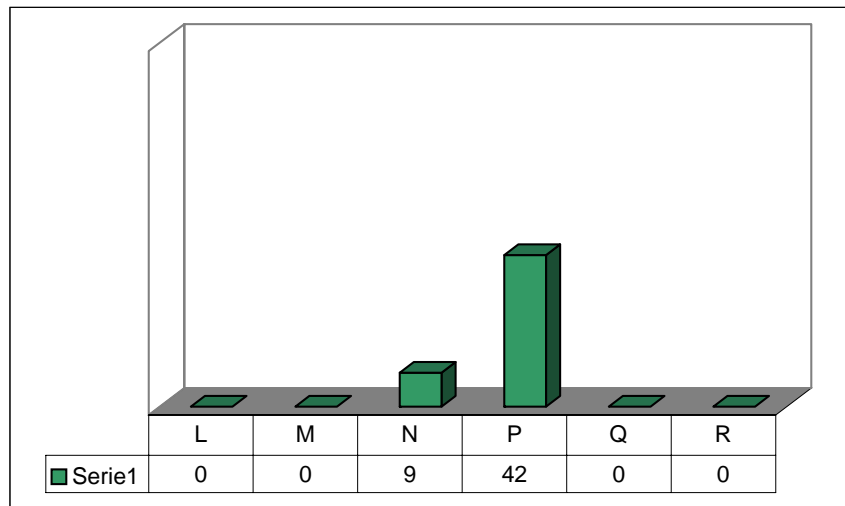


Fig. 32: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Programmi per la qualità" – Livello distretto.

Commento:

A livello di sedi di distretto il fattore registra l'IAS peggiore che sostanzialmente riflette:

- La mancata realizzazione (negli ultimi due anni), in tutte le 11 sedi di distretto considerate, di indagini sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari.
- Il basso numero di sedi di distretto (2 su 11) che negli ultimi due anni hanno realizzato un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il servizio domiciliare.

3.10.3 Livello Cure primarie: poliambulatorio – Fattore "programmi per la qualità"

SCADENTE (IAS=24)

Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari . Se sì

Risultati resi pubblici

Utilizzo di personale addestrato

Domande su almeno uno dei tre seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, assistenza medica e infermieristica.

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

Presenza di procedure di valutazione periodica del servizio

Esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)

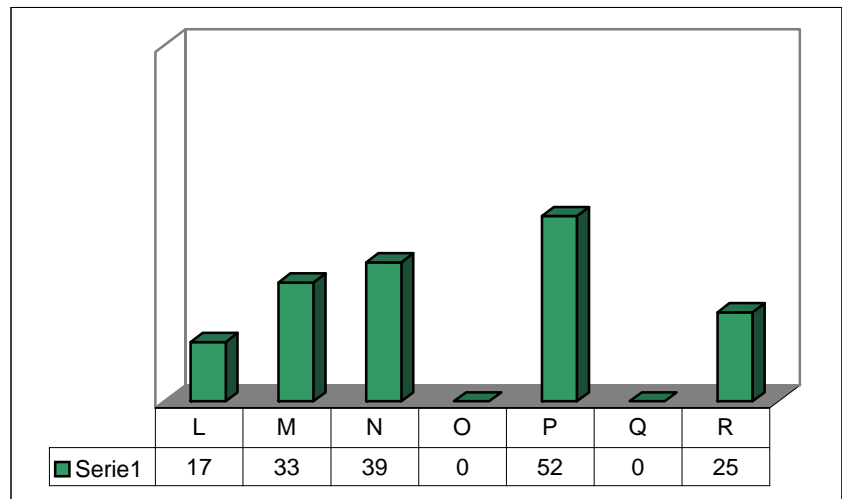


Fig. 33: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Programmi per la qualità" – Livello poliambulatorio

Commento:

Anche a livello di poliambulatorio, il fattore "programmi per la qualità" è decisamente scadente, con due aziende che ottengono un IAS pari a 0.

Le aree di criticità sono:

- Solo in 4 poliambulatori su 16 negli ultimi due anni sono state realizzate delle indagini sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari.
- L'efficacia delle poche indagini realizzate è seriamente messa in discussione dal mancato rispetto di alcuni criteri quali:
 - a) Pubblicizzazione dei risultati
 - b) Impiego di personale addestrato
 - c) Presenza di domande che riguardano almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort.
 - d) Attuazione di azioni di miglioramento in relazione ai risultati delle indagini.
- Solo in 3 poliambulatori su 16 sono state realizzate esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO9000, EFQM).

Considerando il basso livello dell'IAS, ci sembra importante sottolineare che un aspetto positivo è rappresentato dal fatto che in 9 poliambulatori sono comunque presenti procedure di valutazione periodica di funzionamento del servizio.

3.10.4 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “programmi per la qualità”

SCADENTE (IAS=34)

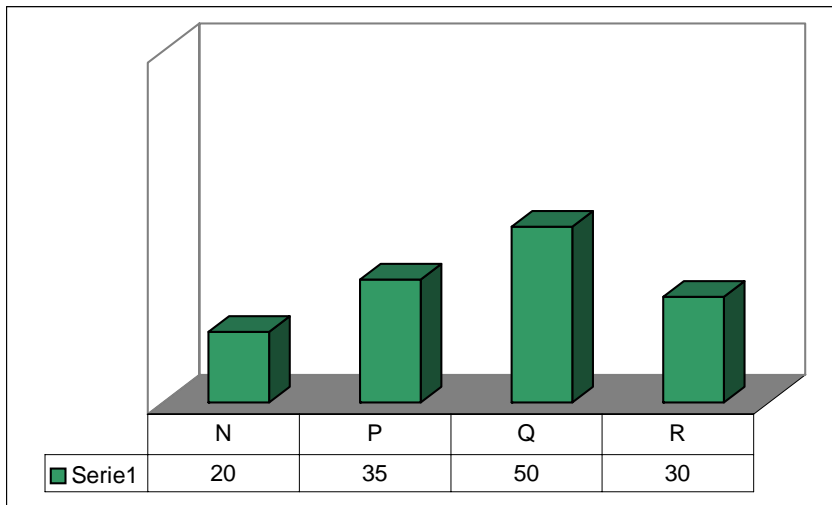


Fig. 34: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Programmi per la qualità” – Livello CSM/SerT

Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari
Se sì

Risultati resi pubblici

Utilizzo di personale addestrato

Domande su almeno uno dei tre seguenti argomenti: accesso ai

servizi sanitari,

rapporti utenti-

operatori,

informazione,

assistenza medica,

assistenza medica e

infermieristica

Azioni di

miglioramento della

qualità attuate in

seguito all'indagine

Presenza di procedure di

valutazione periodica del

servizio

Realizzazione negli ultimi

tre anni di una indagine

circa i bisogni emergenti

Coinvolgimento del settore

non profit nell'erogazione

del servizio

Commento:

A livello di CSM/SerT il fattore varia tra le aziende dal discreto al pessimo.

Un punto di forza (IAS=94):

- 7 strutture su 8 prevedono il coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio.

Punti di criticità (IAS<=19):

- Solo in 2 strutture su 8 sono presenti procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio.
- Solo in 2 strutture su 8, negli ultimi tre anni, sono state realizzate indagini circa i bisogni emergenti.

La mancanza di indagini sui bisogni emergenti rappresenta una criticità importante alla quale è necessario porre rimedio poiché, per servizi quali i CSM e ancor di più i SerT riuscire ad avere una percezione adeguata dei bisogni emergenti significa poter pianificare delle strategie d'intervento adeguate. Si pensi ad esempio a come cambia rapidamente l'offerta del mercato delle droghe sintetiche.



“IMPEGNO DELL’AZIENDA A PROMUOVERE
ALCUNE POLITICHE DI PARTICOLARE
RILIEVO SOCIALE E SANITARIO”

4. Seconda componente “Impegno dell’azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”

Nella seconda componente confluiscono quattro fattori che ci forniscono una serie d’informazioni relative alle politiche e alle iniziative messe in campo dalle aziende sanitarie locali relativamente alla gestione del rischio clinico, la sicurezza delle strutture e degli impianti, le malattie croniche ed oncologiche e la gestione del dolore.

Nella tabella che segue riportiamo per ogni livello di analisi gli IAS medi dei singoli fattori.

Legenda:

- L1- livello azienda sanitaria
- L2- livello assistenza ospedaliera
- L3a- livello distretto
- L3b- livello poliambulatorio
- L3c- livello CSM/Ser.T

Classi di punteggio IAS

- IAS 100-81=OTTIMO
- IAS 80-61=BUONO
- IAS 60-41=DISCRETO
- IAS 40-21=SCADENTE
- IAS 20-0= PESSIMO

N.B.= ogni fattore è rilevato su diversi livelli, le celle contrassegnate con il simbolo “=” indicano che per quel fattore non è prevista la rilevazione a quel livello.

II COMPONENTE “Impegno della azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”					
Fattori di valutazione	L1	L2	L3a	L3b	L3c
11-Gestione del rischio clinico	62	73	=	=	=
12-Sicurezza delle strutture e degli impianti	96	79	60	58	56
13-Malattie croniche e oncologia	66	=	=	=	=
14-Gestione del dolore	48	36	=	=	=

Tabella 9: IAS dei fattori di valutazione – Seconda componente “Impegno dell’azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario ”

Per un sguardo d’insieme a questa seconda componente è utile osservare la distribuzione degli IAS medi dei singoli fattori riportata dal grafico che segue.

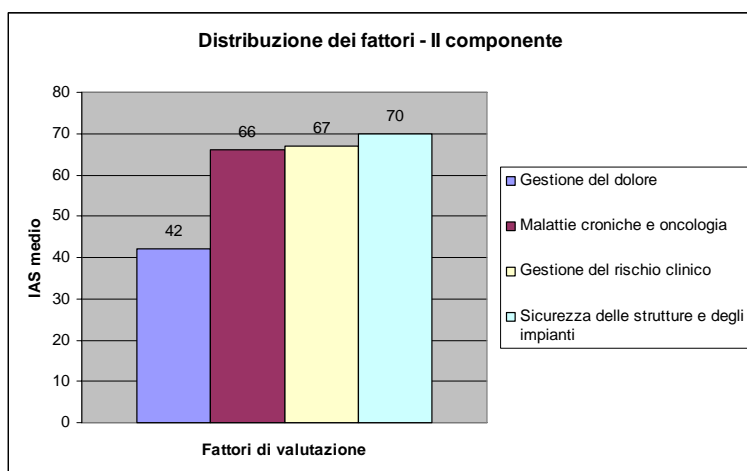


Fig. 35: distribuzione dei fattori – seconda componente

I quattro fattori della seconda componente, ad eccezione della gestione del dolore, ottengono tutti un IAS medio buono. A livello di politiche sanitarie e sociali la gestione del dolore è sicuramente un’area da migliorare, mentre la sicurezza delle strutture e degli impianti rappresenta un punto di forza.

4.1 Fattore “Gestione del rischio clinico”

La gestione del rischio clinico è un fattore rilevato a livello aziendale e di assistenza ospedaliera e ci fornisce un quadro delle iniziative messe in campo dalle aziende sanitarie nell’ambito della prevenzione e gestione del rischio clinico.

