



Tribunale per i diritti del malato

audit civico

Rapporto 2005-2006

la valutazione delle aziende sanitarie
realizzata dai cittadini



Tribunale per
i diritti del malato



fare il malato il modo migliore di curarsi

Indice

INTRODUZIONE - L’Audit civico 2005-2006	3
1. Una metodologia adottata dal sistema sanitario	3
2. Fasi di lavoro e attività	5
3. Equipe dell’Audit Civico e Aziende Sanitarie coinvolte	6
4. Articolazione del Rapporto	6
CAPITOLO PRIMO – Un’analisi critica e sistematica delle aziende sanitarie promossa dalla organizzazioni civiche	7
1. Le ragioni dell’Audit Civico	7
2. Le quattro domande dell’Audit Civico	12
3. Riferimenti teorici e metodologici	14
4. La struttura di valutazione dell’Audit Civico	15
5. Struttura Operativa	18
6. Il Benchmarking	20
CAPITOLO SECONDO - Le Tavole di Benchmarking 2005-2006	21
Le Tavole di Benchmarking 2005-2006	21
I° Componente “Orientamento verso i cittadini”	23
1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie	24
1.2 Rispetto dell’identità personale, culturale e sociale dei malati – Personalizzazione delle cure	31
1.3 Relazioni sociali	35
1.4 Informazione logistica e sanitaria	37
1.5 Assistenza alla persona – Rapporti degenti/operatori	46
1.6 Comfort e prestazioni alberghiere	48
1.7 Supporto ai malati e alle famiglie	56
1.8 Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti	60
1.9 Tutela dei diritti	64
1.10 Programmi di miglioramento della qualità	70
II° Componente “Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”	76
2.1A Gestione del rischio clinico	77
2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti	81
2.2 Malattie croniche e oncologia	88
2.3 Gestione del dolore	91
III° Componente “Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali”	95
3.1 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti	96
3.2 Altre forme di partecipazione e di interlocuzione cittadini/azienda	98

CAPITOLO TERZO – Un sistema troppo incerto	100
1. Premessa	100
2. Uno sguardo d’insieme: la mappa dei giudizi	101
3. Un sistema in lento movimento	102
4. La frammentazione del servizio sanitario nazionale	107
5. Le difficoltà di accesso	108
6. La comunicazione	111
7. La terapia del dolore	113
8. Le cure primarie	114
CAPITOLO QUARTO – Un aggiornamento sul bilancio degli esiti dell’Audit civico	118
1. Premessa	118
2. L’ambiente dell’Audit Civico	118
3. Uno strumento al servizio della partecipazione civica	120
4. Uno strumento per la valutazione e la comparazione	122
5. Uno strumento per il miglioramento	124
CAPITOLO QUINTO – Conclusioni	133
Appendice A	137
Aziende partecipanti all’Audit civico (2001 – 2006)	
Appendice B	142
Elenco dei responsabili e delle strutture sanitarie coinvolte nell’Audit civico 2005-06	
Appendice C	151
Elenco degli indicatori utilizzati nell’Audit civico	

INTRODUZIONE

L’Audit Civico 2005/2006

1. Una metodologia adottata dal sistema sanitario

La metodologia dell’Audit Civico - sviluppata nel quadro della collaborazione iniziata nel 2000 e tuttora in atto tra Cittadinanzattiva e AstraZeneca – è stata applicata per la prima volta nel 2001, con un primo ciclo sperimentale, finalizzato alla definizione e alla prova in campo del quadro teorico e metodologico e realizzato con la collaborazione di dodici aziende sanitarie. Una seconda sperimentazione, attuata nel 2002 con la partecipazione di tredici aziende, ha permesso di collaudare ulteriormente lo strumento e di constatare che la metodologia poteva essere applicata alla generalità delle aziende e non soltanto in poche realtà particolarmente orientate allo sviluppo della partecipazione civica e delle metodologie della qualità.

A partire dal 2003, la possibilità di aderire all’Audit civico è stata estesa all’universo delle aziende sanitarie e il numero delle aziende coinvolte finora è aumentato costantemente. Nel 2004, in seguito ad una specifica convenzione con l’Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna è stato avviato il primo programma regionale di applicazione sistematica della metodologia. Nel 2005 e nel 2006 sono state stipulate altre convenzioni con l’Assessorato alla trasparenza e alla cittadinanza attiva e con l’Agenzia sanitaria della regione Puglia, con l’Assessorato alla salute della regione Lazio e con le Agenzie sanitarie regionali dell’Abruzzo e del Friuli Venezia Giulia. La tabella 1 riporta la mappa della diffusione dell’Audit civico mentre l’appendice A elenca analiticamente le aziende coinvolte nei diversi cicli regionali e nazionali.

Si può dire quindi che l’Audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando 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.

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 nel nostro paese.

Tabella n. 1 – N° Aziende coinvolte nel programma Audit civico

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	8
Abruzzo	6	6
Molise	1	-
Campania	10	-
Puglia	17	16
Basilicata	4	-
Calabria	3	-
Sicilia	13	-
Sardegna	4	-

Fonte: Audit civico - Cittadinanzattiva

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, infine, 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, 31 aziende hanno realizzato o almeno programmato la realizzazione di più cicli di applicazione sistematica.

2. Fasi di lavoro e attività svolte

Lo svolgimento della campagna 2005/2006 dell'Audit Civico ha avuto una durata complessiva di tredici mesi e può essere suddivisa in quattro fasi:

- la prima fase, della durata di tre mesi (aprile - luglio 2005), è stata dedicata alla messa punto degli strumenti tecnici sulla base delle precedenti esperienze di Audit e ad una sistematica revisione del sistema di indicatori, condotta in collaborazione con i rappresentanti delle aziende che hanno dimostrato una più profonda comprensione della metodologia;
- la seconda fase, parzialmente sovrapposta, della durata di tre mesi (luglio - settembre 2005), ha riguardato il reclutamento delle aziende sanitarie ed ha compreso la redazione e la diffusione del bando di adesione, l'interlocuzione con le aziende interessate e la raccolta delle adesioni;
- la terza fase, della durata di quattro mesi (ottobre 2005 – gennaio 2006), è stata dedicata all'addestramento delle équipes aziendali e alla raccolta dei dati sul campo; gli incontri di formazione si sono svolti, fra settembre e ottobre a Milano, Roma, Lecce, Catania e Nuoro;
- la quarta fase, della durata di cinque mesi (marzo - luglio 2005), è stata dedicata alla raccolta dei dati sul campo nel livello locale, mentre - a livello nazionale - è stato realizzato un software per l'elaborazione dei dati più adeguato alla necessità di gestire un numero elevato di aziende e di dare contemporaneamente un maggiore sostegno alla realizzazione del benchmarking e alla redazione dei rapporti locali.

3. Equipe dell'Audit Civico e Aziende sanitarie coinvolte

Per la realizzazione dell'Audit Civico si è costituita, al livello nazionale, una équipe composta da Alessio Terzi, responsabile del progetto, da Alessandro Lamanna, direttore tecnico e da Michela Liberti, responsabile del coordinamento operativo. L'équipe è stata coadiuvata da Francesca Moccia e da Simona Sappia e da Aurelio Fichera, che ha messo a punto il software di raccolta e di elaborazione dati. L'elenco delle aziende sanitarie coinvolte nell'applicazione 2005/2006 è riportato nell'Appendice B.

L'équipe nazionale si è avvalsa, inoltre, della collaborazione di un Tavolo di lavoro composto da esperti, operatori di aziende sanitarie, rappresentanti di organismi di certificazione e responsabili del Tribunale per i diritti del malato.

4. Articolazione del rapporto.

Il rapporto¹ è articolato in cinque capitoli.

Nel primo capitolo sono descritte le motivazioni dell'iniziativa, le principali caratteristiche metodologiche dell'Audit civico e l'impatto generale riscontrato finora nell'ambiente sanitario.

Il secondo capitolo è dedicato alla presentazione delle tavole di benchmarking e dei risultati relativi ai fattori di qualità.

Nel terzo capitolo sono discussi, sulla base dei dati raccolti, alcuni problemi emergenti nel dibattito sulle politiche sanitarie.

Nel quarto capitolo viene aggiornato il bilancio degli esiti delle applicazioni dell'Audit civico, considerato nei suoi diversi aspetti di: strumento di valutazione, strumento di partecipazione, ambiente di comunicazione fra diversi attori e, infine, strumento per il miglioramento della qualità.

Nel capitolo quinto sono presentate le conclusioni finali.

¹ Il presente rapporto è stato redatto da Michela Liberti e da Alessio Terzi, con la supervisione di Alessandro Lamanna.

CAPITOLO PRIMO

Una 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 esiti², ma questo non è

² 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

sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative³ 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 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

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.

³ Cfr. Altieri L. (a cura di) – *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità* - Franco Angeli, Milano 2002, ma anche, in ambito non sanitario, L. Bobbio (a cura di) – *A più voci* – Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica – Edizioni scientifiche italiane – Roma 2004.

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**, abbandonando la tutela dei diritti alle logiche del contenimento della

spesa ed al “fai da te” arbitrario delle amministrazioni regionali. La riunificazione del servizio sanitario nazionale, del resto, è una delle politiche cardinali del *Manifesto della cittadinanza attiva per una nuova classe dirigente*⁴ ed ha ottenuto la priorità assoluta nel sondaggio condotto sui contenuti del manifesto stesso.

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

⁴Il testo del Manifesto è consultabile sul sito web di Cittadinanzattiva:
http://www.cittadinanzattiva.it/files/iniziative/manifesto_cittadinanza_attiva.pdf

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 del 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.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare alla *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

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 - Italtpromo, Roma 2005.

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

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

Valutare significa tradurre i dati raccolti in un insieme controllabile di giudizi e di informazioni. Questa operazione non è sempre facile perché, fra l’altro, deve conciliare due esigenze contraddittorie. Da una parte, rilevare attendibilmente una realtà articolata e complessa, come è quella del servizio sanitario, comporta l’impiego di un grande numero di indicatori. Dall’altra, per descrivere in modo efficace e non dispersivo la stessa realtà, conviene, al contrario, utilizzare un numero contenuto di parametri. Per comporre queste due esigenze, è necessario un lavoro preliminare di interpretazione, mirato ad individuare i fenomeni significativi che devono essere considerati per produrre una rappresentazione adeguata della realtà e le variabili che permettono di produrre una valutazione appropriata dei fenomeni stessi. Con il contributo di un Tavolo tecnico di lavoro⁷, per l’Audit civico è stata messa a punto una struttura articolata in tre livelli: componenti, fattori, indicatori.

Al **primo livello** si situano le **quattro componenti** dell’azione delle aziende sanitarie, corrispondenti alle quattro domande del terzo paragrafo:

- 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;

⁷ Hanno partecipato al Tavolo tecnico, che ha sostenuto la progettazione dell’Audit civico: Giampiero Belcredi (Imq-Csq), Pasquale Boccalone e Maria Teresa Simeone (A.O. di Caserta); Daniele Caprara (Asl 21 di Legnago); Loredana Fauni (Ausl Bologna Nord); Mauro Grigioni (Iss); Gianlupo Lupi (Comitato nazionale Buone Pratiche); Giovanni Battista Montini e Onofrio Palombella (AstraZeneca); Renato Puggioni (A.O. S. Gerardo di Monza); Franco Ripa (A.O. S. Giovanni Battista di Torino); Maddalena Galizio, Stefano A. Inglese, Alessandro Lamanna, Teresa Petrangolini, Silva Scialò e Alessio Terzi (Cittadinanzattiva).

- c. il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali;
- d. la capacità di **risposta dell'azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come "urgente" della comunità locale.**

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

Al secondo livello, a cura dell'équipe nazionale, ogni componente è stata articolata **in fattori di qualità corrispondenti alla definizione del D.P.C.M. 16/5/95**, secondo il seguente schema. Ogni componente è poi articolata in "**fattori di valutazione**", intesi come "aree che hanno un particolare rilievo nella percezione dei cittadini" o, ancora, "gli aspetti principali che qualificano il rapporto che i cittadini instaurano con la realtà valutata"⁸.

Orientamento al cittadino

- accesso alle prestazioni sanitarie;
- rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati - personalizzazione delle cure;
- relazioni sociali;
- informazione logistica e sanitaria;
- assistenza alla persona - rapporti degenti/operatori sanitari;
- 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.

Impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario

- gestione del rischio clinico;

⁸ Queste definizioni sono state formulate sulla base del D.P.C.M 19 maggio 1995 e del testo del Ministero della sanità, "Come definire e utilizzare gli standard di qualità", Quaderni della Carta dei Servizi pubblici Sanitari, 1996.

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

Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

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

Al **terzo livello**, ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione diretta di una serie di **indicatori** cioè di “**variabili quantitative o parametri qualitativi che consentono di esprimere un giudizio sul fattore osservato**”. Complessivamente sono rilevati circa 250 indicatori (cfr. Appendice C).

Gli indicatori sono ricavati da repertori disponibili in bibliografia, fonti normative, documenti prodotti da organizzazioni di cittadini, società scientifiche, ecc. e sono selezionati sulla base di quattro criteri:

- pertinenza, cioè il grado di vicinanza alle tematiche e ai problemi da valutare dal punto di vista dei cittadini;
- sensibilità, cioè la capacità di registrare i mutamenti (in meglio o in peggio) del fenomeno osservato;
- precisione, cioè la capacità di esprimere esattamente e soltanto il fenomeno che si intende registrare;
- rilevabilità, cioè disponibilità nei tempi e con i costi compatibili con il programma di valutazione e rilevabili dai cittadini.

La rilevazione degli indicatori è effettuata nell’ambito delle seguenti articolazioni del servizio sanitario:

- l’ambito aziendale (l’azienda sanitaria nel suo complesso);
- l’ambito dell’assistenza ospedaliera;
- l’ambito delle cure primarie che comprende l’assistenza sanitaria di base (la medicina di famiglia, l’assistenza domiciliare e i distretti), l’assistenza specialistica ambulatoriale, l’assistenza specialistica territoriale e

semiresidenziale (Servizi per le tossicodipendenze – SERT, Centri di Salute mentale – CSM, ecc.).

A questo scopo sono state utilizzate 5 tipologie di questionari per la direzione generale e per la direzione sanitaria delle aziende, 5 guide al monitoraggio, da utilizzarsi per l'osservazione diretta delle strutture coinvolte nell'Audit Civico e 1 questionario per l'intervista ai rappresentanti delle associazioni di volontariato presenti.

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.

5. Struttura operativa

In termini operativi lo svolgimento dell'Audit Civico comporta l'integrazione di un ciclo nazionale e di cicli locali.

Il ciclo nazionale comprende:

- a) la definizione della struttura di valutazione;
- b) l'individuazione e l'aggiornamento degli indicatori, osservabili o rilevabili direttamente dai cittadini e rappresentativi della realtà sottoposta ad osservazione (a partire del 2004, è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro con il compito di revisionare periodicamente l'elenco degli indicatori⁹);
- c) la produzione degli strumenti tecnici per la raccolta dei dati;
- d) la raccolta delle adesioni e la formazione delle équipes locali;
- e) l'elaborazione dei dati e del rapporto nazionale;
- f) l'organizzazione degli incontri di benchmarking;
- g) la rilevazione e la comparazione degli effetti dell'Audit.

Il ciclo locale comprende le seguenti operazioni:

- a) la costituzione dell'équipe locale;

⁹ Fanno parte del gruppo: Alessandro Lamanna, Alessio Terzi, Nicoletta Poppi, Luisa Iannotti e Atos Miozzo della Ausl di Modena, Loredana Fauni della Ausl di Bologna, Adriano Passerini della Apss di Trento, Daniele Caprara della Ausl di Legnago.. Un gruppo analogo è stato istituito presso l'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna, nell'ambito del programma regionale sull'Audit Civico.