4.1.1 Livello aziendale – Fattore “gestione del rischio clinico”

BUONO (IAS=62)

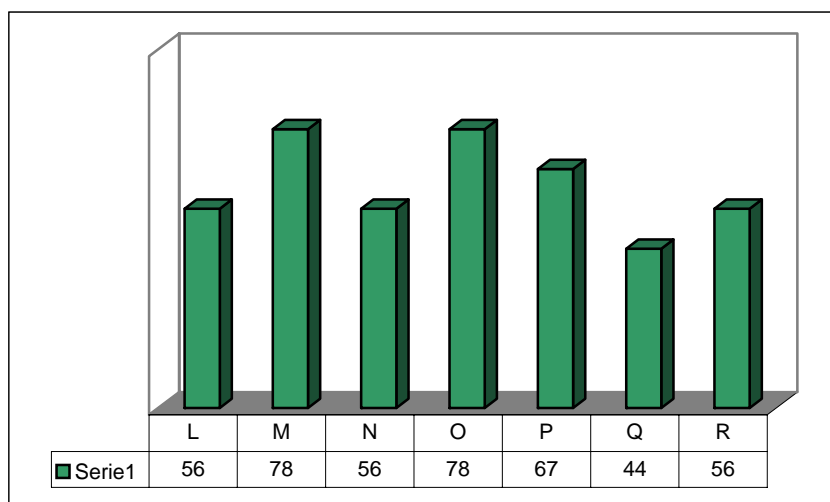


Fig. 36: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Gestione del rischio clinico” – Livello aziendale

Elementi valutati

Ufficio/persona incaricata/servizio per la gestione del rischio clinico a qualsiasi livello dell’azienda (aziendale, di presidio, ecc.)
Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella
Redazione di una mappa del rischio clinico
Redazione di un Piano per la gestione del rischio clinico
Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
Comitato per il buon uso del sangue
Corsi di formazione specifici sulla gestione del rischio clinico negli ultimi tre anni
Commissione per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale
Procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso

Commento:

A livello aziendale il fattore raggiunge un IAS medio buono e la situazione è abbastanza omogenea per tre aziende mentre altre tre si collocano comunque a livello discreto.

Punti di forza (IAS \geq 86):

- In tutte le sette aziende considerate sono presenti una commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e un comitato per il buon uso del sangue.
- 6 aziende su 7 negli ultimi tre anni hanno organizzato corsi di formazione specifici sulla gestione del rischio clinico.

Punti di debolezza (IAS \leq 43):

- Nessuna azienda ha redatto una mappa del rischio clinico.
- Solo in un’azienda su 7 esistono procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso.
- Solo in 3 aziende su 7 avviene la registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella.

4.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “gestione del rischio clinico”

BUONO (IAS=73)

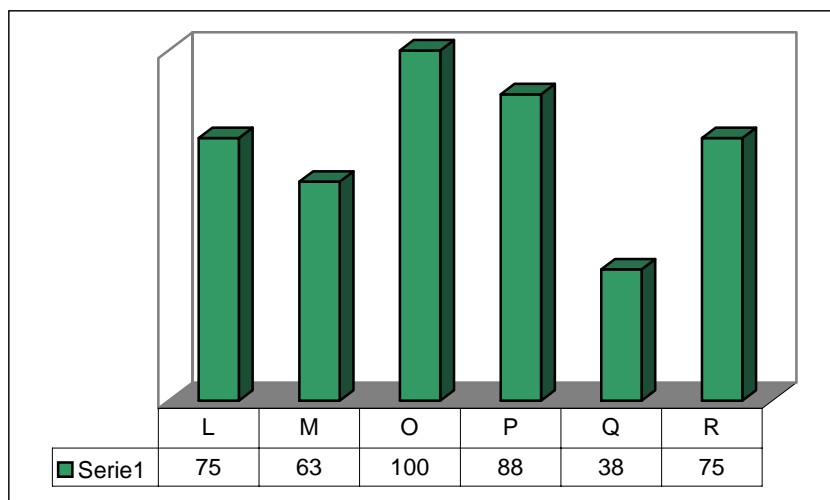


Fig. 37: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Gestione del rischio clinico” – Livello assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Studi di carattere valutativo sulle cartelle cliniche/schede di dimissioni ospedaliere
 Procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato l'intervento (tranne cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.)
 Indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza)
 Indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche
 Protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere
 Manuale dei disinfettanti in uso nel presidio
 Procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici
 Procedura per gestione dei rifiuti sanitari
 Servizio di ingegneria clinica

Commento:

La gestione del rischio clinico a livello di assistenza ospedaliera raggiunge per lo più degli standard buoni ed in due casi anche ottimi, con l'eccezione di una sola azienda il cui IAS è scadente.

Punti di forza (IAS \geq 83):

- In tutti i 9 ospedali considerati viene applicata la procedura per la gestione dei rifiuti sanitari.
- In 8 ospedali su 9 viene applicata la procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici. Questo dato seppur positivo andrebbe considerato anche come criticità, poiché la sterilizzazione dei dispositivi medici è un forte fattore protettivo del rischio clinico ed è importante che sia rispettata una procedura ad hoc in tutti gli ospedali.
- In 8 ospedali su 9 sono presenti protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere.

Punti di debolezza (IAS \leq 33):

- Solo in 3 ospedali su 9 vengono svolte indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza).
- Solo in 3 ospedali su 9 vengono svolte indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche.

4.2 Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

Questo fattore ottiene l'IAS medio migliore della seconda componente ed è rilevato su tutti e cinque i livelli di analisi dell'Audit. Mentre a livello aziendale l'IAS è mediamente ottimo è a livello di poliambulatori e CSm/SerT che si registra una caduta del fattore a livelli discreti.

4.2.1 Livello aziendale – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”

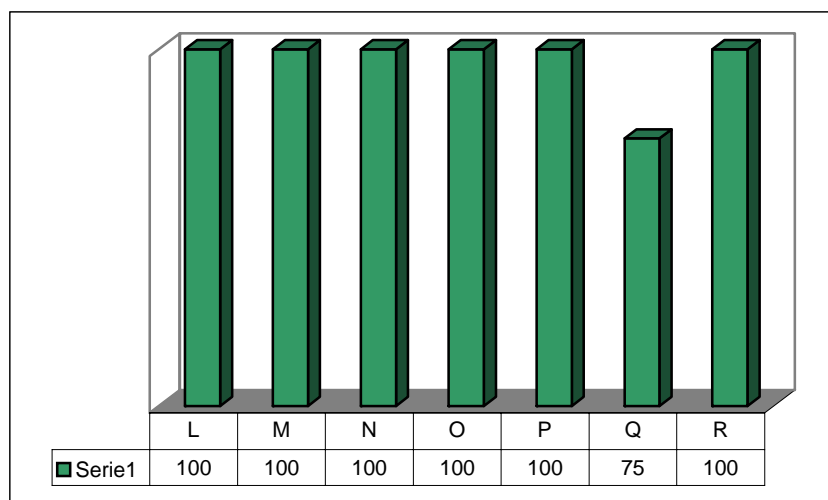


Fig. 38: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello aziendale

OTTIMO (IAS=96)

Elementi valutati

Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione della apparecchiature diagnostiche per immagini
Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni
Documento aggiornato sui rischi (legge 626)
Servizio di ingegneria clinica

Commento:

Gli standard sono rispettati da tutte le aziende ed in 6 casi su 7 si raggiunge l'eccellenza. Nell'azienda che ottiene IAS=75 l'elemento critico è l'assenza di un servizio di ingegneria clinica.

4.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”

BUONO (IAS=79)

Elementi valutati

Accesso dedicato per le emergenze
Camera calda al pronto soccorso
Individuazione all'interno del PS dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni
Definizione per tutto il personale delle procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del PS
Numero di unità operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga
Numero di unità operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori
Numero di unità operative di degenza nelle quali è presente la piantina del piano di evacuazione

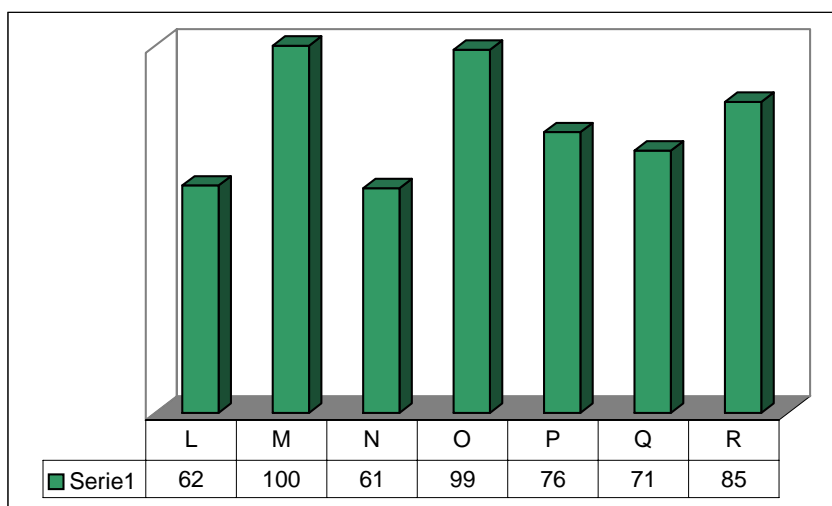


Fig. 39: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Sicurezza delle strutture e degli impianti" – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

A livello ospedaliero il fattore oscilla tra l'ottimo e il buono.

Punti di forza (IAS \geq 83):

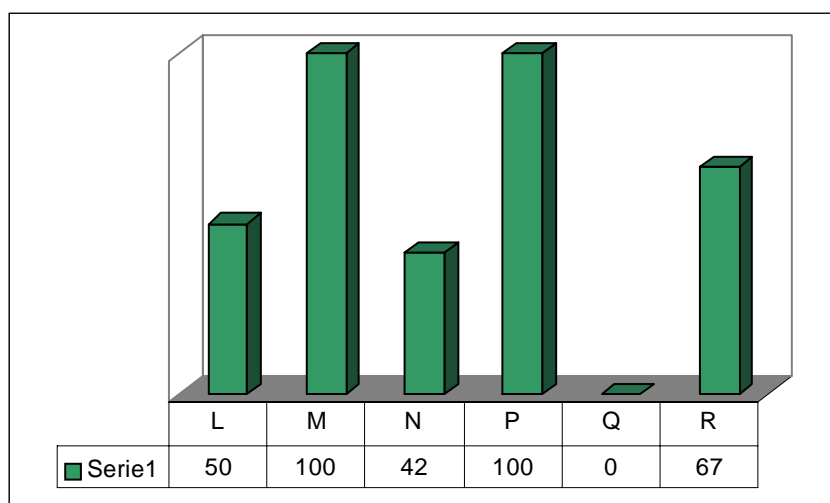
- Nei 9 ospedali considerati, tutte le unità operative di degenza osservate sono dotate della segnaletica per l'individuazione degli estintori.
- La segnaletica per le vie di fuga è presente nella quasi totalità delle unità operative di degenza osservate.
- In 6 ospedali su 9 si è proceduto all'individuazione all'interno del PS dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni.

Punti di debolezza (IAS=43):

- Solo i Pronto Soccorso di 3 ospedali su 9 dispongono della camera calda.

4.2.3 Livello Cure primarie: distretto – Fattore "sicurezza delle strutture e degli impianti"

DISCRETO (IAS=60)



Elementi valutati
 Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto
 Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto
 Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto

Fig. 40: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Sicurezza delle strutture e degli impianti" – Livello distretto

Commento:

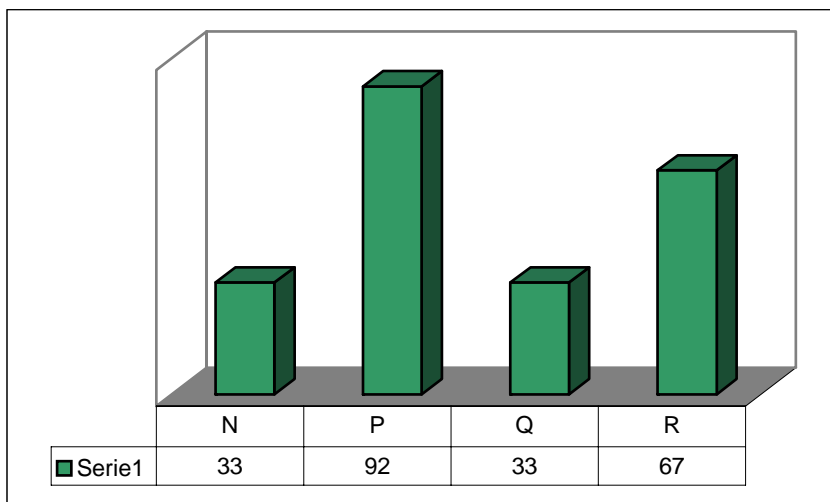
A livello di sedi di distretto gli indicatori che confluiscono nel fattore sono tre e riguardano la presenza nelle sedi di distretto della cartellonistica informativa relativa alle vie di fuga, al posizionamento degli estintori e alla piantina del piano di evacuazione.

Nonostante la semplicità di questi indicatori, solo due aziende rispettano gli standard e in un caso l'IAS del fattore è addirittura pari a 0.

Mentre la segnaletica per l'individuazione degli estintori è presente in 9 sedi di distretto su 11, la segnaletica per delle vie di fuga è assente in 5 sedi di distretto su 11 e la piantina del piano di evacuazione manca in 8 sedi di distretto su 11.

Se si considera che la presenza di questa segnaletica è prevista dalla normativa vigente è chiaro che questa situazione desta qualche perplessità. Se da un lato ciò potrebbe riflettere semplicemente una situazione di trascuratezza dall'altro questa mancanza potrebbe essere sintomatica di una più grave negligenza relativa al rispetto delle norme sulla sicurezza delle strutture e degli impianti.

4.2.4 Livello Cure primarie: CSM/SerT – Fattore “sicurezza delle strutture e degli impianti”



DISCRETO (IAS=56)

Elementi valutati
Segnaletica per le vie di fuga
Segnaletica per l'individuazione degli estintori
Piantina di piano di evacuazione

Fig. 41: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello CSM/SerT

Commento:

A livello di CSM e SerT l'IAS del fattore registra il valore più basso e come mostra il grafico, presenta una forte variabilità tra le aziende.

L'indicatore che in misura maggiore contribuisce all'abbassamento dell'IAS è la mancanza della piantina del piano di evacuazione in 5 strutture su 8.

4.3 Fattore “Malattie croniche e oncologia”

Questo fattore è stato rilevato solo a livello aziendale.

4.3.1 Livello aziendale – Fattore “malattie croniche e oncologia”

BUONO (IAS=66)

Elementi valutati

*Centro/i di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare
Centri di riferimento o strutture di orientamento per pazienti con patologie croniche o rare*

Strutture per le Cure Palliative

Se sì (se ASL)

- Cure domiciliari
- Ambulatorio
- Day hospital
- Ricovero ospedaliero
- Hospice

Centro di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi

Procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia

Procedure di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologia

Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi

Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi

Procedure per la distribuzione dei presidi con periodicità agevolata per gli utenti

Servizio di dialisi domiciliare

Servizi di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati

Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari

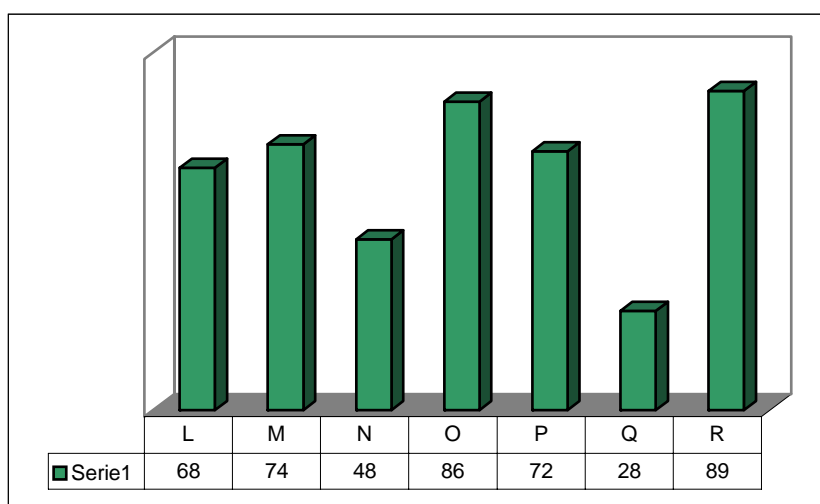


Fig. 42: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Malattie croniche e oncologia” – Livello aziendale

Commento:

L'andamento dell'IAS tra le diverse aziende mostra che rispetto alle malattie croniche e all'oncologia c'è mediamente un buon livello di attenzione. Il fattore ha una distribuzione abbastanza omogenea tra le aziende, solo in caso scende a livelli scadenti.

Punti di forza (IAS \geq 86):

- In tutte le aziende sono presenti strutture per le cure palliative.
- In 6 aziende su 7 c'è almeno un centro di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare.
- In 6 aziende su 7 esistono procedure per la distribuzione dei presidi che prevedono periodicità agevolate per gli utenti.
- Negli ultimi tre anni, in 6 aziende su 7 si sono svolte iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari.

Punti di debolezza (IAS \leq 57):

- In 3 aziende su 7 mancano procedure di semplificazione dell'accesso all'esenzione per patologia.
- 4 aziende su 7 non dispongono di un centro di riferimento aziendale per la manutenzione di presidi, ausili e protesi.
- 5 aziende su 7 non prevedono procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi.

A fronte di buone politiche per le malattie croniche e l'oncologia gli indicatori più critici del fattore segnalano che c'è bisogno di migliorare alcuni aspetti che assumono una particolare importanza per i cittadini. Lo scarso coinvolgimento degli utenti rispetto alla valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi è dal nostro punto di vista particolarmente pesante poiché tale assenza implica l'impossibilità di mediare tra l'esigenza aziendale di disporre di criteri di riferimento generalizzabili e l'esigenza dell'utenza di poter disporre di ausili specifici adatti alle singole esigenze.

Un esempio eclatante è rappresentato dagli ausili per l'incontinenza rispetto ai quali spesso non si tiene conto della differenza di genere e vengono proposti all'utenza degli assorbenti cosiddetti "unisex" che penalizzano la qualità di vita dei pazienti maschi.

4.4 Fattore "Gestione del dolore"

E' il fattore della seconda componente che registra l'IAS medio più basso.

4.4.1 Livello aziendale – Fattore "gestione del dolore"

DISCRETO (IAS=48)

Elementi valutati

Numero di distretti con un servizio di cure palliative domiciliari

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti

Cure domiciliari

Servizi ospedalieri

Hospice

Altro

Numero di distretti in cui si pratica a intervalli regolari la valutazione dell'intensità del dolore nei pazienti in assistenza domiciliare (quando le condizioni dei pazienti lo richiedono)

Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di famiglia negli ultimi tre anni

Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni

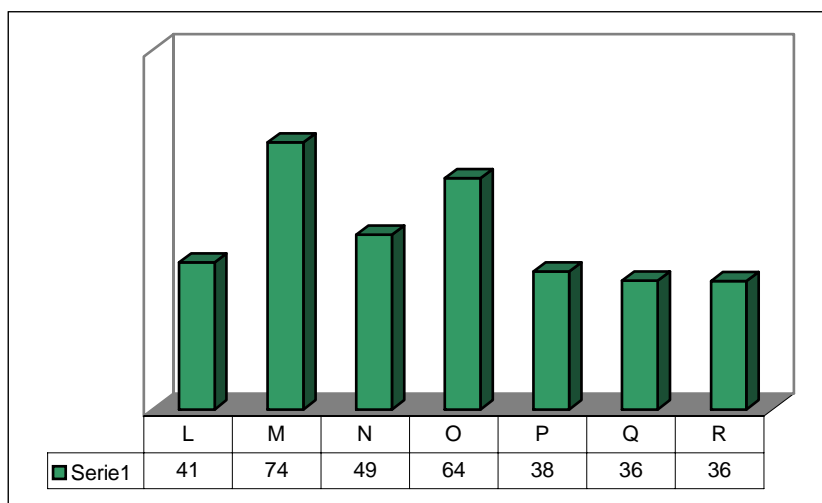


Fig. 43: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle per il fattore "Gestione del dolore" – Livello aziendale

Commento:

La gestione del dolore ottiene un IAS medio discreto ma c'è da sottolineare che ben tre aziende raggiungono un IAS scadente e solo due arrivano ad uno standard buono.

Punti di forza (IAS=71):

- 5 aziende su 7 dispongono di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti. Da sottolineare, però, che se si considera la tipologia dei dolori trattati emerge che ad eccezione del dolore nei malati di cancro e del dolore acuto post operatorio trattati da sei aziende su sette, per le altre tipologie di dolore c'è una certa disomogeneità tra le aziende come mostra la tabella che segue. Inoltre segnaliamo che in un'azienda viene trattato solo il dolore nei malati di cancro e in un'altra solo il dolore acuto postoperatorio e il dolore del parto.

Tipologia di dolore	Numero di aziende che trattano il dolore
dolore acuto postoperatorio	6
dolore acuto post traumatico	4
dolore presente nelle cefalee	1
dolore nei malati di cancro	6
dolore nelle patologie croniche degenerative	3
dolore del parto	4
altri tipi di dolore	1

Tabella 10: della tipologia di dolore trattati dalle sette aziende sanitarie locali che hanno aderito all'Audit

Punti di debolezza (IAS<=43):

- Solo 3 aziende su 7 negli ultimi tre anni hanno promosso iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di famiglia.
- Solo 2 aziende su 7 negli ultimi tre anni hanno promosso iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore.
- Solo in 3 aziende su 7 il numero di distretti in cui si pratica a intervalli regolari la valutazione dell'intensità del dolore nei pazienti in assistenza domiciliare (quando le condizioni dei pazienti lo richiedono) raggiunge lo standard (IAS=100).

4.4.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “gestione del dolore”

SCADENTE (IAS=36)

Elementi valutati

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore

Valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati

Iniziativa volte a creare valutatori/ricognitori nelle U.O. ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni

Iniziativa di formazione sulla terapia del dolore per personale negli ultimi tre anni

Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti sulla terapia del dolore
interventi chirurgici

parto

tumori

malattie cronico-degenerative

altro

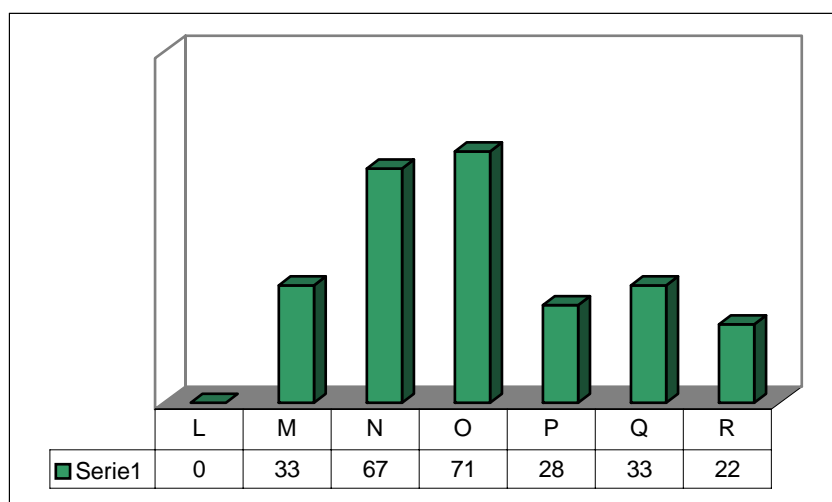


Fig. 44: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore “Gestione del dolore” – Livello assistenza ospedaliera

Commento:

Ad eccezione di due aziende, la gestione del dolore a livello ospedaliero è decisamente scadente e in un caso sono del tutto assenti politiche e iniziative in merito.

Punti di forza (IAS \geq 64):

- 7 ospedali su 9 dispongono di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti.
- Negli ultimi tre anni 5 ospedali su 9 hanno realizzato iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale.

Punti di debolezza (IAS \leq 43):

- Solo in 2 ospedali su 9 viene effettuata una valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati.
- Negli ultimi tre anni, solo in 2 ospedali su 9 sono state intraprese iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle U.O. ospedaliere per il controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore.

- Scarsa presenza di linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti. Di seguito riportiamo la situazione per alcune tipologie specifiche.

Tipologia dolore	Numero ospedali che dispongono di linee guida per l'adeguata informazione ai pazienti
interventi chirurgici	3
parto	3
tumori	2
malattie cronico-degenerative	0

Tabella 11: ospedali che dispongono di linee guida informative specifiche per tipologia di dolore

E' evidente che quando si passa a livello operativo concreto che coinvolge direttamente i cittadini, la gestione del dolore al livello ospedaliero risulta particolarmente carente.