- b) un incontro équipe locale - direzione aziendale, per la definizione del piano locale di Audit e la formalizzazione dei relativi accordi;
- c) la raccolta dei dati che comprende a sua volta:
 - lo svolgimento di **azioni di monitoraggio** presso le strutture sanitarie e la richiesta di informazioni agli operatori delle unità operative;
 - la **richiesta di informazioni alla direzione generale e alla direzione sanitaria**;
 - la **consultazione di documenti e atti amministrativi** dell'azienda;
 - **l'esame delle segnalazioni dei cittadini** (solo nel corso della realizzazione della quarta componente);
 - la **consultazione delle organizzazioni civiche** presenti nell'ambito dell'azienda sanitaria¹⁰;
- d) **l'analisi dei dati e la redazione di una relazione ad opera delle équipes locali** con una prima individuazione dei punti di forza e di debolezza, aree critiche e azioni correttive;
- e) la partecipazione agli incontri di benchmarking;
- f) la redazione del rapporto definitivo e la definizione delle azioni correttive;
- g) la presentazione pubblica dei risultati dell'Audit civico e del piano di miglioramento;
- h) la verifica degli esiti del piano di miglioramento.

I cicli operativi appena descritti permettono ai cittadini di essere presenti non soltanto come produttori di dati, ma anche come interpreti dei dati stessi. Questa attività è sostenuta dal livello nazionale con gli incontri di benchmarking e con la circolazione delle esperienze positive e negative.

¹⁰ La consultazione riguarda il funzionamento degli Istituti di partecipazione (comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, ecc.) e talora viene omessa per motivi di varia natura.

6. Il Benchmarking

L'Audit civico prevede, nella sua dimensione nazionale, anche lo sviluppo di una valutazione comparativa (*benchmarking*) delle *performance* aziendali con l'obiettivo di:

- fornire l'opportunità ad ogni azienda di interpretare i risultati del proprio Audit Civico in un contesto più ampio e quindi individuare eventuali aree di eccellenza o ritardi che la pongono indietro rispetto alle altre aziende e alle legittime richieste dei cittadini;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori *performance*.

Tale valutazione, quindi, non essendo finalizzata alla redazione di "graduatorie", **prevede la divulgazione dei dati comparati in forma anonima** e successivamente, la comunicazione a ciascuna azienda dei dati comparati con la sola indicazione del nome della singola azienda.

CAPITOLO SECONDO

Le Tavole di Benchmarking 2005-2006

I dati della rilevazione Audit Civico si riferiscono a 25 aziende sanitarie, di cui 19 aziende sanitarie locali e 6 aziende ospedaliere. Le strutture sanitarie complessivamente messe sotto osservazione sono 134, di cui 34 ospedali, 29 sedi di distretto, 26 poliambulatori e 45 servizi di specialistica territoriale e semiresidenziale (SERT, Centri di salute mentale). L'elenco completo è riportato nell'Appendice B.

Il capitolo è così organizzato.

Per ogni fattore di qualità delle tre componenti esaminate è presentato un grafico, nel quale le aziende sono identificate con sigle anonime. Il grafico mostra il valore, per ciascuna azienda, **dell'indice di adeguatezza agli standard (IAS) e sono visualizzate tre fasce di valori**: fascia alta, fascia media, fascia bassa. Accanto a ogni grafico è riportato un giudizio sintetico, basato sul punteggio medio dell'indice di adeguatezza ottenuto complessivamente da tutte le aziende (ottimo = IAS 100-81, buono = IAS 80-61, discreto = IAS 60-41, scadente = IAS 40-21, pessimo = IAS 20-0).

L'indice (valore da 0 a 100) esprime in quale misura l'azienda, in relazione al fattore (es. accesso ai servizi, informazione, ecc.) e al livello considerato (azienda in generale, ospedali, poliambulatori, ecc.), rispetta gli standard proposti. Gli standard sono qui intesi secondo la definizione data dalla JCAHO¹¹ e quindi come "insieme di aspettative circa le *performance*, le strutture e i processi delle strutture sanitarie". In questo caso le aspettative sono state determinate secondo le indicazioni della **legislazione nazionale e regionale e i documenti di organizzazioni scientifiche** (linee guida) e **di organizzazioni dei cittadini** (Carte dei diritti del malato).

Per ogni fattore, inoltre, sono indicati:

¹¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*, 1996.

- gli elementi che giustificano i risultati migliori, vale a dire quali sono gli elementi che contraddistinguono l'azienda o le aziende che raggiungono i punteggi più elevati;
- gli elementi che giustificano i risultati peggiori, vale a dire gli elementi che caratterizzano l'azienda o le aziende con punteggi più bassi.

Talvolta, quando possibile, sono indicati anche gli standard che non sono rispettati da nessuna azienda sanitaria.

I ° Componente

“Orientamento verso i cittadini”

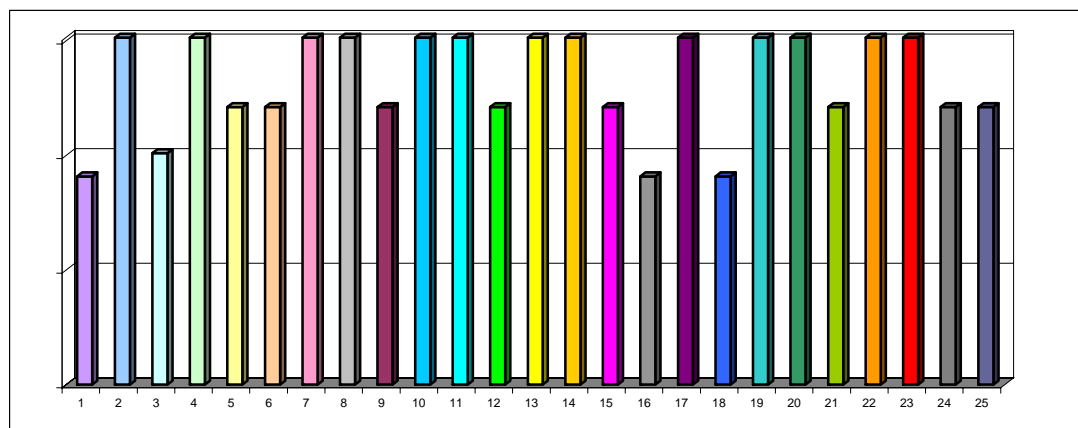
1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

Livello Aziendale

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 Relazione con il Pubblico (URP)
 Numero addetti URP su numero ricoveri ord. effettuati nell'anno (per A.O.)
 Numero addetti URP su popolazione residente (per A.S.L.)

Fig. 1 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
ottimo	ottimo	ottimo	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno
(IAS = 100 in metà delle aziende)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi (4 su 25)
- Assenza di un sito web aziendale (2 su 25)

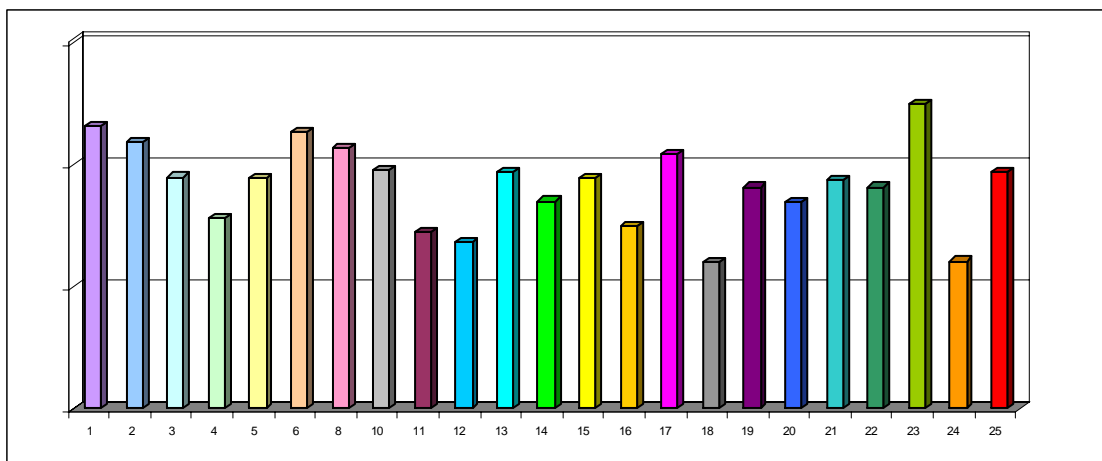
1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

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

Fig. 2 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	ottimo	ottimo	buono

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti dal medico dell'ospedale (6 su 25)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Punti di riscossione: di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) (11 su 23)
- Registro dei ricoveri programmati presso Direzione Sanitaria o U.O. consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti (7 su 23)
- Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale(2 su 23)
- Prenotazione telefonica tramite CUP (3 su 23)

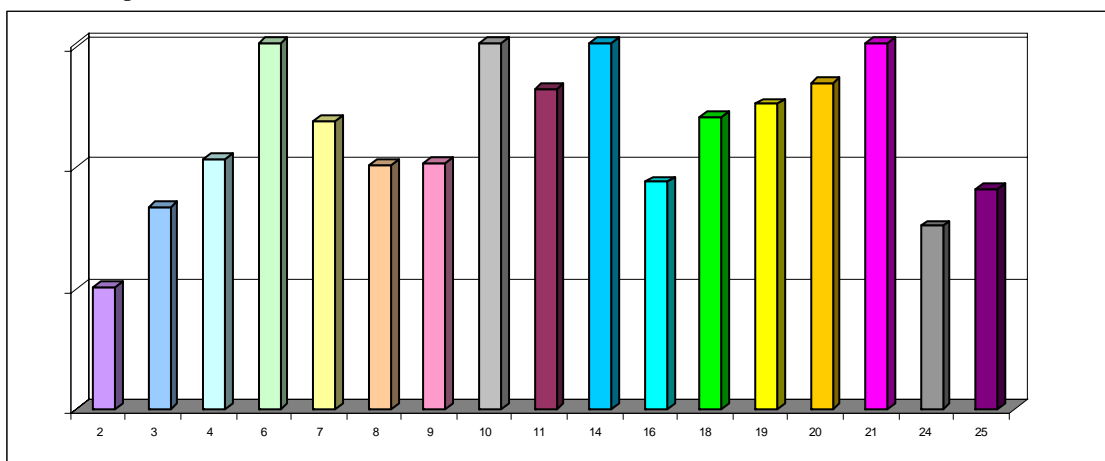
1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

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

Fig. 3 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello cure primarie - distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
buono	discreto	discreto	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolazione delle file (6 su 17)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Tutte le domande di assistenza domiciliare valutate positivamente sono in attesa dell'avvio del programma assistenziale (8 su 17)

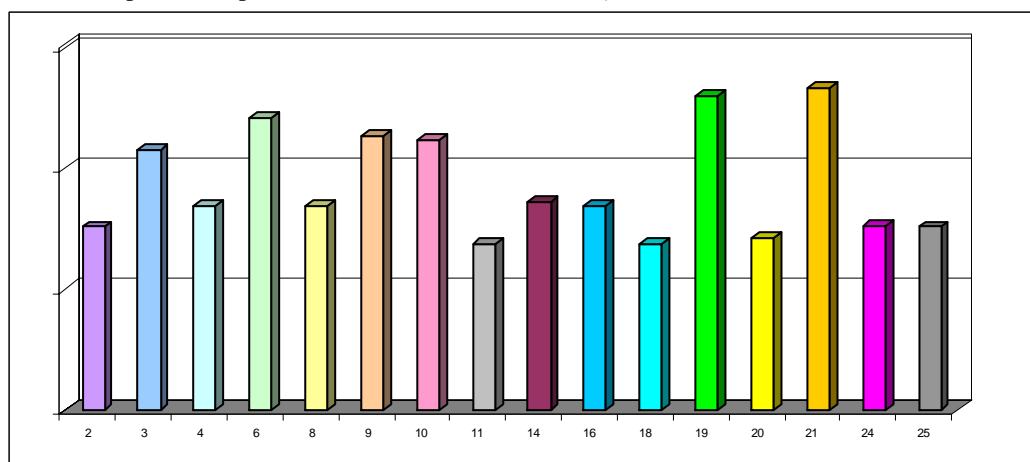
1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

Livello Cure Primarie - Poliambulatorio

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.)

Fig. 4 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello cure primarie - poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	buono	buono	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in base alla gravità e all'urgenza (10 su 16)

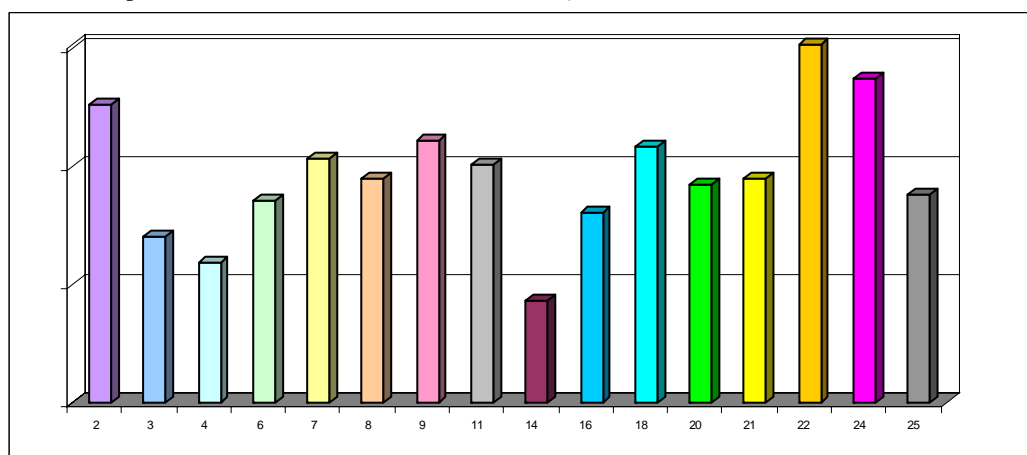
- Punti di riscossione del ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) (9 su 16)

1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

<p>Elementi valutati</p> <p>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio</p> <p>Ingressi con barriere architettoniche</p> <p>Accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza per la valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale</p> <p>Reperibilità sulle 24 ore per i casi urgenti</p> <p>Numero ore al giorno di apertura del servizio</p> <p>Numero giorni di apertura settimanale</p> <p>Strutture residenziale (CSM) o comunità terapeutiche (Ser.T.) collegate</p> <p>Strutture diurne collegate</p>

Fig. 5 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005 buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	discreto	buono	discreto

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Reperibilità sulle 24 ore per i casi urgenti (8 su 16)
- Numero ore al giorno di apertura del servizio (9 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Assenza di:
- Strutture diurne collegate (2 su 16)
 - Accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza per la valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale (2 su 16)