“COINVOLGIMENTO
DELLE ORGANIZZAZIONI CIVICHE
NELLE POLITICHE AZIENDALI”

5. Terza componente “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”

In questa componente confluiscono due fattori, rilevati entrambi solo a livello aziendale e che ci forniscono informazioni circa la presenza degli istituti di partecipazione degli utenti e di eventuali altre forme di partecipazione e interlocuzione.

Nella tabella che segue riportiamo gli IAS medi dei singoli fattori.

Legenda:

L1- livello azienda sanitaria
L2- livello assistenza ospedaliera
L3a- livello distretto
L3b- livello poliambulatorio
L3c- livello CSM/Ser.T

Classi di punteggio IAS

IAS 100-81=OTTIMO
IAS 80-61=BUONO
IAS 60-41=DISCRETO
IAS 40-21=SCADENTE
IAS 20-0= PESSIMO

N.B.= ogni fattore è rilevato su diversi livelli, le celle contrassegnate con il simbolo “=” indicano che per quel fattore non è prevista la rilevazione a quel livello.

III COMPONENTE “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”					
Fattori di valutazione	L1	L2	L3a	L3b	L3c
15-Istituti di partecipazione degli utenti	59	=	=	=	=
16-Altre forme di partecipazione e interlocuzione	48	=	=	=	=

Tabella 12: IAS medi dei fattori della terza componente.

Osservando gli IAS medi dei singoli fattori si evidenzia che, in generale, c'è un discreto coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali e le forme attraverso le quali ciò si realizza sono prevalentemente quelle previste dalla normativa vigente.

5.1 Fattore “Istituti di partecipazione degli utenti”

Gli indicatori di questo fattore adottano come standard la presenza degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente.

5.1.1 Livello aziendale – Fattore “Istituti di partecipazione degli utenti”

DISCRETO (IAS=59)

Elementi valutati

Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99) Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini
Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995)
Commissione mista conciliativa
Comitati consultivi misti
Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei Servizi
Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi
Determinazione degli standard della Carta della qualità dei servizi con la consultazione dei cittadini Comitato etico
Se sì
Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico

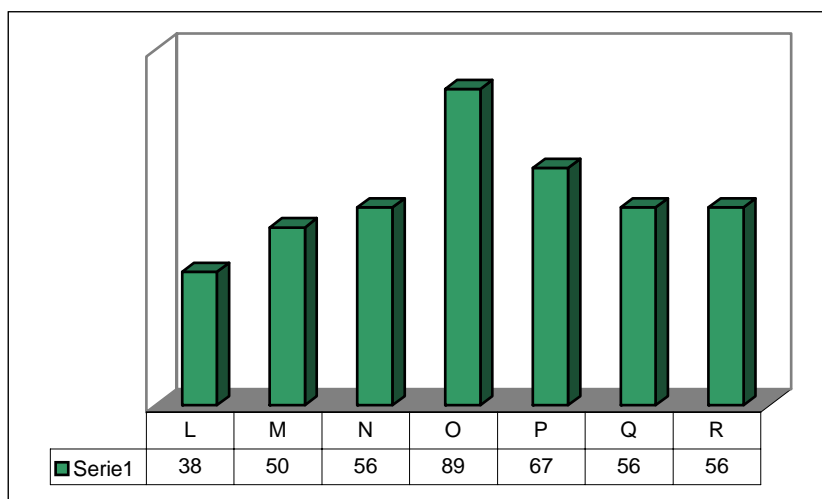


Fig. 45: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Istituti di partecipazione degli utenti" – Livello aziendale

Commento:

Ad eccezione di due aziende, il dato generale che emerge è che l'applicazione della normativa in materia di partecipazione civica è ancora debole.

Punti di forza (IAS \geq 71):

- In tutte le aziende è presente il Comitato etico.
- 6 aziende su 7 hanno stipulato protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini.
- In 5 aziende su 7 sono presenti forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art.12 del Dlgs 229/99).

Punti di debolezza (IAS \leq 20):

- Tra le aziende che nell'ultimo anno hanno convocato la Conferenza dei servizi, solo una ha presentato risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza.
- Solo in due aziende sono presenti i comitati consultivi misti.
- Solo in un'azienda è presente la Commissione mista conciliativa.

5.2 Fattore "Altre forme di partecipazione e interlocuzione"

5.2.1 Livello aziendale – Fattore "Altre forme di partecipazione"

DISCRETO (IAS=48)

Elementi valutati

Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro

Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini di suggerimenti o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.

Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio

Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari

Consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordine del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio ecc.

Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture

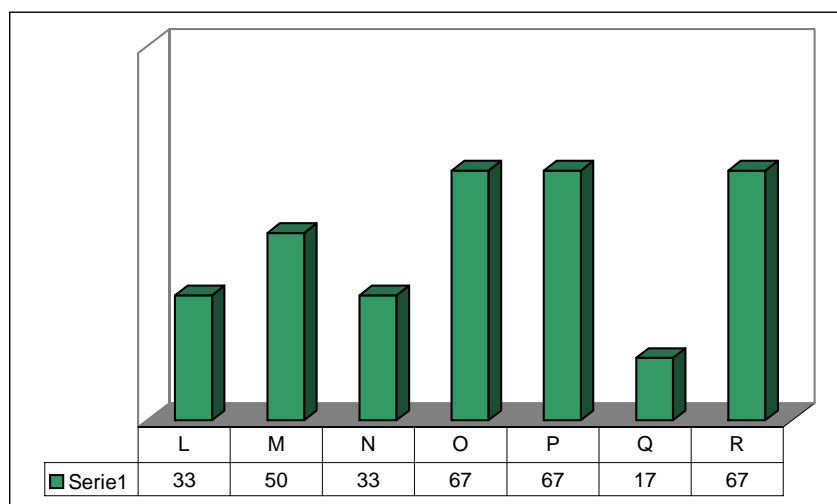


Fig. 46: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL per il fattore "Altre forme di partecipazione e interlocuzione" – Livello aziendale

Commento:

Come mostra il grafico c'è una sostanziale disomogeneità per il fattore tra le varie aziende. Gli IAS aziendali vanno infatti dal pessimo al buono.

Punti di forza (IAS \geq 71):

- In 6 aziende su 7 si svolgono riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari.
- 5 aziende su 7, negli ultimi due anni, hanno avanzato una o più richieste formali alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.

Punti di debolezza (IAS \leq 29):

- Solo 2 aziende su 7 realizzano consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio, ecc.
- Nessuna azienda prevede capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture.

QUARTA COMPONENTE



“L’ASSISTENZA DOMICILIARE”

6. Quarta componente “L’assistenza domiciliare” - CAD

La quarta componente, nella struttura dell’Audit, è individuata dalle equipe miste aziendale formate da cittadini e operatori delle ASL. Nel Lazio, le sette equipe miste hanno scelto di approfondire l’area dell’assistenza domiciliare andando ad indagare alcuni aspetti del funzionamento dei CAD. La raccolta dei dati ha riguardato complessivamente 13 CAD ed è stata realizzata utilizzando un questionario messo a punto dal gruppo di lavoro regionale.

6.1 Il questionario sui CAD: gli elementi valutati

Il questionario sui CAD è composto da 39 items di cui 20 concorrono alla valutazione dell’Indice di Adeguamento agli Standard (IAS) e 19 forniscono invece una serie d’informazioni, che pur non incidendo sull’IAS sono particolarmente utili per ottenere un quadro descrittivo di alcuni aspetti importanti che incidono sulla qualità del servizio come ad esempio i tempi di attesa per ottenere gli ausili.

Gli items sono organizzati in cinque sezioni che rappresentano altrettante macroaree di osservazione: modalità di accesso dell’utente al CAD, modalità di accesso al servizio, tipologie e prestazioni erogate dal CAD, assistenza CAD a pazienti oncologici e dimissione protette.

La maggior parte degli items che incidono sulla valutazione dell’IAS prevedono una risposta chiusa del tipo “si/no” e l’attribuzione del punteggio ha seguito il seguente criterio: risposta “si”=100 e risposta “no”=0. I dati mancanti non sono stati considerati nel calcolo dell’IAS.

6.2 I risultati di benchmarking: una visione d’insieme sui CAD

I risultati che presentiamo fanno riferimento ai 13 CAD osservati in sei aziende sanitarie invece che sette poiché un’azienda ha scelto di non realizzare l’Audit rispetto alla quarta componente.

Elementi che concorrono alla valutazione dell’IAS

Sezione 1 - modalità di accesso dell’utente al CAD

La sede del CAD è raggiungibile con i mezzi pubblici.

Esistono parcheggi per disabili in prossimità dell’ingresso.

I locali del CAD sono facilmente individuabili all’interno della sede/struttura ASL.

Sono presenti barriere architettoniche.

Esiste una linea telefonica del CAD dedicata all’orientamento e all’aiuto di chi è già assistito dal CAD.

E’ pubblicizzato il numero di telefono e/o di fax del CAD.

E’ possibile inviare via fax, posta o per e-mail all’utente che ne faccia richiesta la modulistica necessaria per richiedere il servizio.

E’ possibile stampare dal sito ASL la modulistica.

E’ disponibile via fax o sul sito ASL la modulistica e le informazioni per richiedere la visita dell’UVT.

E’ disponibile la modulistica e le informazioni per la richiesta d’inserimento nelle RSA.

Sezione 2 – modalità di accesso al servizio

Si accede al servizio direttamente.

Si accede al servizio attraverso fax.

Si accede al servizio attraverso telefono.

In caso di accesso mediante fax si verificano casi di impedimento prolungato (oltre mezza giornata) dovuti ad assenza di carta, toner o guasto dal fax.¹⁰

Sezione 4 - Assistenza CAD a pazienti oncologici

Il CAD eroga prestazioni per i pazienti oncologici.

Esiste lista di attesa per la presa in carico di malati oncologici.

Siete a conoscenza di liste di attesa presso strutture convenzionate.

Sezione 5 - dimissioni protette

Il CAD prende in carico i pazienti in regime di dimissioni protette.

Se sì, il paziente viene prelevato solo presso le aziende ospedaliere convenzionate col comune od ovunque esso si trovi.

Gli ausili e i presidi sono previsti già al momento delle dimissioni ospedaliere.

Nel grafico che segue sull'asse delle ascisse i numeri da 1 a 13 rappresentano i codici identificativi dei singoli CAD, mentre sull'asse delle ordinate compare la scala di valori dell'Indice di Adeguamento agli Standard che varia da 0 a 100.

BUONO (IAS=71)

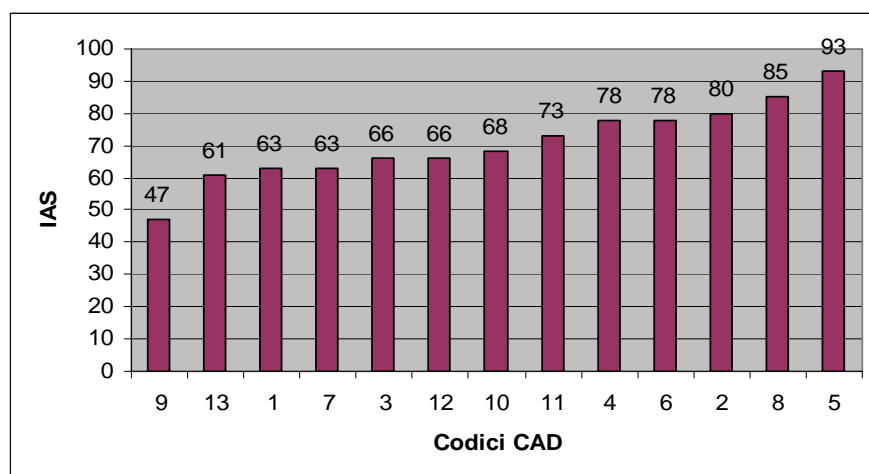


Fig. 47: grafico distribuzione degli IAS raggiunti dalle ASL relativamente ai CAD – IV componente.

Commento:

Ad eccezione di un CAD che ottiene un IAS discreto, la situazione è mediamente buona e omogenea. In due casi l'IAS è ottimo.