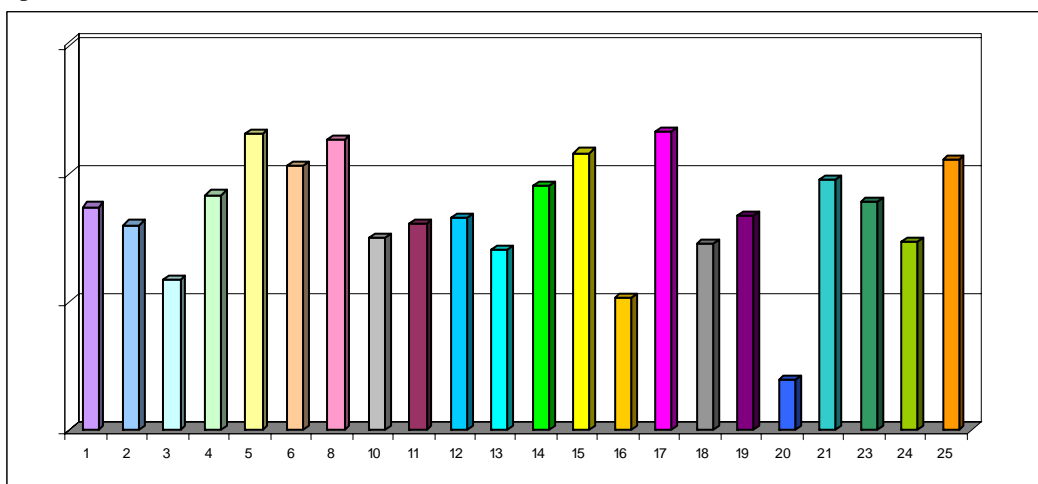
1.2. Rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati – Personalizzazione delle cure

Livello Assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Servizio di interpretario
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

Fig. 6 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al rispetto dell'identità - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
discreto	discreto*	discreto*	discreto*

* Giudizio dato considerando anche il fattore “relazioni sociali”

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Servizio di interpretarlo (10 su 22)
- Servizio di mediazione culturale (12 su 22)
- Servizio religioso per non cattolici (8su 22)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

- Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti *prima delle ore 12* (6 su 22)

Annotazioni:

- Orario della distribuzione della cena ai pazienti *prima delle ore 19*: nella maggior parte delle aziende l’orario di distribuzione della cena è ancora prima delle ore 19 (15 su 22), mentre gli standard di riferimento indicano dopo le ore 19.
- Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico: questo standard viene rispettato nella maggior parte delle aziende (16 su 22).
- Solo in quattro aziende tutte le unità operative garantiscono la privacy dei malati terminali

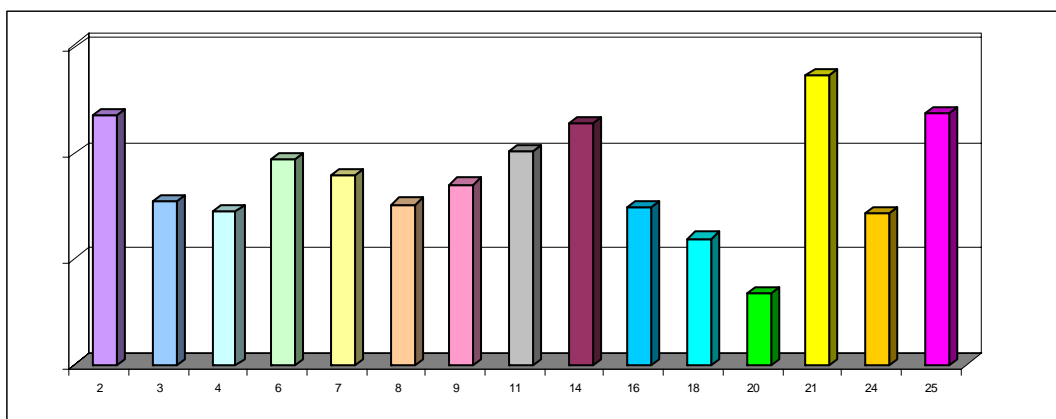
1.2. Rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati –
Personalizzazione delle cure

Livello Cure primarie - CSM /Sert

Elementi valutati

- 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. 7 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al rispetto dell'identità – livello cure primarie - CSM/Sert (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
discreto

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
discreto	-	-	-

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno (vedi annotazioni)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno (vedi annotazioni)

Annotazioni:

- Mediatore culturale:
la presenza del mediatore culturale è ancora una prassi poco diffusa tra le aziende monitorate (4 su 15).
- Numero pazienti con piano terapeutico personalizzato su numero totale pazienti:

in tutte le aziende è presente la possibilità di avere un piano terapeutico personalizzato, ed è alta la percentuale dei pazienti con piano terapeutico personalizzato sul totale dei pazienti.

- Possibilità di avere operatori di riferimento stabili:
in tutte le aziende è prevista la possibilità di avere operatori di riferimento stabili.
- Solo 11 servizi su 41 monitorati dispone di un accesso indipendente esterno (per tutela della privacy)

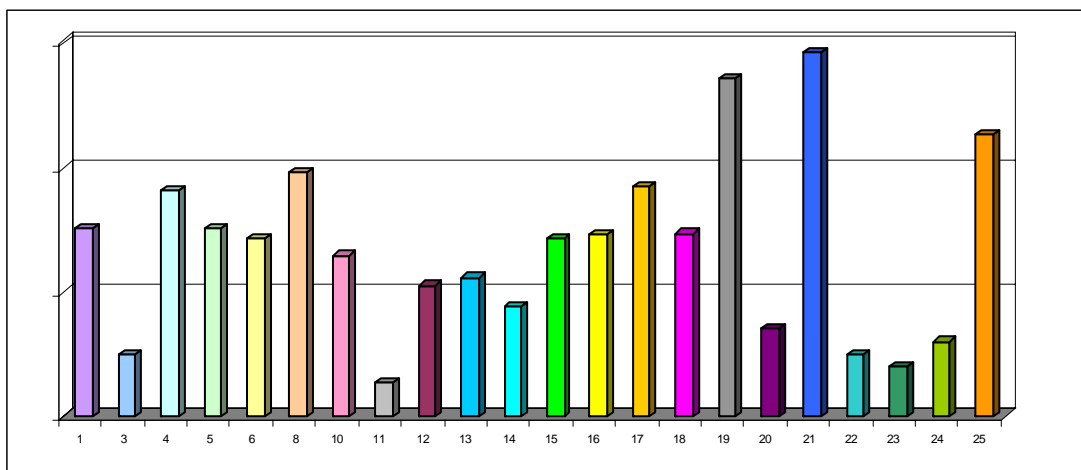
1.3. Relazioni sociali

Livello Assistenza ospedaliera

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. 8 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alle relazioni sociali – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell’ Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto*	discreto*	discreto*

* Giudizio dato considerando anche il fattore “relazioni sociali”

Elementi che giustificano i risultati migliori

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- Impossibilità di ricevere telefonate in camere non a pagamento (solo in 2 aziende non è possibile)

Annotazioni:

- Numero medio di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali: il risultato raggiunto da questo indicatore è ancora molto basso, solo in 4 aziende su 22 il presidio è aperto per oltre 12 ore, mentre in un caso da 6 a 11 ore, e nei restanti casi (17 aziende) il presidio è aperto al massimo 5 ore.
- Numero medio di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi: la situazione migliora di poco nei giorni festivi, dove 5 aziende sono aperte per almeno 12 ore, 2 aziende da 6 a 11 ore, e le restanti (15 aziende) al massimo 5 ore.
- Aree di socializzazione per i degenti presenti solo nel 58% delle U.O..

1.4. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

Livello Assistenza ospedaliera

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.

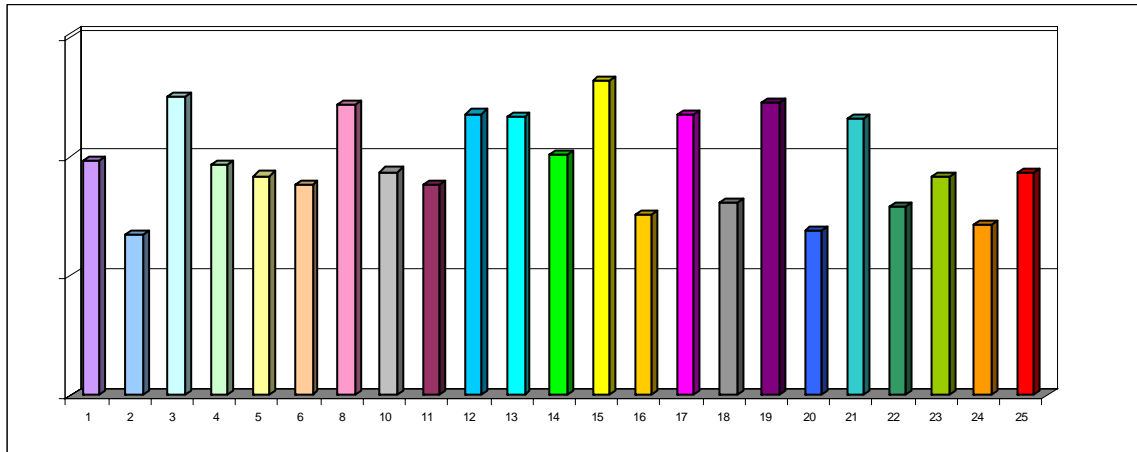
gli orari della giornata

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

Fig. 9 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto all’informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell’Audit Civico

**Giudizio 2005
buono**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	discreto	discreto	scadente

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Disponibilità, al momento dell’ingresso nella struttura di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (9 su 23)
- Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti (10 su 23)
- Disponibilità al momento dell’ingresso nella struttura di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura (6 su 23)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

- In 6 aziende mancano negli ascensori le indicazioni sulle U.O./servizi presenti ad ogni piano
- Assenza in 2 aziende di comunicazione criteri attribuzione codici di priorità triade

Annotazioni:

Solo in 4 aziende sono contemporaneamente rispettati i seguenti tre indicatori:

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

insieme possono rappresentare l'indicatore della presenza/assenza di informazioni verso i utenti.

In un'azienda manca la modulistica per il consenso atti invasivi.

1.4. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

Livello Cure primarie - Distretto

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

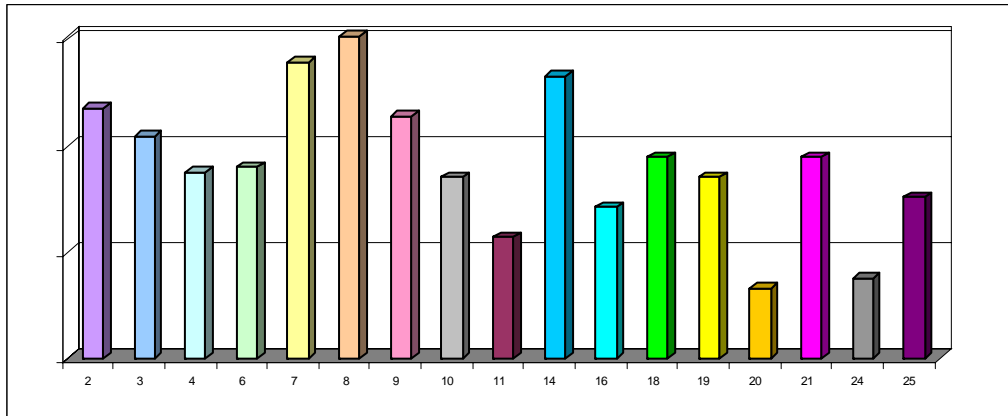
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute

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. 10 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione – livello cure primarie-distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
scadente	discreto	discreto	scadente

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti (10 su 17)

- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documento o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura (7 su 17)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di: materiale informativo sull'Adi da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi (8 su 17)

- 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 (7 su 17)

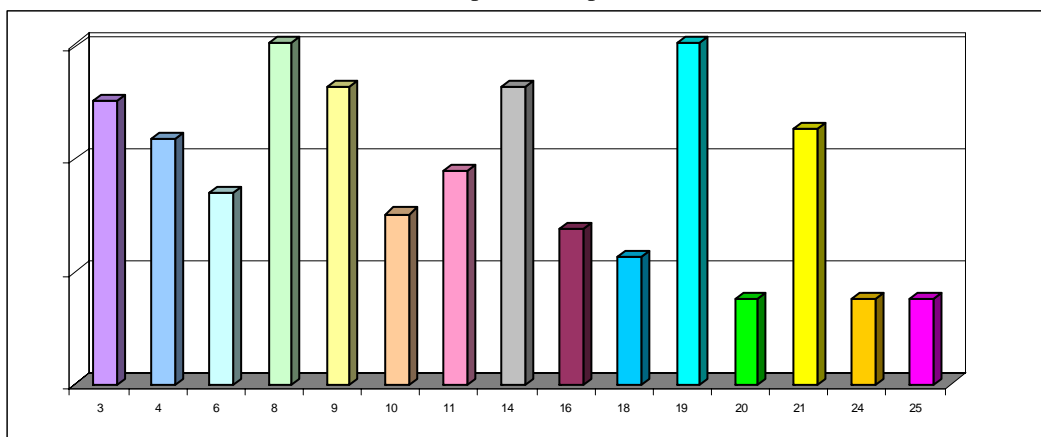
1.4. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

Livello Cure primarie - 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

Fig. 11 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione – livello cure primarie – poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto	buono	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti
all'ingresso (6 su 15)

Disponibilità al momento dell'ingresso
nella struttura di documenti o di avvisi
relativi al diritto alla libera scelta del
luogo di cura (5 su 15)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- All'ingresso della struttura di un
opuscolo informativo sulla prevenzione
delle malattie/educazione alla salute-
(6 su 15)

- All'ingresso di un opuscolo informativo
circa le prestazioni offerte (6 su 15)

- Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio
dei servizi e degli uffici presenti (3 su 15)

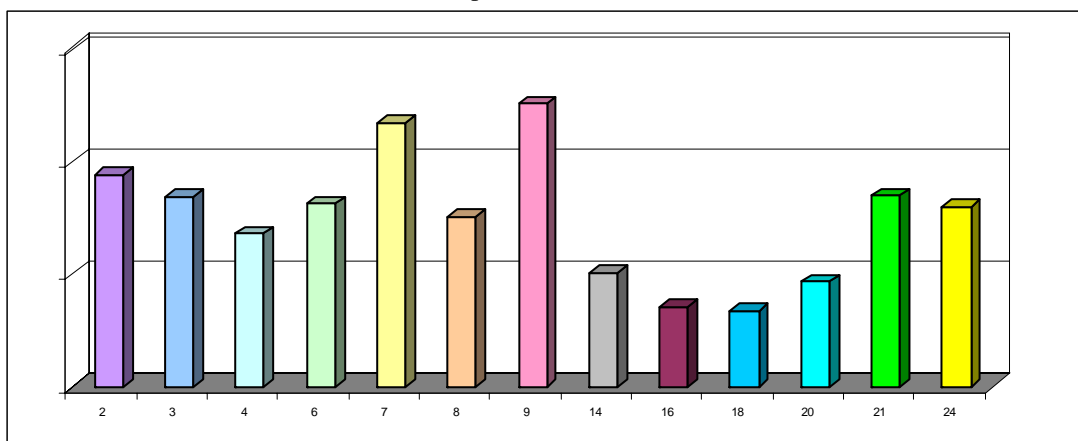
1.4. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.)