Analizzando l'andamento degli IAS medi raggiunti da ogni CAD per le singole macroaree di osservazione emerge sostanzialmente che il punto di forza è rappresentato dalle

¹⁰ Per questo item il formato di risposta prevede la seguente codifica: "spesso=0", "raramente=50" e "mai=100".

modalità di accesso al servizio, dalle dimissioni protette mentre, presenta qualche criticità la macroarea dell'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici.

6.2.1 I risultati di benchmarking per macroaree di osservazione.

“Modalità di accesso al servizio”

L'IAS medio del punteggio ottenuto da ogni CAD per questa macroarea è pari a 82, ossia ottimo.

Nel 100% dei casi i cittadini possono accedere al servizio tramite invio di fax, nel 92% dei casi recandosi direttamente presso la struttura del CAD e nel 69% dei casi attraverso il telefono.

“Dimissioni protette”

L'IAS medio del punteggio ottenuto da ogni CAD per questa macroarea è pari a 76, ossia buono.

Nel 92% dei casi i CAD considerati prevedono la presa in carico dei pazienti in regime di dimissione protette, nel 100% dei casi¹¹ la presa in carico dei pazienti non è legata alla provenienza.

Un **elemento di criticità** è rappresentato dal fatto che solo nel 46% dei casi gli ausili e i presidi, sono previsti già al momento delle dimissioni ospedaliere. Chiaramente, basta immaginarsi nei panni di un paziente in dimissione protetta dal reparto di ortopedia per farsi un'idea del disagio che ciò arreca al cittadino.

Nella tabella che segue riportiamo i dati relativi ai tempi d'attesa per protesi ed ausili.

Tempo di attesa per ausili e protesi	tot. CAD considerati	fino a 7 gg	da 8 a 14 gg	da 15 a 30 gg	oltre 30 gg
MATERASSI ANTIDECUBITO	9=100%	100%			
CUSCINI ANTIDECUBITO	9=100%	89%	11%		
LETTO ARTICOLATO	9=100%	67%	33%		
CARROZZINA	9=100%	44%	44%	12%	
SOLLEVATORE	9=100%	33%	33%	22%	12%
SACCHE PER STOMIE	8=100%	100%			
FARMACI INDISPENSABILI	1=100%	100%			
MORFINA O SIMILARI	1=100%	100%			
SONDINO NASOGASTRICO	6=100%	83%	17%		
CATETERE VESCICALE	7=100%	100%			
CATETERE VENOSO CENTRALE	1=100%	100%			
AGO CANNULA	6=100%	100%			
POMPA ANTALGICA	6=100%	100%			
PANNOLONI	6=100%	67%	33%		

¹¹ A questo item hanno risposto solo 9 CAD.

Tabella 13: quadro dei tempi di attesa per gli ausili e le protesi.

In generale sembrerebbe il tempo d'attesa dei cittadini per ottenere ausili e protesi sia buono. A fronte di ciò, sarebbe auspicabile però un adeguamento dei tempi d'attesa entro la settimana anche per cuscini antidecubito, carrozzina e sollevatore. Per i pazienti attendere questi ausili per un tempo che supera la settimana e in alcuni casi si protrae oltre i 60 giorni significa veder peggiorata notevolmente la propria qualità di vita già fortemente penalizzata dalla patologia.

“Modalità di accesso dell'utente al CAD”

L'IAS medio del punteggio ottenuto da ogni CAD per questa macroarea è pari a 69, ossia buono.

Il 92% dei CAD è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici e nell'84% dei casi il numero di telefono/fax del servizio è pubblicizzato. Rispetto a ciò ci sembra interessante sottolineare che mentre quasi tutti i CAD pubblicizzano i recapiti telefonici nei servizi ASL e sulla Carta dei servizi e in 8 casi anche sul web solo in tre casi ciò riguarda gli studi dei medici di famiglia, in due i centri anziani e in nessun caso le farmacie.

Un altro elemento positivo è dato dalla possibilità, nel 77% dei casi, per l'utente che ne faccia richiesta di ricevere via posta, fax ed e-mail la modulistica per richiedere il servizio.

Elementi di criticità riguardano invece il fatto che solo nel 46% dei casi esiste una linea telefonica del CAD dedicata all'orientamento e all'aiuto dei pazienti già presi in carico dal servizio e che solo nel 46% dei casi per il cittadino è possibile stampare dal sito ASL la modulistica necessaria per accedere al servizio.

“Assistenza CAD a pazienti oncologici”

L'IAS medio del punteggio ottenuto da ogni CAD per questa macroarea è pari a 55, ossia discreto.

Nel 92% dei casi i CAD considerati erogano prestazioni per pazienti oncologici e con una certa tempestività, visto che solo in due casi esiste una lista d'attesa. A fronte di questo dato sicuramente positivo qualche perplessità sorge quando ci si scontra con il dato che nel 54% dei casi i CAD sono a conoscenza dell'esistenza di liste d'attesa per i pazienti oncologici presso strutture ad essi convenzionate. Ciò potrebbe indicare che i tempi d'erogazione delle prestazioni ai pazienti oncologici sono più lunghi e sicuramente non così tempestivi.

6.2.2 Un approfondimento sui tempi di attesa e tipologia delle prestazioni erogate

Come anticipato sopra, i dati che presentiamo di seguito hanno valore puramente descrittivo e non concorrono al calcolo dell'IAS.

La tabella che segue riporta i tempi d'attesa monitorati dalle equipe locali.

Tempi di attesa per le visite specialistiche						
Tipologia prestazioni	tot. CAD considerati	fino a 7 gg	da 8 a 14 gg	da 15 a 30 gg	da 31 a 60 gg	oltre 60 gg
broncopneumologia	10=100%	20%	10%	60%	10%	
cardiologica	12=100%	8%	8%	50%	17%	17%
neurologia	10=100%		20%	70%		10%
diabetologia	4=100%		25%	50%		25%
geriatria	10=100%	10%	40%	40%	10%	
fisiatrice	8=100%		25%	38%	25%	12%
urologia	6=100%	17%	33%	33%		17%
oncologia	5=100%	80%	20%			
chirurgia	7=100%	43%	43%	14%		
otorino	2=100%	50%		50%		
psichiatrica	3=100%	34%		33%	33%	
anestesiologica	1=100%	100%				
medicina	2=100%	100%				
oculistica	5=100%	20%	60%	20%		
dermatologia	1=100%	100%				
ortopedia	3=100%	33%	67%			

Tabella 14: quadro dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dai CAD considerati.

Come evidenzia la colonna "tot. CAD considerati" non in tutti i CAD sono state monitorate tutte le prestazioni considerate pertanto ci sembra opportuno limitare il commento alle sole prestazioni monitorate in almeno dieci CAD.

Per le seguenti prestazioni: broncopneumologia, cardiologia, neurologia e geriatria i tempi d'attesa, con percentuali che variano dal 40% al 70%, si concentrano nella fascia da 15 a 30gg. Per quanto riguarda la visita cardiologica (nel 17% dei CAD considerati) e quella neurologica (nel 10% dei CAD considerati) i tempi d'attesa, però, superano i 60 giorni e ciò rappresenta un elemento di criticità visto che si tratta di pazienti spesso anziani o comunque cronici per i quali la continuità dell'assistenza è un fattore importante.

Un altro dato positivo riguarda il tempo che intercorre tra la prima visita dell'unità valutativa effettuata in azienda ospedaliera e l'erogazione della prestazione a domicilio. Su un totale di 12 CAD monitorati, nel 92% il tempo d'attesa massimo è pari a 3 giorni e solo nell'8% dei casi al massimo si protrae per 7 giorni.

Terzo capitolo

UNA VISIONE DI INSIEME E ALCUNE RIFLESSIONI PER CONCLUDERE

In questo capitolo presentiamo alcune riflessioni che scaturiscono da una lettura d'insieme dei risultati dell'Audit e proponiamo alcuni spunti per il miglioramento di alcune aree di criticità.

Trattandosi di una metodologia centrata sulla partecipazione attiva dei cittadini, il grado di collaborazione che s'instaura all'interno delle equipe di lavoro miste si pone come elemento di criticità. In particolare, ciò accade quando tra componente civica e componente aziendale non si realizza pienamente l'adozione di un punto di vista integrato, capace di coniugare e riconoscere reciprocamente il valore del "sapere tecnico" e del "sapere civico". Nella realizzazione di questo ciclo di Audit, ad esempio, a fronte di un generale entusiasmo e di un buon livello di collaborazione, dobbiamo segnalare, ad esempio, le difficoltà incontrate dalla componente civica di un'equipe che si è scontrata con le conseguenze dell'adesione più formale che sostanziale dell'azienda all'Audit, per cui, in corso di realizzazione, molti sono stati gli ostacoli da superare; uno per tutti: la poca disponibilità ad incontrare l'equipe per la compilazione dei questionari. Più in generale, c'è da considerare che il tipo di risultati forniti dall'Audit non possono essere considerati esaustivi in termini di valutazione complessiva della qualità dell'attività aziendale, piuttosto essi vanno letti all'interno della cornice di riferimento che è il punto di vista del cittadino, dal quale secondo noi non si può prescindere. A secondo della prospettiva da dove si guarda, lo stesso risultato può assumere una valenza estremamente diversa, ad esempio, mentre da un punto di vista prettamente aziendale, il fatto che nella maggior parte degli ospedali considerati la cena viene servita prima delle 19.00 non rappresenta un problema, per i pazienti e i familiari ciò costituisce una difficoltà.

Ci piace sottolineare che accanto a ciò la realizzazione dell'Audit oltre a produrre dei risultati in termini di numeri ha consentito a cittadini e operatori sanitari di sperimentare che "valutare insieme" oltre che possibile è sostanzialmente un'esperienza arricchente ed estremamente utile tanto che in alcuni casi l'Audit è stato inserito ufficialmente negli atti aziendali tra gli strumenti di valutazione.

1. Tante potenzialità da sviluppare

Sostanzialmente, rispetto agli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS) adottati dall'Audit, emerge che l'attività delle aziende considerate è mediamente discreta. Se si osserva la distribuzione dei fattori per classi di "giudizio" riportata nella tabella che segue notiamo che mediamente ben 9 fattori su 16 si collocano nella categoria "discreto".

	Ottimo	Buono	Discreto	Scadente	Pessimo
I componente "orientamento verso i cittadini"		1	6	3	
II componente "impegno dell'azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"		3	1		
III componente "coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali"			2		

Tabella 15 – distribuzione dei fattori per classi di "giudizio" in base all'IAS medio dei singoli fattori per componente.

Per quanto riguarda la prima componente (vedi grafico pag. 17), ossia l'orientamento ai cittadini, nella classe del discreto confluiscono i seguenti fattori: assistenza alla persona, tutela dei diritti, informazione, comfort, rispetto dell'identità e documentazione. Questi fattori sono tutti suscettibili di miglioramento e sarebbe auspicabile un intervento in tal senso. L'accesso alle prestazioni è sicuramente un elemento di forza del sistema stessa cosa non si può dire relativamente al supporto ai degenti e alle famiglie, ai programmi per il miglioramento della qualità e alle relazioni sociali che invece ottengono IAS medi per la componente scadenti.

Sul piano dell'impegno dell'azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario, ossia la seconda componente (vedi grafico pag. 57), i risultati sono migliori, infatti ben tre fattori su quattro confluiscono nella classe di giudizio "buono", più specificatamente, buono è l'IAS medio per la componente considerata dei seguenti fattori: malattie croniche e oncologia, gestione del rischio clinico e sicurezza delle strutture e degli impianti, mentre discreto è il livello raggiunto dal fattore gestione del dolore. In questo caso emerge la necessità di interventi che migliorino le politiche relative alla gestione del dolore, aspetto particolarmente critico come vedremo più avanti, a livello di assistenza ospedaliera.

Infine, per quanto riguarda la terza componente (vedi tabella pag. 69), ossia il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali, i due fattori che la compongono, "istituti di partecipazione degli utenti" e "altre forme di partecipazione" si collocano entrambi a livello discreto, con una penalizzazione del secondo fattore.