Elementi valutati

Disponibilità all'ingresso di un opuscolo informativo sui servizi offerti e nomi operatori
 Opuscolo informativo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso
 Disponibilità all'ingresso della struttura di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute
 Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
 Cartellonistica esterna principale
 Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento
 Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori
 Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, informazioni
 Momenti formativi per operatori volontari/gestione discoteche...ecc. nell'ultimo anno (*per Ser.T.*)

Fig. 12 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
scadente	scadente	scadente	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Opuscolo informativo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso (5 su 13)
(7 su 13)
- Disponibilità all'ingresso della struttura di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute (7 su 13)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- All'ingresso di un opuscolo informativo sui servizi offerti e nomi operatori
- Cartellonistica esterna entrata principale (3 su 13)

1.5. Assistenza alla persona/rapporti degenti-operatori

Livello Assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito

Regolamento su badanti e infermieri a pagamento

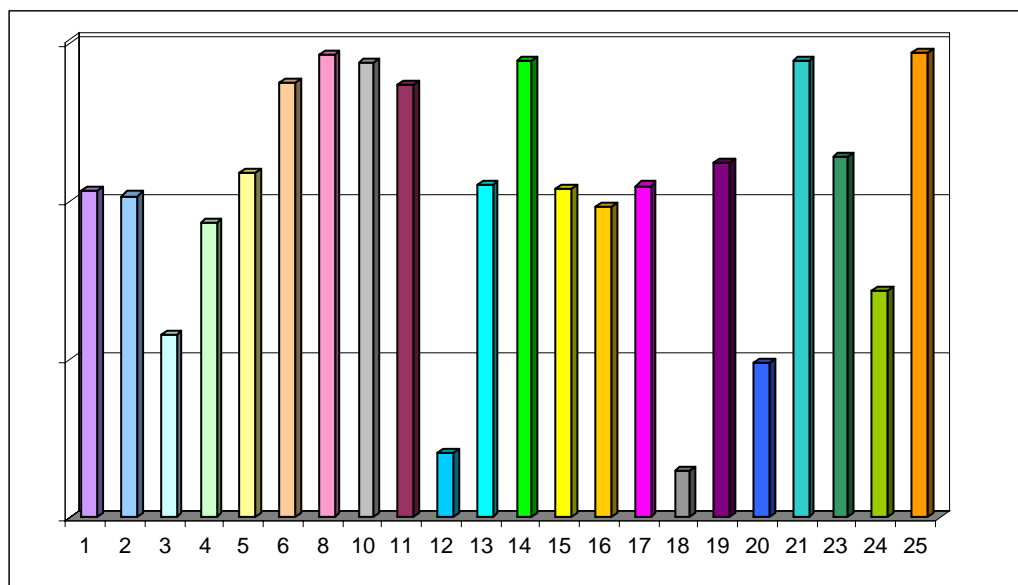
Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi tre anni

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

Fig. 13 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'assistenza alla persona–livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
discreto

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
scadente	scadente	scadente	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Regolamento su badanti e infermieri a pagamento (12 su 22)

- Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi tre anni (4 su 22)

Annotazioni:

In due aziende il fattore sembra decisamente trascurato.

1.6. Comfort – prestazioni alberghiere

Livello Assistenza ospedaliera

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

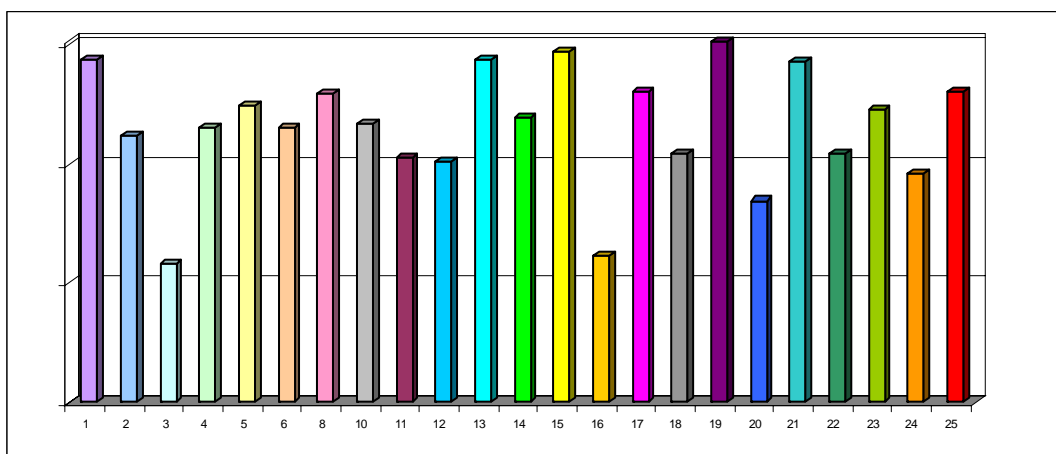
Numero di UO con gabinetti dotati di: tavoletta, scopino, campanello di allarme,

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. 14 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
buono	buono	buono	ottimo

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona (10 su 23)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Bancomat (o sportello bancario) (4 su 23)

Annotazioni:

Gli indicatori relativi alla distribuzione di acqua gratuita non sono quasi mai rispettati tranne in rare eccezioni:

- Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita (2 su 23);
- Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (3 su 23).

Nel 14% delle U.O. mancano ancora i carrelli scaldavivande. Solo in 11 aziende tutte le U.O. dispongono del carrello, in 2 ospedali i carrelli sono quasi assenti

Il parcheggio interno riservato ai disabili è presente in tutte le aziende monitorate.

In 9 aziende si notano segni di fatiscenza.

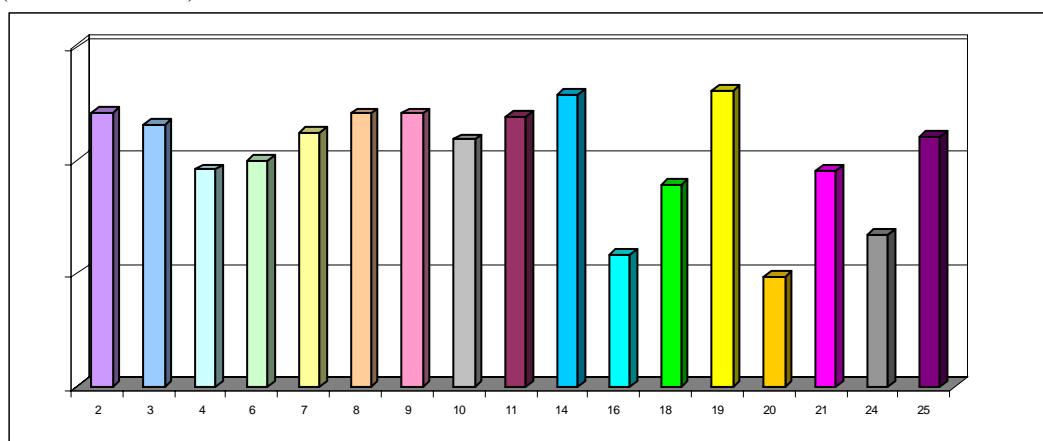
1.6. Comfort – prestazioni alberghiere

Livello Cure primarie - Distretto

Elementi valutati

Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto
 Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
 Sala d'attesa nella sede di distretto
 Sedie nella sala di attesa della sede di distretto
 Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa della sede di distretto
 Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala di attesa della sede di distretto
 Bagno per disabili nella sede di distretto
 Bagno per il pubblico nella sede di distretto
 Numero dei bagni della sede di distretto dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti
 Numero dei gabinetti della sede di distretto dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
 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.

Fig. 15 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello cure primarie - distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	ottimo	ottimo	ottimo

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto (9 su 17)

- Bagno per disabili nella sede di distretto (12 su 17)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza:

- Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala di attesa della sede di distretto (4 su 17)

Annotazioni:

L'indicatore "Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa della sede di distretto" non è rispettato in nessuna realtà monitorata, tranne una.

In 5 aziende si sono osservati segni di faticenza.

Tutti i distretti hanno sale d'attesa con posti a sedere.

In un'azienda però mancano ancora bagni per il pubblico, e in 5 aziende mancano i bagni per i disabili.

1.6. Comfort – prestazioni alberghiere

Livello Cure primarie - Poliambulatorio

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

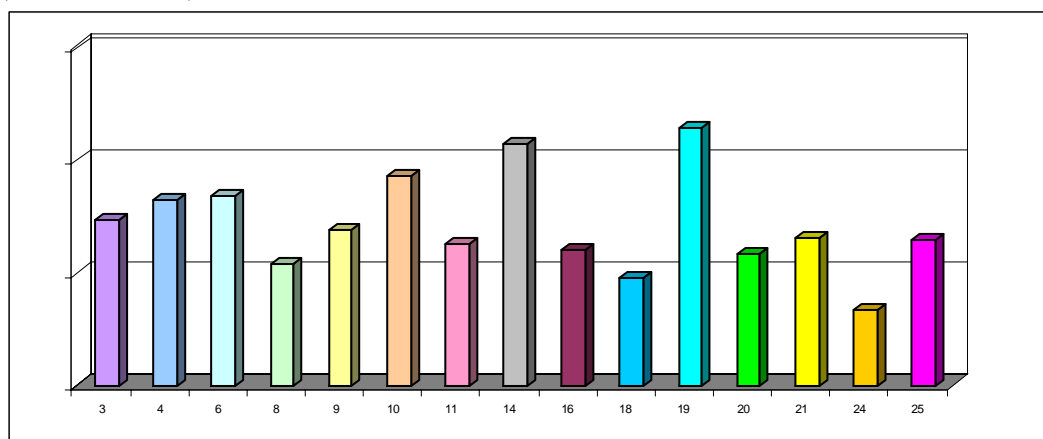
-presenza di insetti, scarafaggi, ecc

-rifiuti o altro materiale abbandonato

-soffitti e/o muri con ragnatele

-rubinetti rotti

Fig. 16 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello cure primarie – poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
buono**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
discreto	ottimo	ottimo	ottimo

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Parcheggio taxi in prossimità della struttura (8 su 15)
- Numero di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale (7 su 15)

Annotazioni:

L'indicatore "Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita" non è rispettato in nessuna realtà monitorata.

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Sale d'attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande (8 su 17)

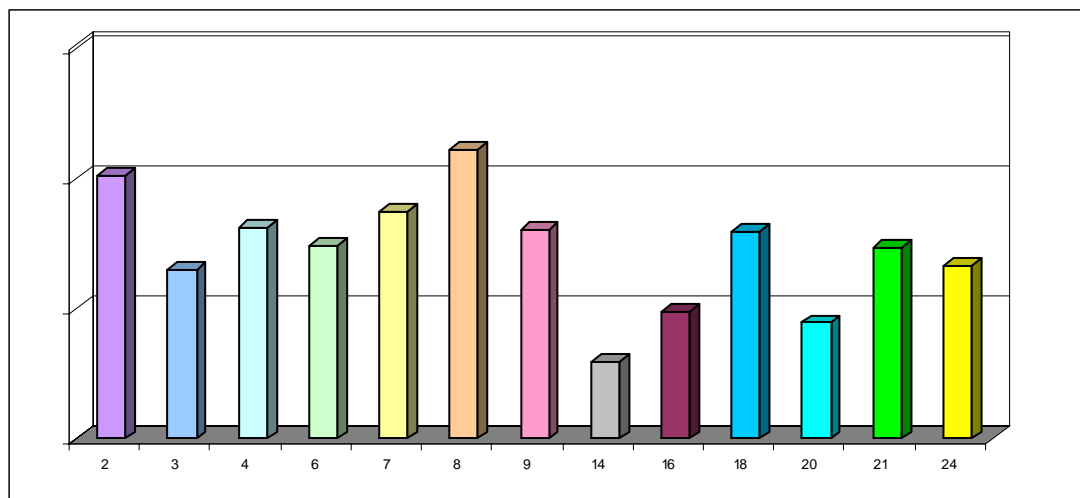
1.6. Comfort – prestazioni alberghiere

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

Elementi valutati

Parcheggio taxi in prossimità della struttura
 Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili
 Sala d'attesa
 Sedie nella sala di attesa
 Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa
 Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala d'attesa
 Bagni per il pubblico
 Gabinetto per disabili
 Numero dei bagni per il pubblico dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiut.
 Numero dei gabinetti per il pubblico 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

Fig. 17 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	buono	ottimo	buono

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Parcheggio taxi in prossimità della
struttura (6 su 13)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Posti auto all'esterno della struttura
riservati a disabili (3 su 13)

- Gabinetto per disabili (6 su 13)

Annotazioni:

Gli indicatori relativi alla distribuzione di acqua ed alimenti sono quasi completamente assenti nelle strutture monitorate:

- Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa (1 su 13);

- Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala d'attesa (2 su 13).

In 5 aziende si sono notati segni di faticenza.

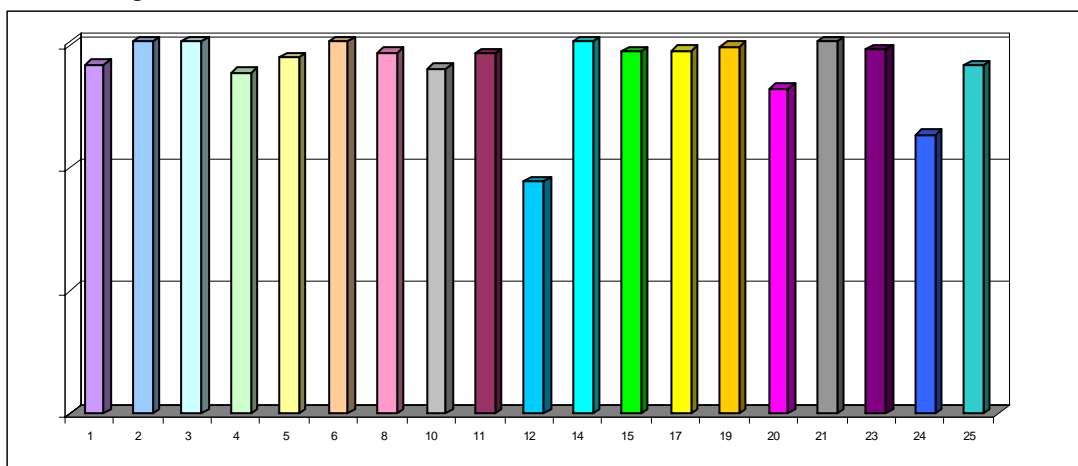
1.7. Supporto ai degenti e alle loro famiglie

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
 Servizio di assistenza psicologica per pazienti sottoposti a chemioterapia
 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 congiunto

Fig. 18 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al supporto ai degenti e alle famiglie – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	discreto	scadente	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

La maggior parte delle aziende
rispetta quasi tutti gli standard

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Procedura per attivare i Servizi Sociali
del Comune (1 su 19)

Annotazioni:

I diversi servizi di assistenza psicologica (malati terminali, trapianti, donne vittime di violenza, chemioterapia) sono presenti solo in circa la metà delle aziende.

Tutte le aziende finalmente hanno adottato procedure per le dimissioni protette e programmate.

1.7. Supporto ai degenti e alle loro famiglie

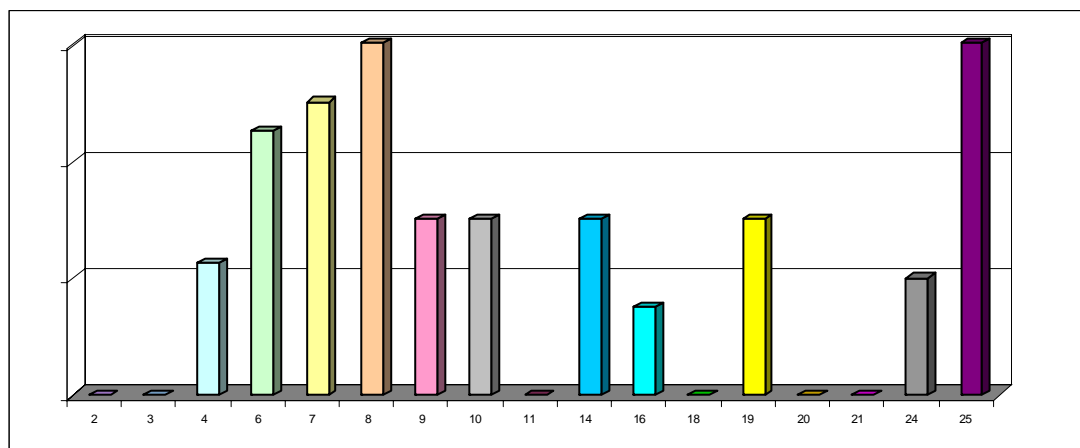
Livello Cure primarie - Distretto

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. 19 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al supporto ai degenti e alle loro famiglie – livello cure primarie - distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005 scadente

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
scadente	-	-	-

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare (7 su 17)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- In 6 aziende entrambi gli standard non sono attuati

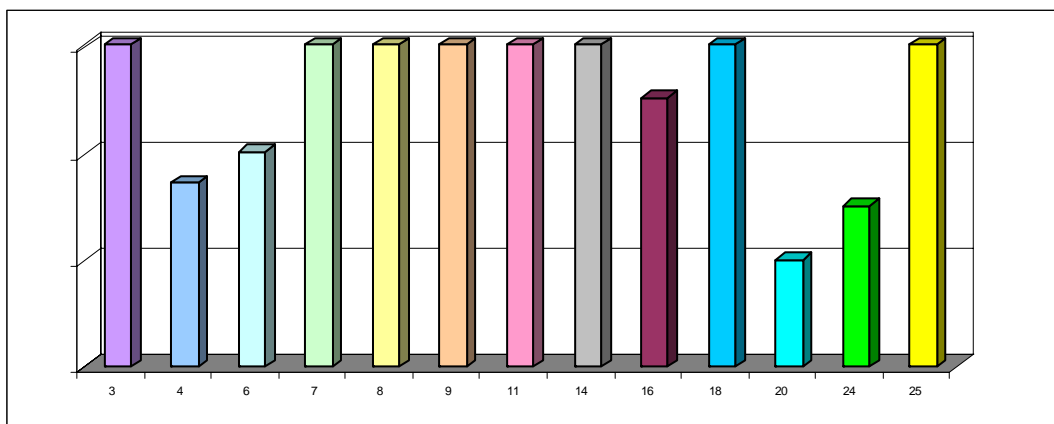
1.7. Supporto ai degenti e alle loro famiglie

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

Elementi valutati

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

Fig. 20 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al supporto ai degenti e alle loro famiglie – livello cure primarie - CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
-	-	-	-

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno

Annotazioni:

In 7 servizi su 38 non ci sono procedure per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico.

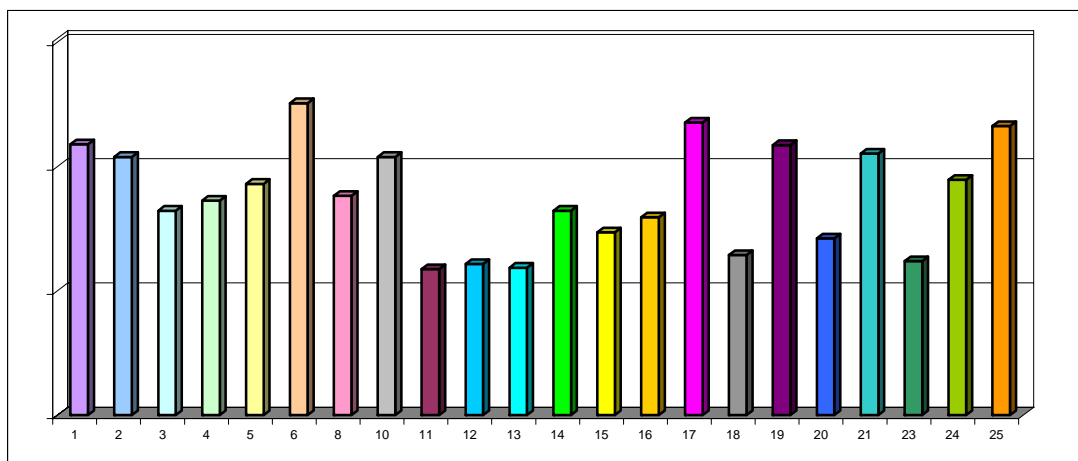
1.8. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

Livello Assistenza ospedaliera

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 2005
 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 a macchina o informatizzata

Fig. 21 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla documentazione sanitaria – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
discreto	discreto	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Possibilità di avere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione) (6 su 22)
- Consegna a domicilio referti medici e/o cartella clinica (6 su 22)
- Nel 27% delle unità operative la cartella clinica è scritta a macchina o informatizzata

Annotazioni:

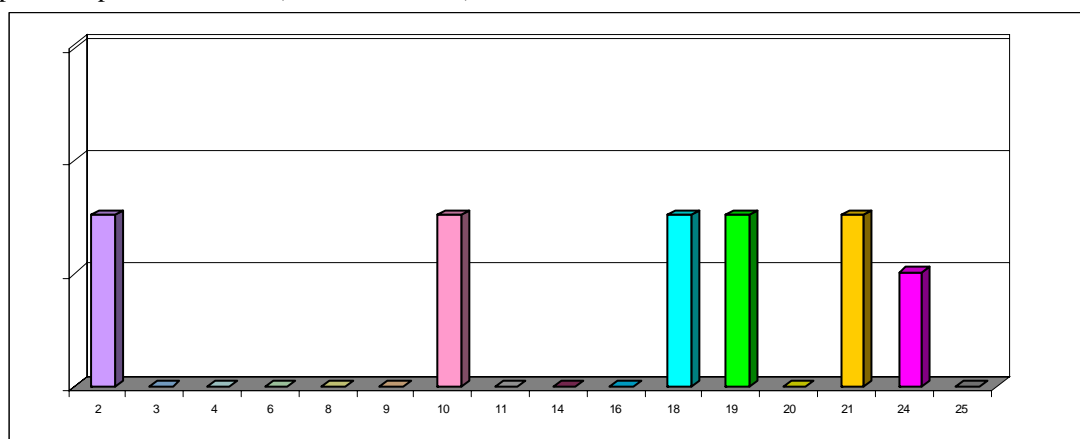
In 25 ospedali su 34 è presente una "Procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale".

1.8. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

Livello Cure primarie - Poliambulatorio

<p>Elementi valutati Consegna a domicilio referti medici Consultazione referti medici tramite web</p>
--

Fig. 22 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla documentazione sanitaria – livello cure primarie-poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
pessimo

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
pessimo	-	-	-

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Consultazione referti medici tramite web (1 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Consegna a domicilio referti medici (10 su 16)

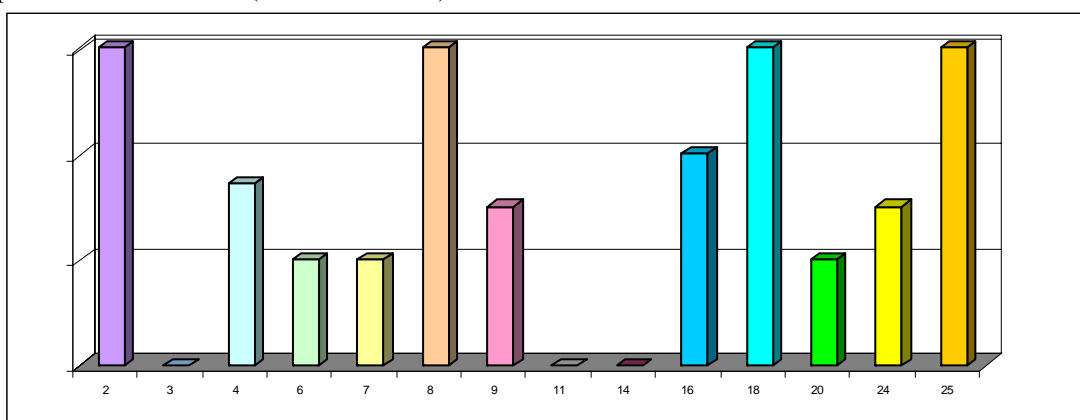
1.8. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

Elementi valutati

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

Fig. 23 – Profilo delle aziende sanitarie relative alla documentazione sanitaria – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell’Audit Civico

Giudizio 2005 discreto

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
-	-	-	-

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno

Annotazioni:

Solo 19 servizi su 39 hanno “Procedure per favorire il raccordo tra operatori del servizio e il medico di fiducia del paziente”.

1.9. Tutela dei diritti

Livello Aziendale

Elementi valutati

Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nel 2005

Se non presente il termine nella Carta 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.)

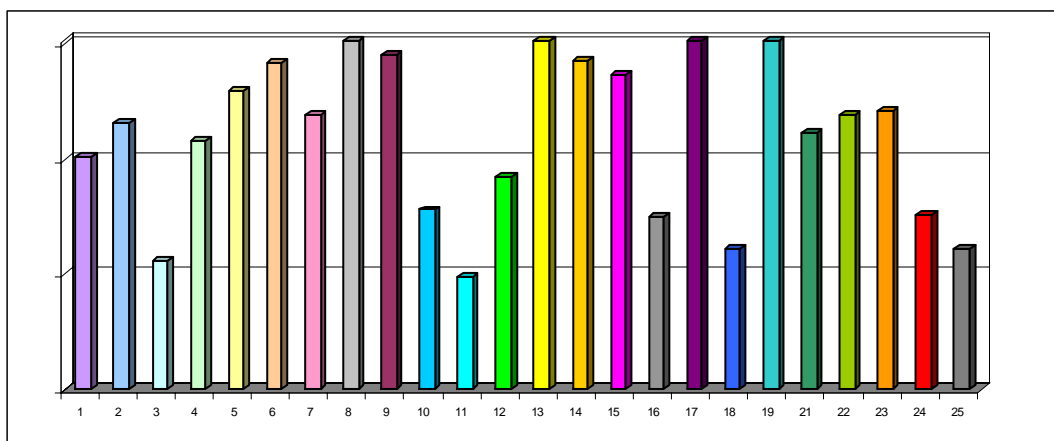
Analisi dei reclami per esito

Adozione di provvedimenti in seguito analisi reclami

Standard nella Carta dei Servizi

Controllo degli Standard (con il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini)

Fig. 24 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	buono	buono	buono

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nel 2005 (12 su 24)
- Controllo degli Standard (con il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini) (11 su 24)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (2 su 24)
- Standard nella Carta dei Servizi (4 su 24)

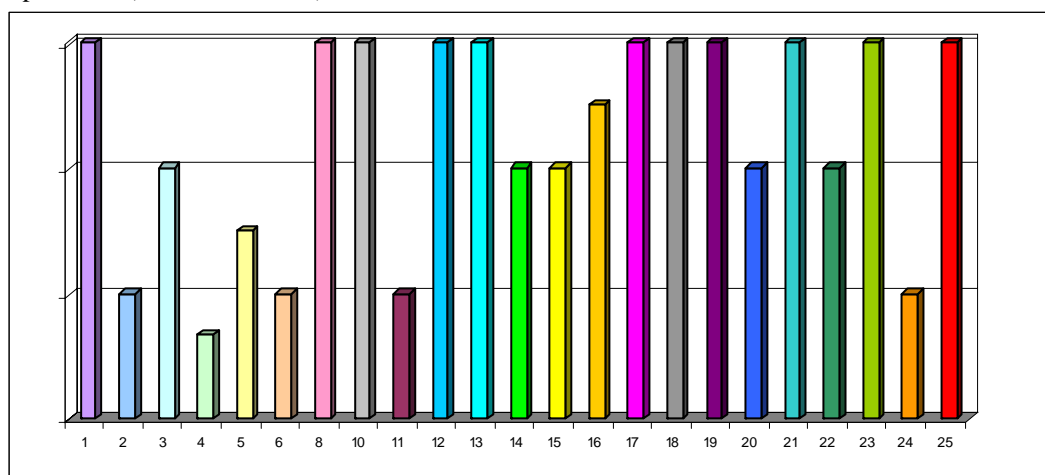
1.9. Tutela dei diritti

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

Fig. 25 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	buono	buono	scadente

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Locali per associazioni di volontariato/difesa dei diritti dei cittadini (2 su 22)
- Disponibilità al momento dell'ingresso di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (5 su 23)

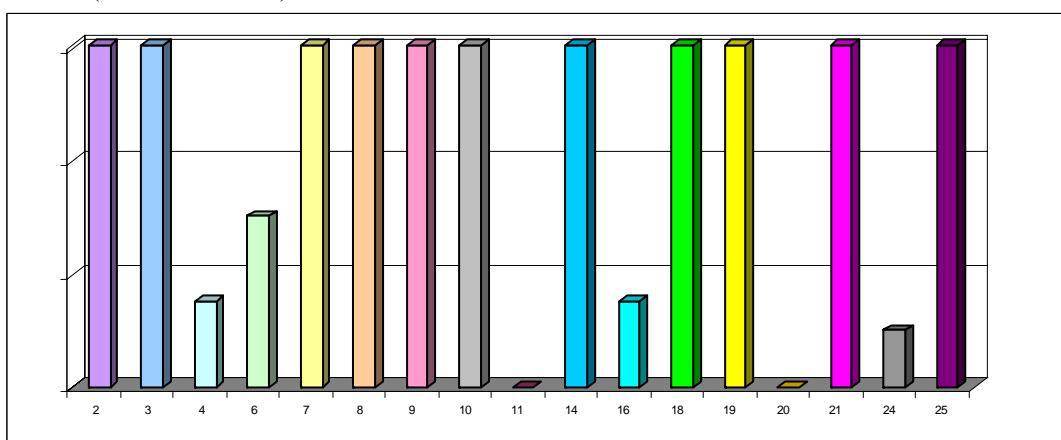
1.9. Tutela dei diritti

Livello Cure primarie - 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

Fig. 26 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello cure primarie - distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto	discreto	scadente

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno

Annotazioni:

Solo in 18 su 29 distretti è presente la “Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.

Solo in 18 su 29 distretti sono presenti “Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto”.

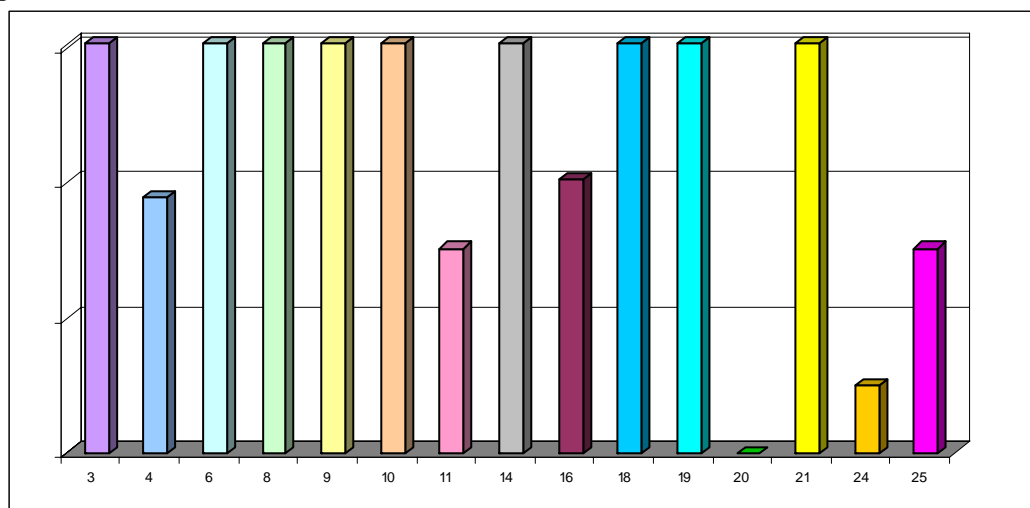
1.9. Tutela dei diritti

Livello Cure primarie - Poliambulatorio

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. 27 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello cure primarie - poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto	discreto	scadente

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno

Annotazioni:

In 17 su 25 poliambulatori è presente la “Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami “

In 19 su 25 poliambulatori sono presenti “Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini “

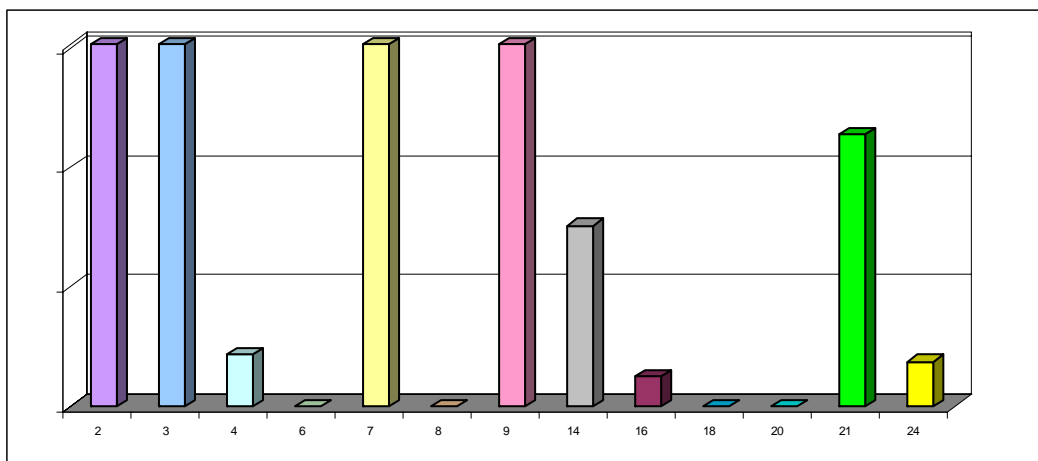
1.9. Tutela dei diritti

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

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. 28 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005 scadente

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
pessimo	scadente	scadente	scadente

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

nessuno

Annotazioni:

In 15 su 38 servizi è presente la “Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.