2. Un imperativo: arginare il rischio della frammentazione e valorizzare il sistema dell'assistenza territoriale

Il rischio della frammentazione, che sostanzialmente significa una forte variabilità della qualità dei servizi offerti ai cittadini, riguarda sia il confronto tra le singole aziende sia lo scarto tra i livelli più centrali dell'assistenza (aziendale e ospedaliera) e quelli più periferici, ossia territoriali (cure primarie: sedi di distretto, poliambulatori e CSM/SerT).

I dati dell'Audit sono abbastanza espliciti, ci sono una serie di fattori, come ad esempio l'informazione, che preso lo stesso livello di analisi presentano degli IAS aziendali che variano notevolmente. In termini pratici, ciò significa che i cittadini a parità di richiesta di assistenza ricevono un servizio la cui qualità dipende dal territorio di appartenenza. Ciò è quantomeno inquietante dato che il diritto alla salute è uguale per tutti!

Analizzando poi, l'andamento degli IAS medi dei singoli fattori nei rispettivi livelli di analisi (azienda, assistenza ospedaliera, cure primarie: sedi di distretto, poliambulatori e CSM/SerT) **emerge che il livello delle cure primarie è particolarmente penalizzato e ciò indica che sostanzialmente il sistema dell'assistenza territoriale è decisamente più debole rispetto a quello ospedaliero e a quello aziendale.** Tale dato a nostro avviso, merita una particolare attenzione poiché la domanda di assistenza territoriale di fatto, necessariamente si sposta verso l'assistenza ospedaliera creando così un sovraccarico in termini sia di costi per le aziende sia per i cittadini che sono costretti a rivolgersi alle strutture ospedaliere anche quando le loro esigenze potrebbero essere gestite a livello territoriale. Un esempio per tutti è l'affollamento generalizzato del Pronto Soccorso nei vari ospedali. Su questo fenomeno incidono vari aspetti, sicuramente però, se il cittadino potesse accedere ad un presidio territoriale efficiente, crediamo che il numero degli accessi, soprattutto quelli impropri diminuirebbe notevolmente.

Per avere un quadro della distribuzione delle classi di "giudizio" in base al livello di analisi riportiamo il grafico che segue. Tale grafico è stato costruito considerando per ogni livello di analisi le percentuali dei fattori che confluiscono nelle singole classi di giudizio.

Ricordiamo che ogni livello d'analisi è composto da un numero diverso di fattori e pertanto il 100% è riferito al totale degli indicatori per singoli livelli di analisi.

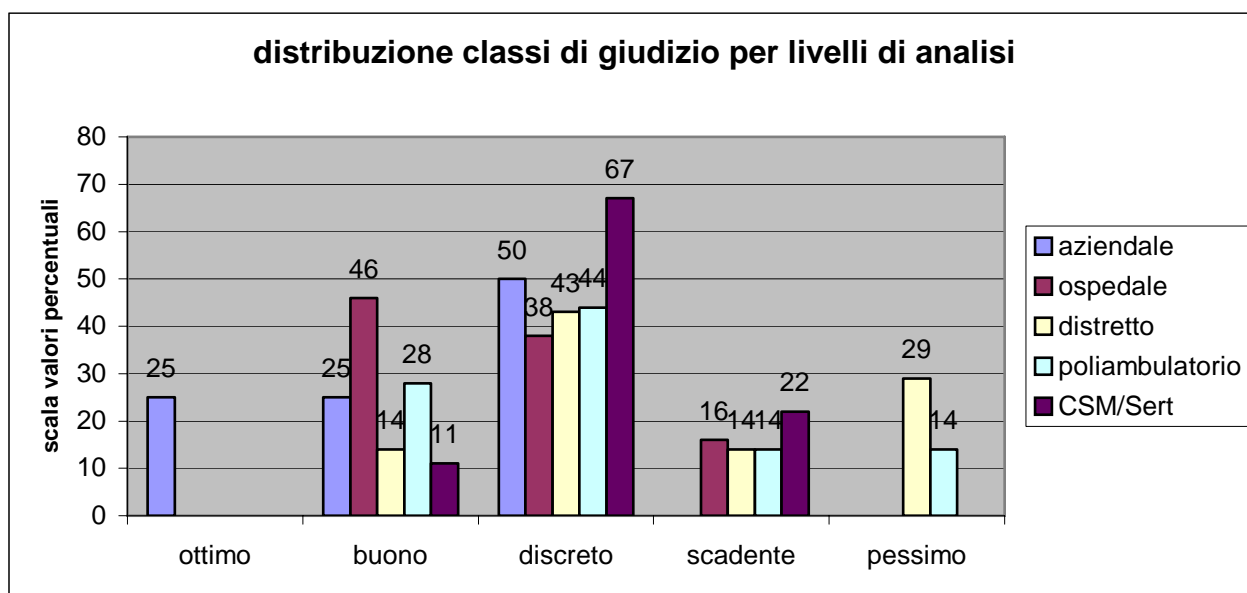


Fig. 48: grafico distribuzione classi di giudizio per livelli di analisi considerando il totale dei fattori che compongono le tre componenti.

Come mostra il grafico i fattori relativi ai livelli di analisi delle cure primarie sono assenti nella classe di giudizio "ottimo", sono presenti con percentuali basse nella classe di giudizio "buono": poliambulatorio 28%, sedi di distretto 14% e CSM/SerT 11%; coerentemente con quanto affermato sopra, per quasi tutti i livelli di analisi le percentuali più alte confluiscono nella classe del "discreto", mentre nella classe "scadente", sono i fattori dei CSM/SerT ad essere presenti in misura maggiore con il 22%, seguiti dal 16% dei fattori analizzati a livello ospedaliero e dal 14% dei fattori analizzati sia a livello di poliambulatorio che di sedi di distretto. Nella classe di giudizio "scadente", troviamo infine solo i fattori relativi alle sedi di distretto 29% e quelli dei poliambulatori 14%.

3. Dall'analisi delle criticità alcune proposte

La condivisione e il confronto sui risultati ha rappresentato una parte fondamentale del lavoro che mentre a livello locale ha consentito alle equipe di individuare nodi critici specifici e di avanzare proposte ad hoc alle singole Direzioni aziendali, a livello generale ci permette di avere un quadro dei punti deboli del nostro sistema di assistenza sanitaria dal quale si può partire per orientare gli interventi di miglioramento.

E' in quest'ottica propositiva che nei prossimi paragrafi presentiamo quelle che ci sembrano essere le aree di criticità sulle quali intervenire tempestivamente. In alcuni casi si tratta di piccoli accorgimenti organizzativi che di fatto non comporterebbero grandi costi per le aziende sanitarie in altri si tratta invece di pensare, possibilmente insieme, cittadini e autorità competenti dei cambiamenti di sistema, in grado di costruire un sistema concretamente orientato al cittadino.

In questo senso **tre questioni ci sembrano prioritarie:**

- a) prevedere interventi mirati finalizzati ad equilibrare la qualità dei servizi offerti dalle differenti aziende sanitarie;
- b) rafforzare e valorizzare il sistema dell'assistenza sanitaria territoriale;

- c) adottare scelte politiche in grado di promuovere concretamente la partecipazione civica alle politiche aziendali. Su questo punto l'esperienza dell'Audit mostra che i tempi sono ormai maturi ad esempio sul piano della valutazione, dove le indagini di customers satisfaction rivelano sempre più i propri limiti o ancora sul versante del coinvolgimento dei cittadini nella valutazione della qualità dei capitolati d'appalto di alcuni servizi.

3.1 Per migliorare l'orientamento verso i cittadini

In questo paragrafo presentiamo alcuni grafici delle distribuzioni dei fattori per livelli di analisi relativi alla prima componente al fine di focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti sui quali urge intervenire.

L'assistenza ospedaliera

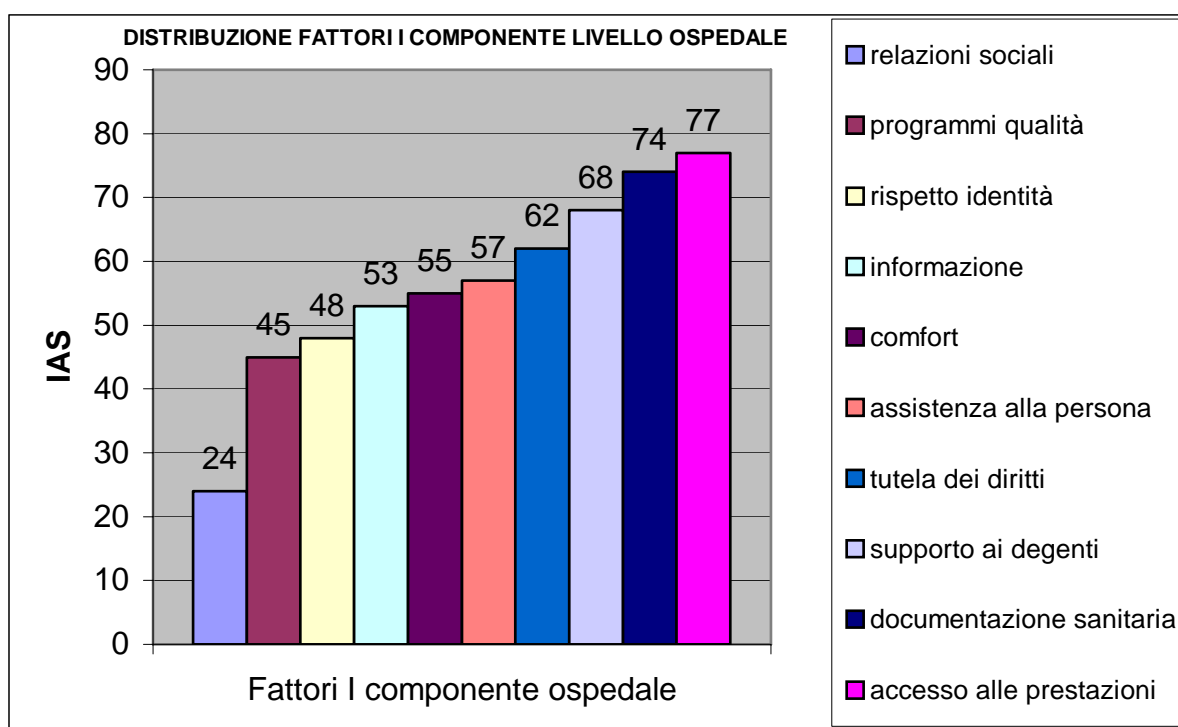


Fig. 48 grafico distribuzione IAS medi dei fattori della prima componente – Livello assistenza ospedaliera

Rispetto all'assistenza ospedaliera, le aree di criticità riguardano prevalentemente quegli aspetti dell'assistenza non prettamente clinici ma che incidono in misura rilevante sulla qualità della degenza per i pazienti ricoverati.

Sicuramente la strutturazione logistica dei reparti andrebbe ripensata prevedendo delle aree di socializzazione per i pazienti in modo da favorire le relazioni sociali, così come è necessario porre una maggiore attenzione al rispetto dell'identità adottando provvedimenti tali da tutelare la privacy dei pazienti terminali e dei loro familiari, nonché rivedendo gli orari della distribuzione dei pasti serali.

Rispetto all'informazione, esiste una disattenzione relativamente all'importanza che riveste per il cittadino la possibilità di disporre delle informazioni anche rispetto all'organizzazione e ai referenti del reparto. In questo caso sarebbe sufficiente affiggere un cartello con i nominativi dei vari referenti e orari di ricevimento!

Anche sul piano dell'assistenza alla persona, il livello di comfort per i familiari che assistono anziani non autosufficienti potrebbe essere migliorato, in molti casi queste

persone non hanno la possibilità di usufruire né di un posto letto né dell'uso della mensa. Il miglioramento del comfort dovrebbe interessare prevalentemente la predisposizione di un numero maggiore di stanze di degenza dotate di servizi igienici riservati agli ospiti della stanza. Un altro punto critico che penalizza il livello di comfort riguarda il fatto che in prossimità degli ospedali sono quasi inesistenti i parcheggi per i taxi.