In 13 su 38 servizi sono presenti “Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto”.

1.10. Programmi di miglioramento della qualità

Livello Assistenza ospedaliera

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

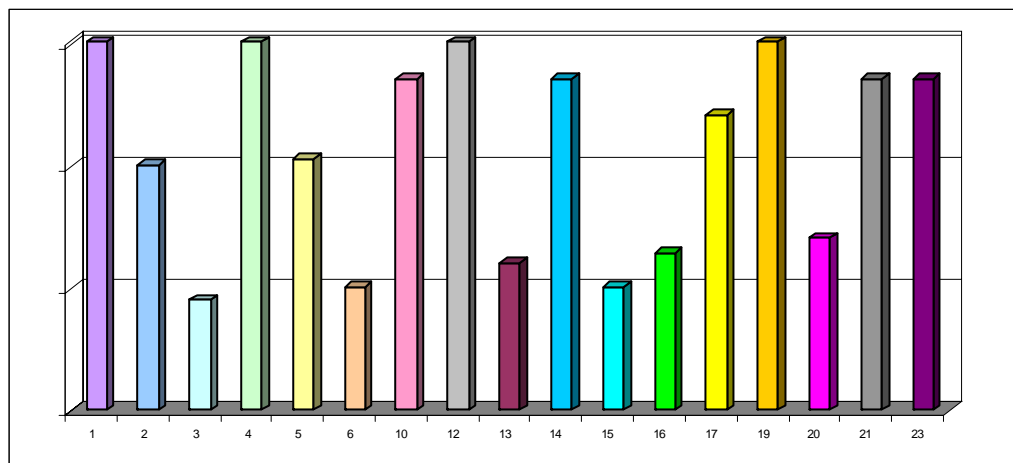
Numero di U.O. che hanno utilizzato personale addestrato per la realizzazione dell'inchiesta

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. 29 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento della qualità – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	scadente	discreto	scadente

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) (9 su 17)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Risultati resi pubblici (5 su 17)

- 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 (9 su 17)

Annotazioni:

In 9 aziende su 17 lo svolgimento di indagini sulla soddisfazione dei degenti non è stata seguita da azioni di miglioramento.

1.10. Programmi di miglioramento della qualità

Livello Cure primarie - Poliambulatorio

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

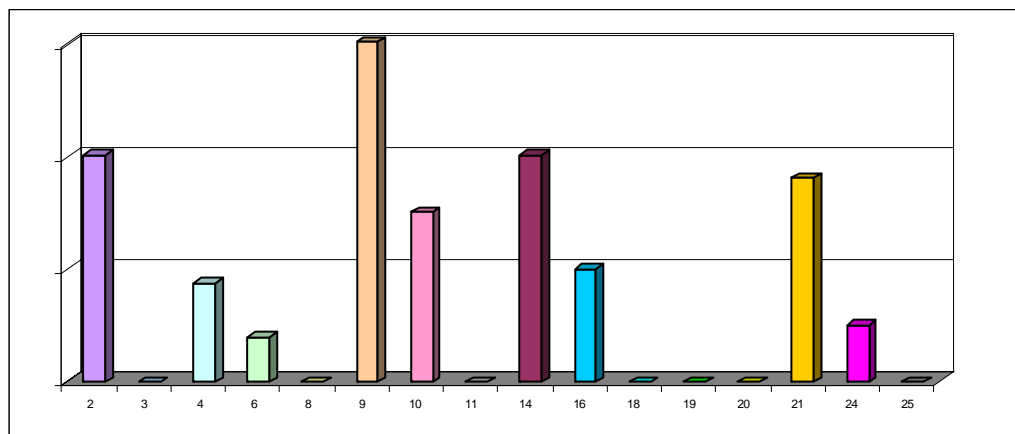
Domande su almeno uno dei seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine

Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio

Realizzazione nel presidio di esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM)

Fig. 30 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento qualità – livello cure primarie-poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
scadente**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
scadente	scadente	scadente	scadente

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Realizzazione nel presidio di esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM) (3 su 16)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (10 su 16)
- Azioni di miglioramento della qualità in seguito alla indagine (11 su 16)

1.10. Programmi di miglioramento della qualità

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

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 almeno tre dei seguenti argomenti: su accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica

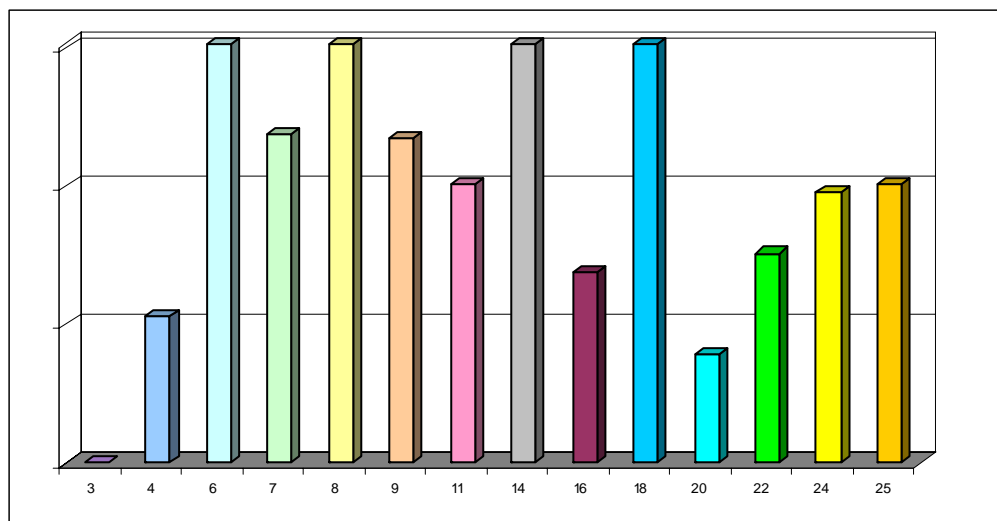
Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine

Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio

Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine circa i bisogni emergenti

Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio

Fig. 31 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento della qualità – livello cure primarie – CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
buono**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto	discreto	scadente

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (6 su 14)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio (4 su 14)

- Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine circa i bisogni emergenti (2 su 14)

- Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio (2 su 14)

II° Componente

**“Impegno dell’azienda nel promuovere
alcune politiche di particolare rilievo
sociale e sanitario”**

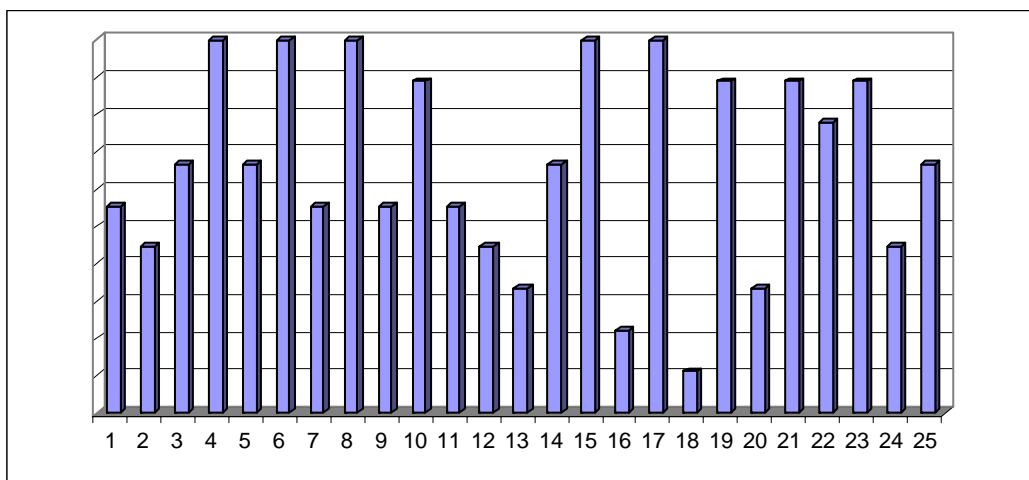
2.1.A Gestione del rischio clinico

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

Fig. 32 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla gestione del rischio clinico– livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
ottimo	buono	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella (14 su 25)

- Redazione di un Piano per la gestione del rischio clinico (12 su 25)

- Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere (2 su 25)

- Comitato per il buon uso del sangue (2 su 25)

Annotazioni:

Oltre metà delle aziende rispetta integralmente gli standard.

Solo 13 aziende su 25 dispongono di "Procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso".

2.1.A 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

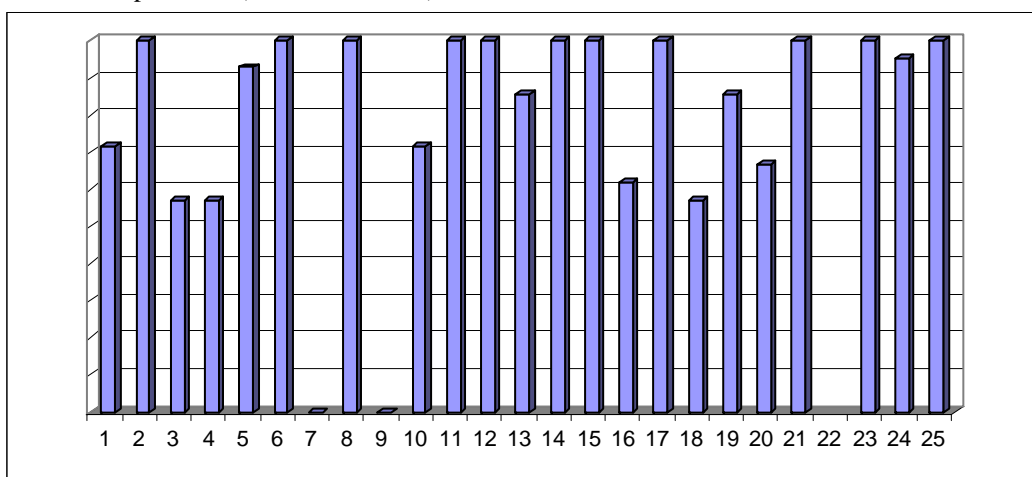
Protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere

Manuale dei disinfettanti in uso nel presidio

Procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici

Procedura per gestione dei rifiuti sanitari

Fig. 33 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla gestione del rischio clinico– livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	ottimo	buono	buono

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza) (3 su 22)

- Indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche (3 su 22)

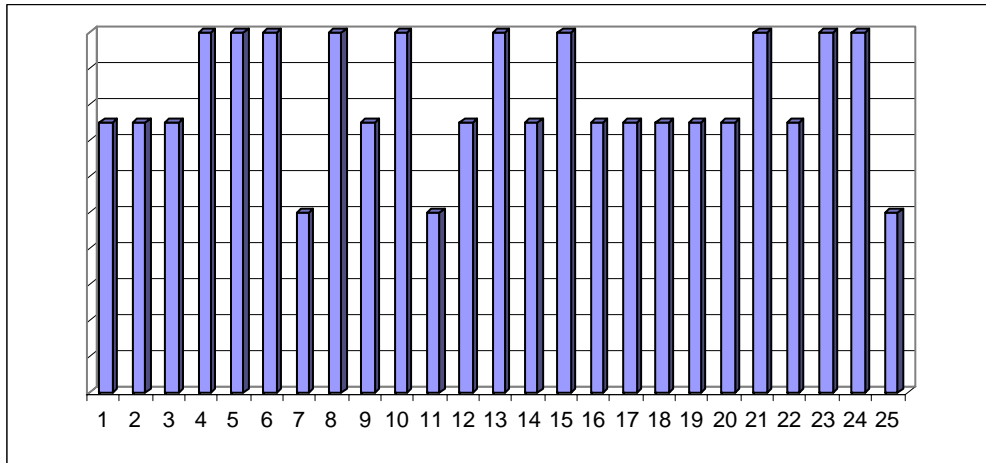
2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Livello Aziendale

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

Fig. 34 – Profilo delle aziende sanitarie relative alla sicurezza delle strutture e degli impianti–livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

Giudizio 2004	Giudizio 2003	Giudizio 2002	Giudizio 2001
ottimo	ottimo	ottimo	ottimo

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni (1 su 25)

- Documento aggiornato sui rischi (legge 626) (1 su 25)

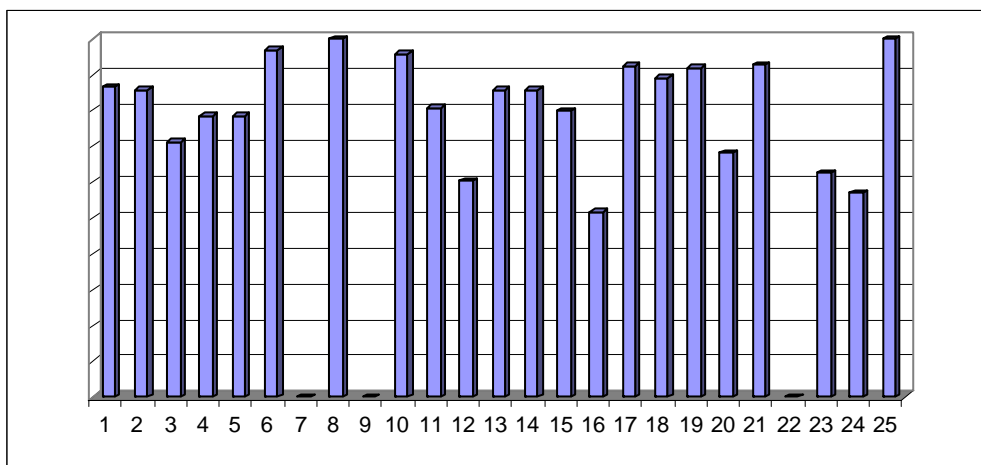
2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Livello Assistenza ospedaliera

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. 35 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti– livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	ottimo	buono	buono

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

nessuno

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Accesso dedicato per le emergenze
(2 su 22)

- Camera calda al pronto soccorso
(5 su 22)

- Individuazione all'interno del PS dei
responsabili della verifica e del controllo
delle attrezzature e delle dotazioni
(2 su 22)

- Definizione per tutto il personale delle
procedure per effettuare e/o attivare la
manutenzione straordinaria delle
attrezzature e delle dotazioni del PS
(1 su 22)

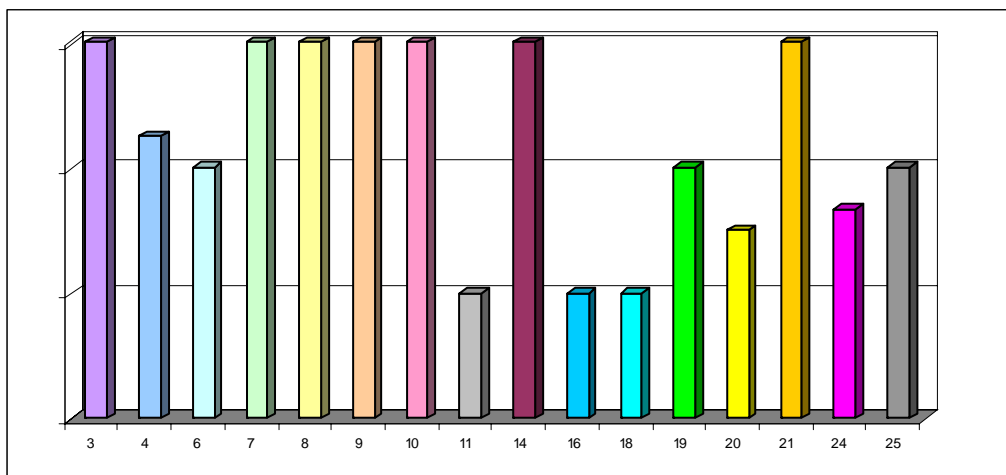
2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Livello Cure primarie – Distretto

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. 36 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti– livello cure primarie - distretto (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	buono	discreto	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

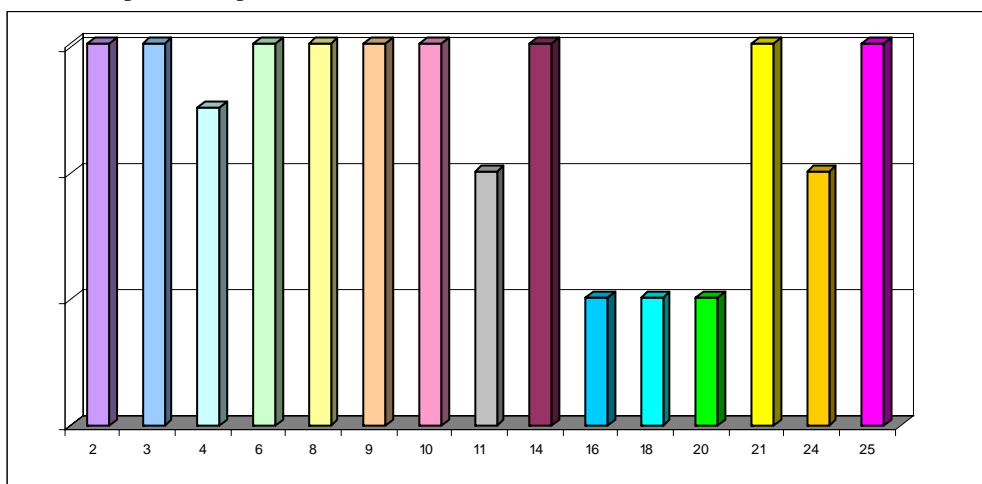
- Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto (7 su 16)

2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Livello Cure primarie – Poliambulatorio

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

Fig. 37 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti– livello cure primarie - poliambulatorio (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	buono	buono	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di :

- Piantina di piano di evacuazione
(6 su 15)

2.1B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Livello Cure primarie - CSM/Ser.T.

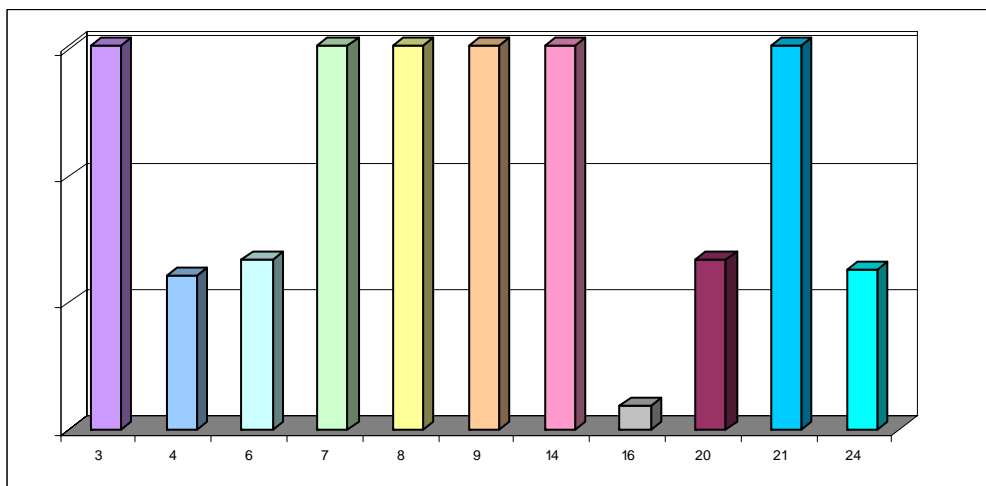
Elementi valutati

Segnaletica per le vie di fuga

Segnaletica per l'individuazione degli estintori

Piantina di piano di evacuazione

Fig. 38 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti– livello cure primarie - CSM/Ser.T. (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005 buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	buono	buono	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

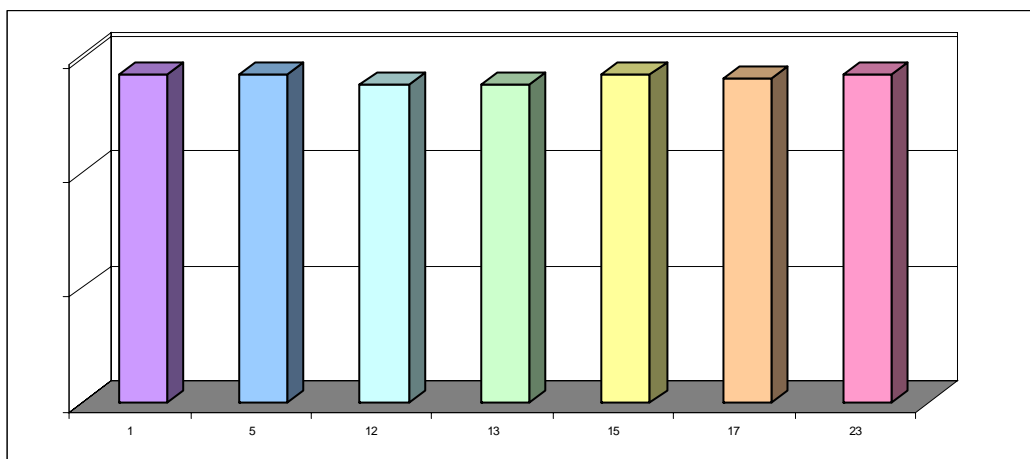
- Piantina di piano di evacuazione
(4 su 12)

2.2. Malattie croniche e oncologia

Livello Aziendale – aziende ospedaliere

<p>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 AO) - Ambulatorio - Day hospital - Ricovero ospedaliero Centro per la chemioterapia Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie croniche (diabete, broncopneumopatia ostruttiva, scompenso cardiaco congestizio, ecc.) Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie tumorali</p>
--

Fig. 39 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alle malattie croniche e oncologiche – livello aziendale-aziende ospedaliere (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
ottimo

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio2001</i>
buono	buono	buono	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori
nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori
nessuno

Annotazioni:

Sembra mancare poco al pieno conseguimento di tutti gli standard.

Livello Aziendale – aziende sanitarie locali

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

Se sì (se AO)

- Ambulatorio
- Day hospital
- Ricovero ospedaliero

Centro per la chemioterapia

Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie croniche (diabete, broncopneumopatia ostruttiva, scompenso cardiaco congestizio, ecc.)

Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie tumorali

Solo ASL

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

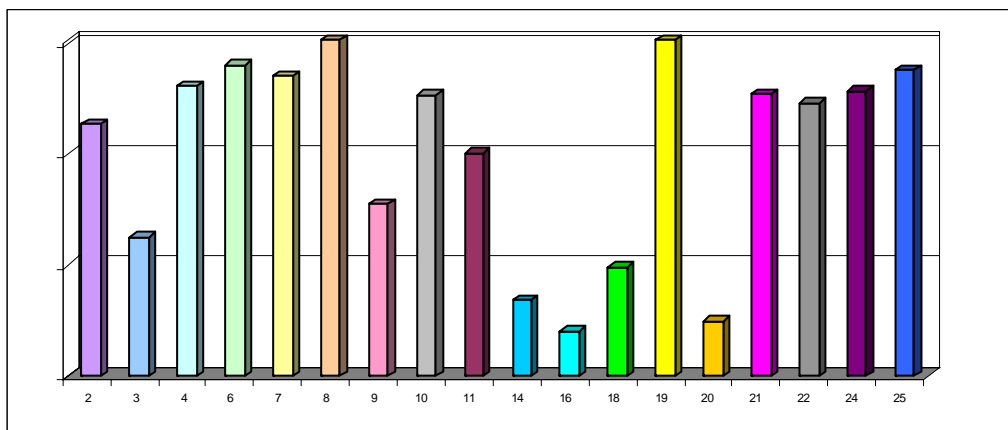
Procedure per la distribuzione dei presidi con periodicità agevolate per gli utenti

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. 40 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alle malattie croniche e oncologiche – livello aziendale-aziende sanitarie locali (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
buono	buono	buono	buono

Elementi che giustificano i risultati migliori

- Centro/i di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare (10 su 18)
- Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi (6 su 18)
- Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi (10 su 18)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

Assenza di:

- Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie tumorali (6 su 18)
- Procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia (6 su 18)
- Procedure di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologia (7 su 18)
- Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari (6 su 18)

2.3. Gestione del dolore

Livello Aziendale

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

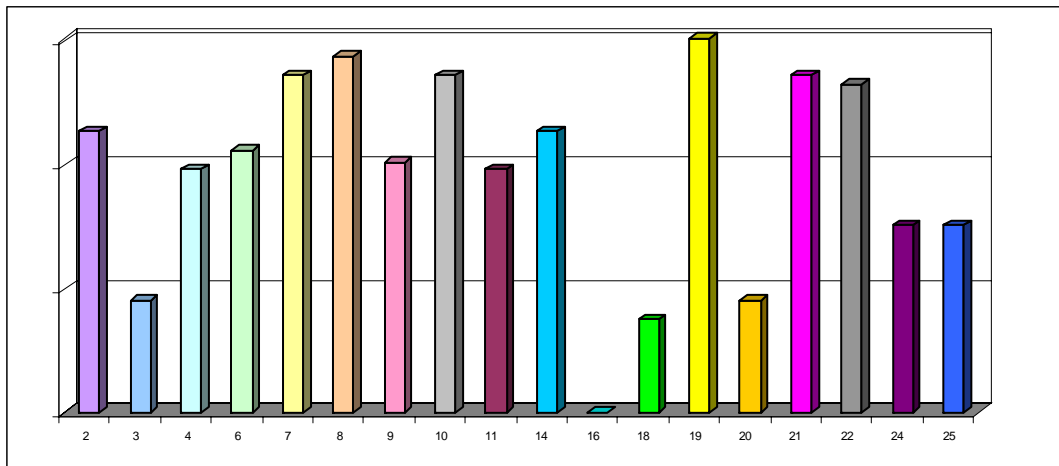
Altro

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. 41 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla gestione del dolore – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio 2005
buono

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	ottimo	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Numero di distretti in cui si pratica a intervalli regolari la valutazione della intensità del dolore nei pazienti in assistenza domiciliare (quando le condizioni dei pazienti lo richiedono)
(9 su 18)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di famiglia negli ultimi tre anni (7 su 18)

2.4. Gestione del dolore

Livello Assistenza ospedaliera

Elementi valutati

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore

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

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

Iniziative 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

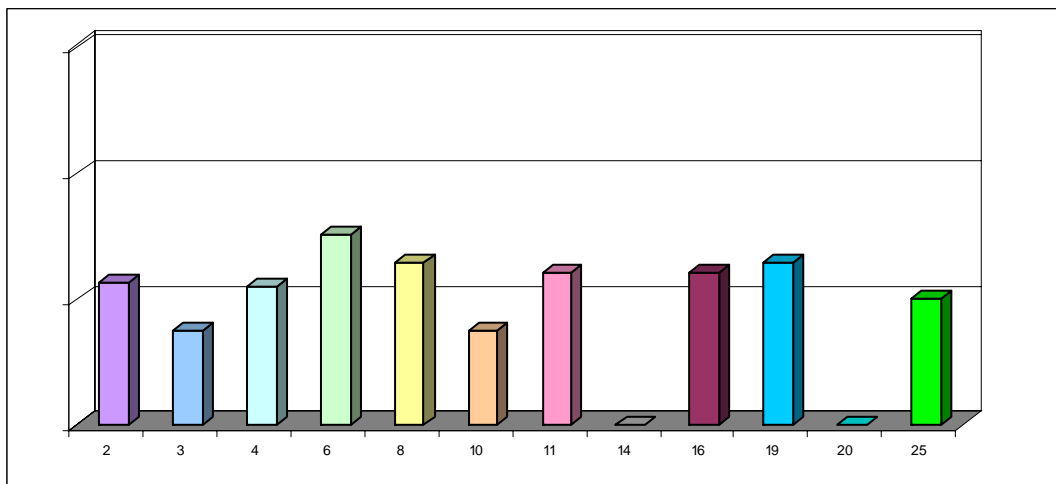
parto

tumori

malattie cronico-degenerative

altro

Fig. 42 – Profilo delle aziende sanitarie relative alla medicina del dolore – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
scadente**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
scadente	buono	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Iniziative volte a creare valutatori/
ricognitori nelle U.O. ospedaliere per
controllo clinico e raccolta dati sul
paziente con dolore negli ultimi tre anni
(5 su 12)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Linee guida e/o protocolli per il controllo
del dolore (3 su 12)

- Iniziative di formazione sulla terapia del
dolore per il personale negli ultimi tre anni
(2 su 12)

Annotazioni:

Dieci aziende sono state escluse dal calcolo dell'IAS perché hanno dato informazioni insufficienti, la situazione potrebbe essere ancora meno favorevole di quella esposta.