Rispetto alla documentazione sanitaria, anche qui sarebbe auspicabile un miglioramento, poiché mentre le cartelle cliniche risultano esaustive per quanto riguarda la completezza delle informazioni riportate il punto debole è che ancora oggi, nonostante la disponibilità a basso costo delle tecnologie informatiche, la maggior parte delle cartelle cliniche è ancora scritta a mano a scapito della leggibilità delle stesse!

Un discorso a parte merita il nodo dei programmi per il miglioramento della qualità. Il problema principale è rappresentato dalla scarsa pubblicizzazione dei risultati delle indagini realizzate sulla soddisfazione degli utenti. Il rischio che s'intravede è una certa autoreferenzialità delle stesse.

Le sedi di distretto

I risultati delle sedi di distretto sono mediamente critici, basti osservare che il 43% dei fattori rilevati ottiene un IAS medio che si colloca tra lo scadente e il pessimo.

Dal confronto con le equipe locali è emerso che tale risultato è in parte spiegato dal fatto che le sedi di distretto ospitano per lo più uffici amministrativi, in ogni caso colpisce però, che ci sono alcune aziende, che ottengono dei buoni punteggi IAS anche nelle sedi di distretto.

Gli aspetti da migliorare riguardano sostanzialmente l'informazione, in particolare rispetto alla tipologia di prestazioni a pagamento e non erogate dai medici di base e il livello di comfort che in un'azienda raggiunge addirittura un livello inferiore allo zero. In questo caso sarebbero necessari ed urgenti degli interventi di manutenzione della struttura e un adeguamento dei servizi igienici agli standard minimi di civiltà.

I poliambulatori

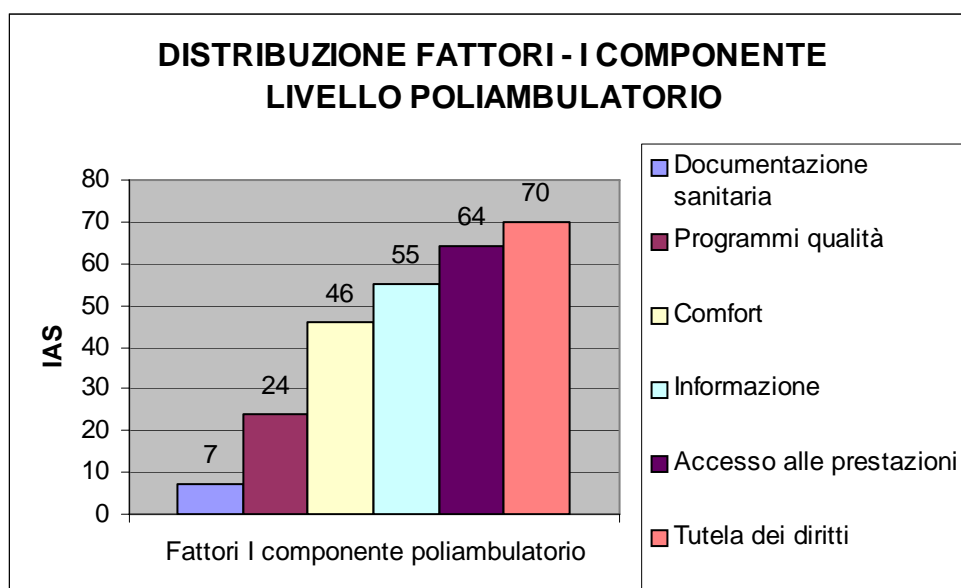


Fig. 49 grafico distribuzione IAS medi dei fattori della prima componente – Livello poliambulatorio

Il fattore relativo alla documentazione sanitaria e alla comunicazione tra medici curanti è decisamente un punto sul quale intervenire per far in modo che aumentino i poliambulatori

che prevedano la consegna a domicilio dei referti medici e che in futuro, non troppo lontano, questi referti siano consultabili anche tramite web. Su questo punto la situazione è omogenea per gran parte delle aziende. Rispetto ai programmi per il miglioramento della qualità si ripetono le criticità osservate anche a livello ospedaliero, qui ci interessa portare l'attenzione sul problema dei segni di fatiscenza delle strutture. Il problema della fatiscenza delle strutture richiederebbe un piano d'intervento sistematico per la manutenzione e la ristrutturazione delle stesse, ciò sarebbe necessario non solo per i poliambulatori, ma anche per alcuni ospedali e CSM/SerT. Un ulteriore ambito d'intervento auspicabile riguarda l'ampliamento delle modalità non tradizionali di pagamento del ticket. Anche qui il discorso può essere riportato ad un livello più generale, che riguarda la lentezza con cui le tecnologie informatiche, entrano a far parte delle risorse utili per la semplificazione del rapporto con i cittadini.

I CSM/SerT

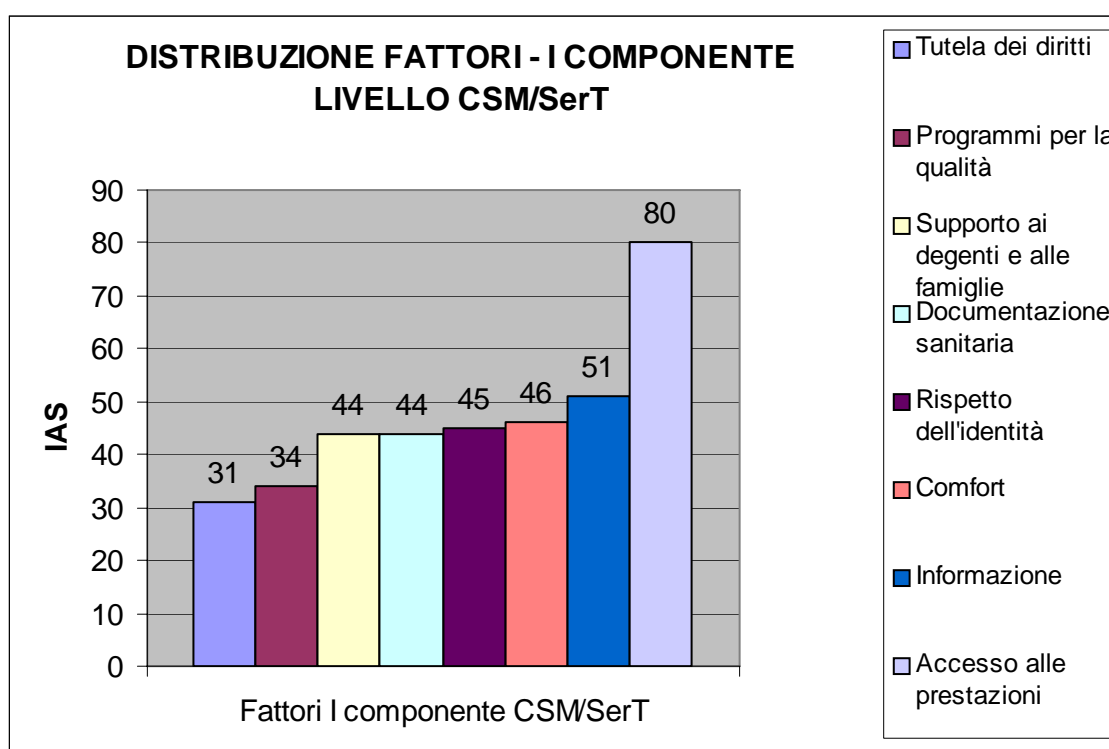


Fig. 49 grafico distribuzione IAS medi dei fattori della prima componente – Livello CSM/SerT

La tutela dei diritti nei CSM/SerT, riferita agli indicatori dell’Audit, è decisamente scadente e desta qualche preoccupazione poiché il dato sostanzialmente indica che gli utenti di questi servizi non sono messi nelle condizioni di conoscere le modalità attraverso le quali è possibile inoltrare commenti e reclami e di esercitare quindi i propri diritti. La tutela dei diritti, in questo modo, rischia di diventare un “concetto vuoto”, una dichiarazione di principio che non trova riscontro nella realtà concreta del rapporto tra cittadini e servizi. Se si tiene conto che questo fattore ottiene invece a livello di poliambulatorio, di ospedale e di azienda risultati decisamente migliori che oscillano tra il discreto e il buono viene da chiedersi se forse, ancora oggi non permanga un certo retroterra culturale, per cui i cittadini che accedono ai servizi per la salute mentale e le tossicodipendenze sono di fatto considerati “cittadini da trattare in modo diverso”. D’altro canto, ciò trova una sorta di conferma quando si prendono in considerazione gli IAS medi aziendali per questo fattore e ci accorgiamo che c’è una sola azienda che ottiene il punteggio massimo (IAS=100), allora molto probabilmente il risultato è spiegato proprio dalla diversità del livello di attenzione

delle singole aziende alla tutela dei diritti dei cittadini che si rivolgono ai CSm/SerT, piuttosto che da problemi legati ad aspetti più macroscopici.

Anche rispetto ai programmi per il miglioramento della qualità, la situazione è allarmante, il problema è che tendenzialmente sono assenti procedure di valutazione periodiche del funzionamento dei servizi e non vengono realizzate sufficienti indagini circa i bisogni emergenti. Questo dato, dal nostro punto di vista è particolarmente critico perché, investire sull'analisi dei bisogni emergenti significa sostanzialmente ottimizzare risorse ed energie per agire in tempo e in modo orientato.

Rispetto all'informazione ai cittadini, nonostante il risultato medio del fattore sia discreto ci preme sottolineare che sarebbe opportuno sviluppare una maggiore attenzione alla produzione di strumenti informativi sulla prevenzione delle malattie e sull'educazione alla salute, così come sui diritti dei cittadini. Considerando la particolarità dell'utenza le aree di criticità evidenziate assumo un peso non indifferente dato che la prevenzione primaria sia in ambito della salute mentale sia delle tossicodipendenze, rappresenta un fattore forte di protezione rispetto allo sviluppo della patologia e ancora, proprio per questi utenti ai quali spesso ci si riferisce con l'etichetta di "soggetti fragili" la sostanziale assenza d'informazione rispetto ai propri diritti, rappresenta un forte fattore di rischio sul piano della tutela dei diritti della persona.

3.2 Alcune politiche aziendali di particolare rilievo sociale e sanitario da ottimizzare

Siamo nell'ambito della seconda componente e parliamo sostanzialmente di ottimizzazione di alcune politiche poiché i risultati per i quattro fattori che la compongono, ad eccezione della gestione del dolore sono mediamente buoni (vedi grafico pag.).

Livello aziendale

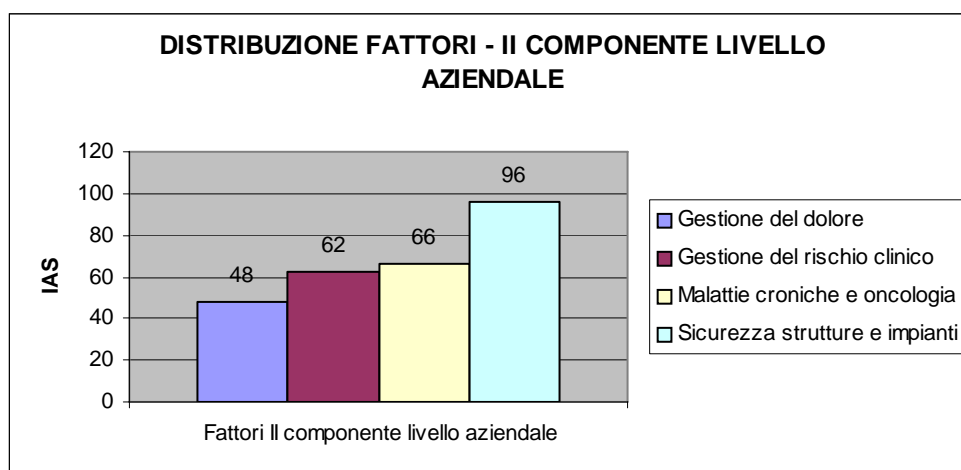


Fig. 49 grafico distribuzione IAS medi dei fattori della seconda componente – Livello aziendale

Come mette in evidenza il grafico la gestione del dolore è un'area che richiederebbe interventi di miglioramento, poiché a fronte della buona diffusione di protocolli e linee guida per la gestione del dolore, quando si considerano le tipologie di dolori trattati ci si accorge che c'è una forte variabilità tra le aziende con il risultato, ancora una volta, che il paziente sarà costretto a soffrire inutilmente in tutti quei casi dove l'azienda di riferimento non prevede il trattamento della sua tipologia di dolore!

Rispetto alla gestione del rischio clinico, anche se il fattore ottiene un punteggio buono c'è da segnalare che nessuna azienda possiede una mappa del rischio del clinico.

L'assistenza ospedaliera

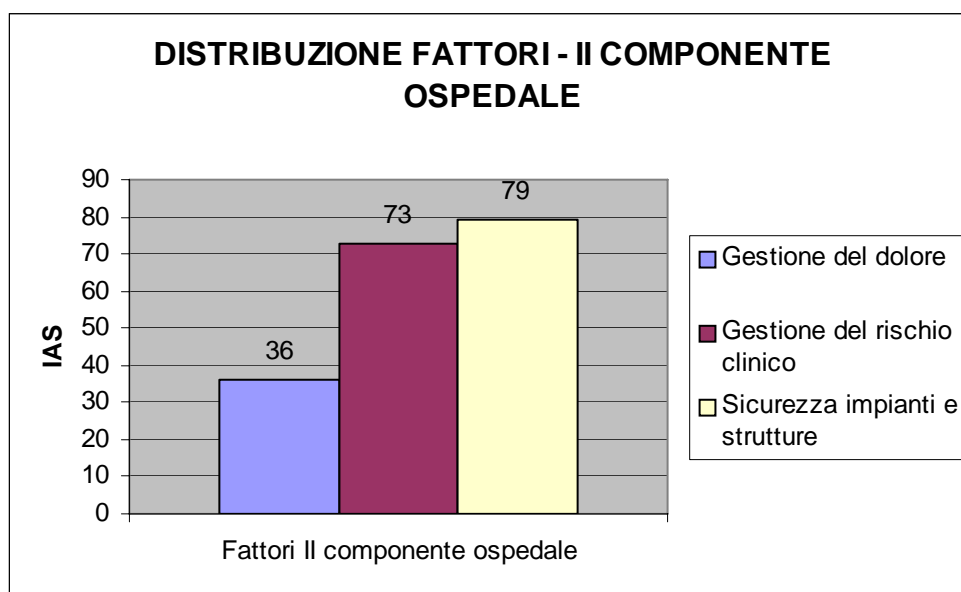


Fig. 50 grafico distribuzione IAS medi dei fattori della seconda componente – Livello assistenza ospedaliera

Negli ospedali la gestione del dolore ottiene risultati peggiori del livello aziendale e sostanzialmente è scadente, il punto è che le linee politiche adottate di fatto stentano a trovare un riscontro concreto nella gestione quotidiana del dolore dei pazienti ricoverati. E quando ciò accade, per il cittadino queste politiche diventano invisibili!

Rispetto alla sicurezza delle strutture e degli impianti un aspetto da migliorare riguarda i Pronto Soccorso, che negli ospedali considerati, solo in tre casi dispongono di camera calda.

3.3 Sviluppare e ampliare le forme di coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

I risultati relativi alla terza componente dell'Audit mettono in evidenza che mediamente, nelle aziende considerate c'è un discreto coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali e che ciò avviene prevalentemente attraverso le forme previste dalla normativa vigente. Osservando l'andamento degli IAS ottenuti dalle singole aziende (vedi pag.) si ripropone il nodo della differenziazione tra le aziende e ciò mette in evidenza come in realtà l'applicazione della normativa vigente in materia di partecipazione è fortemente condizionata dall'orientamento delle singole aziende. Un primo intervento necessario riguarda quindi la messa a regime effettiva delle disposizioni già previste dalla legge. In particolare i dati ci dicono che vengono utilizzati molto poco strumenti quali la Conferenza dei servizi, i comitati consultivi misti e le Commissioni miste conciliative. Per quanto riguarda le altre forme di partecipazione ed interlocuzione tra aziende e organizzazioni civiche sostanzialmente c'è bisogno di lavorare sull'ampliamento e lo sviluppo delle forme di partecipazione dei cittadini. L'esperienza dell'Audit civico, rientra ad esempio in questo campo e come dicevamo sopra, ci mostra che oggi i cittadini sono pronti, preparati e fortemente interessati a partecipare alle politiche aziendali. Il "sapere dei cittadini" e il loro punto di vista oltre ad essersi rivelato sul campo una risorsa preziosa per le aziende è riconosciuto come un elemento fondamentale degli strumenti di valutazione dei servizi di pubblica utilità anche a livello scientifico e accademico sia a livello nazionale che europeo. **Affinché la partecipazione civica possa essere effettivamente una risorsa per il nostro sistema sanitario regionale è necessario**

però continuare il lento e duro lavoro di costruzione di una “cultura della partecipazione civica come risorsa” in modo da superare tutti quei preconcetti e in alcuni casi pregiudizi che ancora ostacolano il dialogo costruttivo tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

Appendice "a"

DETTAGLIO STRUTTURE PER ASL:

ASL RM/A

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	San Giacomo G. Easteman	Distretti: Sedi dei distretti n.1 e n. 4 Poliambulatori: San Martino della Battaglia Lampedusa

ASL RM/B

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	Casilino	Distretti: Sede distretto n. 3 Poliambulatori: Ponte di Nona Via Cambellotti Via T. Agudios Via T. Torrenova CAD: Distretto n. 3, VIII Municipio

ASL RM/C

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	Sant'Eugenio	Distretti: Sedi di ditretto n. 6, n. 9, n. 11 e n. 12 Poliambulatori: Via Casilina Via Nocera Umbra Via Odelscalchi Via Marotta CSM: Via Casilina CAD: Via Marotta

ASL RM/D

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	G.B. Grassi	Distretti: Sede distretto Municipio XV Poliambulatori: Via Pascarella CAD: CAD ASL Municipio XVI

ASL RM/E

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	Santo Spirito Villa Betania	Distretti: Sedi di ditretto n. 17 e n. 18 Poliambulatori: Della Vittoria Centro Trasfusionale S.Spirito Laboratorio Analisi S.Spirito CSM: Via Innocenzo IV Via Ventura SerT: Via Fornovo Santa Maria della Pietà CAD CAD RME CAD XVII/XVIII CAD XIX CAD XX

ASL RM/G

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	Ospedale di Palestrina	Distretti: Sede distretto Colleferro Poliambulatori: Colleferro CSM: Colleferro CAD: Colleferro

ASL RIETI

LIVELLO – 1 Azienda sanitaria	LIVELLO – 2 Ospedali	LIVELLO - 3 Cure primarie
Direzione generale e Direzione sanitaria	Camillo De Lellis (Rieti)	Distretti: Sedi di ditretto Mirtense Poliambulatori: Poggio Mirteto CSM: Mirtense SerT: Mirtense CAD: Montepiano Mirtense Salario Salto Cicolano Alto Velino

Appendice “b”

Dietro i dati dell’Audit 2007 l’impegno e l’entusiasmo di molti

I risultati presentati in questo rapporto sono il frutto della messa a sistema delle risorse e delle competenze di soggetti diversi accomunati dall’obiettivo condiviso di promuovere una nuova cultura della valutazione delle attività delle aziende sanitarie basata sulla valorizzazione del punto di vista dei cittadini. L’elemento di novità è stata la sperimentazione di una metodologia che fin dall’inizio ha visto lavorare fianco a fianco cittadini, esponenti delle singole Aziende Sanitarie, rappresentanti della Regione Lazio e di Cittadinanzattiva all’interno di una struttura organizzativa centrata sul lavoro di gruppo e sul confronto continuo in corso d’opera. Dai primi incontri di formazione, alla condivisione degli strumenti, dal confronto dei Piani locali alla raccolta dei dati, dall’analisi dei dati alla condivisione dei risultati e alla redazione dei rapporti locali, la realizzazione dell’Audit si è caratterizzata come un percorso, un’esperienza che al di là dei dati ha reso possibile l’incontro e lo scambio di punti di vista diversi. **Crediamo che uno dei risultati più importanti sia stata proprio l’esperienza del “fare insieme” tra cittadini ed Istituzioni.** Tutto questo è stato possibile grazie all’impegno e alla collaborazione di tutti quelli, che in modo diverso hanno creduto nell’Audit e ne hanno reso possibile la realizzazione e che vogliamo ringraziare uno per uno.

Iniziamo, innanzitutto dal compianto **Silvio Natoli**, Direttore Regionale del Dipartimento sociale “Tutela della salute e sistema sanitario regionale” della Regione Lazio che ha sostenuto e promosso la realizzazione dell’Audit civico. Siamo sicuri che senza di lui L’Audit civico nella Regione Lazio non sarebbe mai partito.

L’assessore alla sanità **Augusto Battaglia** insieme a **Nicola Zamperini**, portavoce del Presidente Marrazzo, che sono stati i nostri interlocutori politici-istituzionali.

Alessandro Correani direttore della Direzione regionale programmazione sanitaria, politiche della prevenzione e sicurezza sul lavoro.

Valentino Mantini dirigente dell’area Programmazione servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell’integrazione socio-sanitaria dell’Assessorato alla Sanità della Regione Lazio insieme alle sue collaboratrici **Laura Gerosa e Letizia Lorenzini**.

Ringraziamo, inoltre, **Romana Gianvenuti** del Policlinico Tor Vergata, che in qualità di osservatore ha partecipato agli incontri di monitoraggio in itinere dell’andamento del programma.

I membri del coordinamento regionale del programma per Cittadinanzattiva Lazio: il Segretario regionale **Giuseppe Scaramuzza**, **Francesca Diamanti** e **Nina Cenci**. **Simona Santicchia**, collaboratrice di Cittadinanzattiva Lazio.

Alessio Terzi e **Teresa Petrangolini** di Cittadinanzattiva per il loro contributo alla formazione delle équipes.

Michela Liberti di Cittadinanzattiva per il supporto tecnico all’analisi dei dati.

I Direttori generali delle ASL che hanno aderito all’Audit civico:

Carlo Saponetti, Flori De grassi, Elisabetta Paccapelo, Giusy Gabriele, Piero Grasso, Giovanni Di Pilla e Gabriele Bellini.

Le equipe locali:

Per la ASL RM/A:

Vincenzo Riccio, referente aziendale e il suo collaboratore **Ascanio Iannacce**; i cittadini **Maddalena Pelagalli, Giorgio Chinigò e Antonio Sorrenti**.

Per la ASL RM/B:

Cristina Sopranzi, referente aziendale e i suoi collaboratori **Maria Cedrola, Valentina Capparozza e Franco Santese**; i cittadini **Calducci, Natascia Tipà**.

Per la ASL RM/C:

Maria Degli Esposti, referente aziendale e i suoi collaboratori **Daniela Berrettoni e Angela Buonvino**; i cittadini **Caterina Desiderio, Maria Ludovica Falchi, Concetta Fusco, Roberta Gatti e Franca Fagiolo**.

Per la ASL RM/D:

Claudia Fellus referente aziendale e i suoi collaboratori **Patrizia D'Abramo, Luca Ponziani e Alessandra Vessicchio**; i cittadini **Stella Zaso, Marta De Reggi, Dolly Nuzzo e Maria Elisa Marzotti**.

Per la ASL RM/E:

Alessandro Bazzoni referente aziendale e i suoi collaboratori **Laura Porri, Fiore Bruno, Enrico Di Rosa e Mario Papa**; i cittadini **Maria De Roberto, Amelia Sona e Giandomenico Mortara**.

Per la ASL RM/G:

Gianni Lima referente aziendale e i suoi collaboratori **Maria Buttinelli, Alessandra Baggiani e Rita Di Paolo** e la cittadina **Maria Pompili**.

Per la ASI di Rieti:

Michele Bizzoca referente aziendale e i suoi collaboratori **Maria Luisa Aguzzi e Giuliana Giampieri**; i cittadini **Pasquina Colarossi, Caterina Bertoni e Giorgio Cavalli**.