III° Componente

**“Coinvolgimento delle organizzazioni
dei cittadini nelle politiche aziendali”**

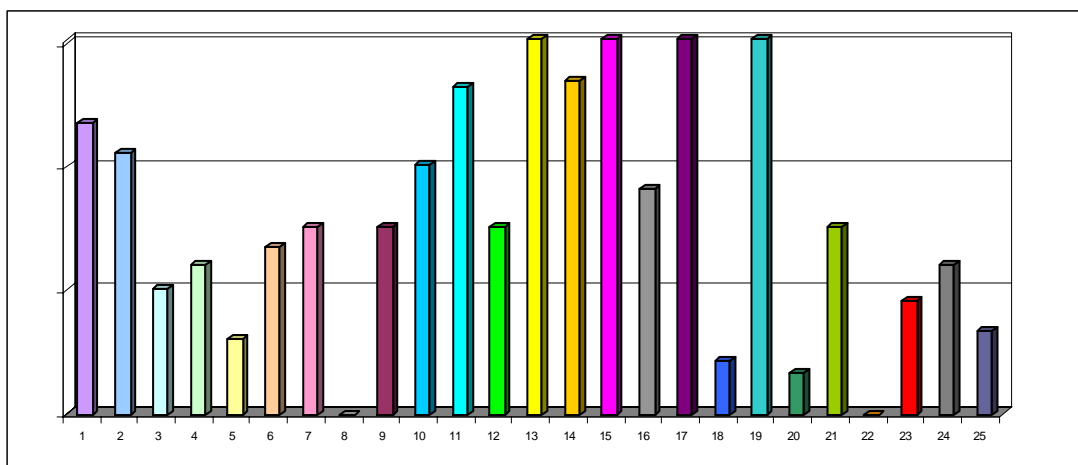
3.1. Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti

Livello Aziendale

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 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. 43 – Profilo delle aziende sanitarie relativo agli istituti di partecipazione degli utenti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
discreto	discreto	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (8 su 22)
e

- Determinazione degli standard della Carta di
dei servizi con la consultazione dei cittadini
(11 su 25)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo

valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99) (10 su 25)

- Protocolli d'intesa con organizzazioni
cittadini (6 su 25)

3.2. Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda

Livello Aziendale

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.

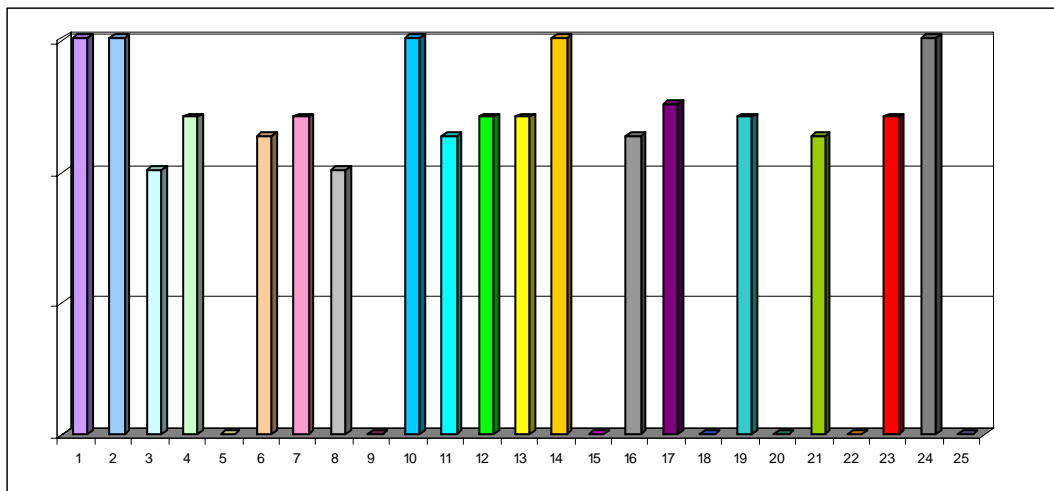
Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio

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. 44 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alle altre forme di partecipazione degli utenti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: da 1 a 25 = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

**Giudizio 2005
discreto**

<i>Giudizio 2004</i>	<i>Giudizio 2003</i>	<i>Giudizio 2002</i>	<i>Giudizio 2001</i>
pessimo	discreto	discreto	discreto

***Elementi che giustificano
i risultati migliori***

- Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture
(6 su 25)

***Elementi che giustificano
i risultati peggiori***

Assenza di:

- Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazione dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio
(11 su 25)

CAPITOLO TERZO

Un sistema troppo incerto.

1. Premessa

Cittadinanzattiva osserva il servizio sanitario con tre strumenti generali. L'**Audit civico** - sicuramente il più strutturato – è accompagnato dai **rapporti annuali del Pit salute**- basato sulle segnalazioni dei cittadini al Tribunale per i diritti del malato - e da **quello sulle politiche delle cronicità**, realizzato dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici. La raccolta di informazioni è integrata dalla ricognizione annuale sulla sicurezza (Ospedale sicuro) e dai rapporti conclusivi di varie campagne tematiche¹².

L'analisi comparata delle diverse osservazioni ha aiutato a comprendere meglio una questione che, molto probabilmente, sta alla base del fatto che una larga parte dei cittadini viva il rapporto con il servizio sanitario come una esperienza di abbandono¹³. Le segnalazioni dei cittadini al Tribunale per i diritti del malato denunciano percorsi diagnostici e terapeutici complicati e difficoltosi, comportamenti arbitrari e arroganti di funzionari o professionisti, mancate assunzioni di responsabilità, scarsa o nulla comunicazione fra i professionisti e altro¹⁴. In concreto, tutto ciò provoca piaghe da decubito evitabili, stati dolorosi ignorati, infezioni ospedaliere non prevenute, assistenza inadeguata al domicilio e altre sofferenze inutili. Le violazioni dei diritti si associano ad errori diagnostico/terapeutici ed originano una parte consistente degli sprechi del servizio sanitario.

Il problema è che l'area dei rapporti fra cittadini e servizi sanitari dovrebbe disporre di un adeguato regime di governo, e cioè di un sistema di norme, valori,

¹² Nel 2005/2006 sono state svolte ricognizioni sulla assistenza domiciliare integrata, sulla assistenza domiciliare oncologica, sulla medicina del dolore, sui laboratori di analisi, sui centri per l'osteoporosi, sulle infezioni ospedaliere; sono in corso quelle relative ai centri di diabetologia e ai Sert.

¹³ Cfr Relazione del gruppo di coordinamento del Tribunale per i diritti del malato al Congresso di Cittadinanzattiva m, Roccella Jonica, 26 ottobre 2006.. <http://www.cittadinanzattiva.it/files/iniziative/congresso%202006/Risultati%20TDM.doc>

¹⁴ Cfr, Cittadinanzattiva – Cittadini e servizi sanitari- Relazione annuale del Pit Salute 2004/2005, a cura di T. Aceti, C. Berliri, S.A. Inglese, G. Mannella, S. Nardi, M. Vitale. <http://www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/rapporti/Relazione%20PiT%202006%20def.pdf>

risorse, informazioni, procedure e comportamenti codificati condiviso e praticato da tutti i soggetti coinvolti. Questo problema, che richiederebbe una attenzione pari a quello dei vincoli di bilancio, invece, è stato finora sistematicamente trascurato.

La relazione del Tribunale per i diritti del malato al recente Congresso di Cittadinanzattiva¹⁵ in questo contesto ha enucleato tre questioni: la frammentazione del servizio sanitario, le difficoltà di accesso e la scarsa qualità della informazione e della comunicazione. Questo capitolo intende contribuire all'approfondimento di questi temi sulla base dei dati presentati nel capitolo precedente, dedicato come d'uso, alla illustrazione delle tavole di benchmarking. Altri focus saranno dedicati ai temi emergenti della medicina del dolore e della domiciliarità.

2. Uno sguardo d'insieme: la mappa dei giudizi.

L'analisi dei dati ha permesso l'emissione di 43 giudizi, da pessimo a ottimo (il giudizio indica la corrispondenza del valore dell'IAS – indice di adeguatezza agli standard - ad una delle cinque fasce definite nella nota introduttiva del secondo capitolo e non una valutazione di merito), con la distribuzione indicata nella tab. 2.

Come si può notare, un terzo circa dei giudizi si assesta sui valori inferiori (da pessimo a discreto). Il peggiore (come nel 2004) riguarda la comunicazione fra i medici curanti nel livello del poliambulatorio (ma bisogna considerare che sono stati presi in considerazione due soli indicatori). E' più interessante rilevare che i giudizi critici riguardano prevalentemente l'area dei rapporti concreti fra i soggetti identificata nel paragrafo precedente e cioè il rispetto dell'identità/personalizzazione delle cure (tutti i livelli), le relazioni sociali, la gestione del dolore e l'assistenza alla persona negli ospedali, il supporto ai malati e alle famiglie nei distretti, gli istituti di partecipazione e le altre forme di partecipazione alla governance sanitaria dei cittadini. Colpisce anche il fatto che nei Sert/Csm, dove si incontrano i soggetti fragili, la tutela dei diritti sia scadente e l'informazione appena discreta.

Va decisamente meglio l'organizzazione dell'accesso, nel senso che bene o male comincia ad esistere una organizzazione riconoscibile, ma – per motivi del tutto tecnici - non sono compresi nel calcolo dell'IAS le liste d'attesa ed altri

¹⁵ Cfr nota 1.

indicatori che saranno discussi nel paragrafo successivo. Sono decisamente in miglioramento, in tutti i livelli tranne i Csm e i Sert, l'informazione, la comunicazione, l'educazione e la tutela di diritti. Forse dopo tanta insistenza si sta cominciando a capire che questi aspetti sono parte integrante della qualità del servizio e non semplici accessori, ma su questo si tornerà comunque più avanti. Miglioramenti e buoni risultati si rilevano anche per il supporto ai malati e alle famiglie - ma solo nei luoghi in cui le condizioni di debolezza si palesano in modo più evidente come gli ospedali, i Csm e i Sert - e per le malattie croniche e l'oncologia.

Su valori sempre positivi i fattori più "tecnici", vale a dire il Comfort, la gestione del rischio professionale e la sicurezza delle strutture e degli impianti.

3. Un sistema in lento movimento.

La mappa dei giudizi mostra dodici situazioni in miglioramento rispetto ai valori del 2004 e tre con propensione al miglioramento. Cinque giudizi invece richiamano l'attenzione sulle possibilità di peggioramento delle politiche aziendali di gestione del rischio, dell'assistenza ospedaliera per quanto riguarda l'accesso e la gestione del dolore e del comfort delle strutture territoriali. I valori degli IAS restano nella stessa fascia del 2004 ma il trend complessivo, dal 2001 ad oggi, è incerto.

Il sistema quindi sembra in movimento ma la velocità è ancora ridotta. Per comprendere meglio questa affermazione è utile un confronto con le conclusioni del rapporto del 2003. In quella sede venivano segnalate tre aree problematiche.

La prima riguardava le **omissioni**, e cioè le azioni realizzate dalla stragrande maggioranza delle aziende e ostinatamente ignorate soltanto da poche aziende. La seconda le **pietre di inciampo**, e cioè le prassi elementari e non costose, spesso stabilite per legge, che rimangono inattuata nella maggior parte delle aziende. La terza le **buone pratiche**, vale a dire gli interventi sviluppati da una piccola percentuale di aziende sanitarie in forza di una particolare "sensibilità" a determinati problemi, suscettibili di generalizzazione. A tre anni di distanza dalla prima segnalazione si deve constatare una situazione sostanzialmente invariata.

Per quanto riguarda le **omissioni** ancora oggi si trovano aziende in cui:

- manca un numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico (2 su 25);
- non c'è il sito web aziendale (2 su 25);

Tab. 2 Mappa dei giudizi

Fattore/livello di applicazione	Giudizio	Trend
Accesso alle prestazioni sanitarie		
Livello aziendale	Ottimo	=
Assistenza Ospedaliera	Buono	=/-
Distretti	Buono	=/+
Poliambulatori	Buono	=
Sert/Csm	Buono	=
Rispetto dell'identità/Personalizzazione delle cure		
Assistenza Ospedaliera	Discreto	=
Sert/Csm	Discreto	=
Relazioni sociali		
Assistenza Ospedaliera	Discreto	=
Informazione, comunicazione, educazione		
Assistenza Ospedaliera	Buono	+
Distretti	Buono	+
Poliambulatori	Buono	+
Sert/Csm	Discreto	+
Assistenza alla persona		
Assistenza Ospedaliera	Discreto	+
Comfort prestazioni alberghiere		
Assistenza Ospedaliera	Buono	=
Distretti	Buono	=/-
Poliambulatori	Buono	=/-
Sert/Csm	Buono	=
Supporto ai degenti e alle famiglie		
Assistenza Ospedaliera	Ottimo	+
Distretti	Scadente	=
Sert/Csm (un solo indicatore)	Ottimo	n.r.
Documentazione sanitaria e comunicazione fra i medici curanti		
Assistenza Ospedaliera	Discreto	=
Poliambulatori (due soli indicatori)	Pessimo	=
Sert/Csm (un solo indicatore)	Discreto	n.r.
Tutela dei diritti		
Livello aziendale	Buono	=
Assistenza Ospedaliera	Buono	=
Distretti	Buono	+
Poliambulatori	Buono	+
Sert/Csm	Scadente	=

Segue tab. 2 Mappa dei giudizi

Programmi di miglioramento della qualità		
Assistenza Ospedaliera	Buono	+
Poliambulatori	Scadente	=
Sert/Csm	Buono	+
Gestione del rischio clinico		
Livello aziendale	Buono	=/-
Assistenza Ospedaliera	Ottimo	=/+
Sicurezza delle strutture e degli impianti		
Livello aziendale	Ottimo	=
Assistenza Ospedaliera	Buono	=/+
Distretti	Buono	+
Poliambulatori	Ottimo	+
Sert/Csm	Buono	=
Malattie croniche e oncologia		
Livello aziendale – aziende ospedaliere	Ottimo	+
Livello aziendale – aziende sanitarie locali	Buono	=
Gestione del dolore		
Livello aziendale	Buono	+
Assistenza Ospedaliera	Scadente	=/-
Istituti di partecipazione		
Livello aziendale	Discreto	=
Altre forme di partecipazione		
Livello aziendale	Discreto	=/+

- è impossibile prenotare visite ed esami diagnostici attraverso un Centro Unico di Prenotazione CUP (2 su 23);
- mancano sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (2 su 23);
- non esiste il servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale dell'ospedale (1 su 23);
- nell'atrio principale dei poliambulatori, non esiste un prospetto riassuntivo dei servizi presenti (3 su 15);
- mancano depliant informativi sui servizi e sui diritti all'interno dei poliambulatori (8 su 15);
- non c'è la cartellonistica stradale esterna che indica la ubicazione delle strutture sanitarie (1 ospedale su 34, 2 distretti su 17, 1 poliambulatorio su 15, 3 Sert o Csm su 13);
- sono assenti i bagni per disabili nei poliambulatori (8 su 15);
- non vengono analizzati in alcun modo i reclami ricevuti dall'Ufficio per i rapporti con il pubblico (2 su 24);
- non è stata insediata la Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere (2 su 23);
- mancano del tutto le strutture erogatrici di cure palliative (1 su 18);
- non sono stati stipulati protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (6 su 25).

Solo due omissioni sembrerebbero del tutto rimosse e cioè: l'istituzione dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico e la possibilità di fare scendere gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale dell'ospedale.

Nessuna delle **pietre di inciampo** segnalate è stata eliminata, mentre la rilevazione 2005/2006 conferma ritardi in ordine a:

- la dotazione, all'interno degli ospedali, di tutti gli sportelli per prenotazione di visite ed esami con sistemi di controllo e regolamentazione delle file (presente solo in 10 aziende su 23);
- la distribuzione della cena ai degenti dopo le 19 (solo in 7 aziende su 23);
- l'apertura giornaliera ai visitatori nei giorni feriali per più di 6 ore (solo in 5 su 23)
- il rispetto della privacy dei malati terminali e dei loro familiari, riservando una stanza (solo 4 aziende su 23);
- la presenza di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura (solo 6 aziende su 25);

- la presenza in tutti i reparti ospedalieri di cartelli con i nominativi e le qualifiche dei medici (solo in 5 aziende su 23 mentre in 2 casi sono sempre assenti!);
- la presenza di un opuscolo con le prestazioni offerte all'ingresso dei poliambulatori sul territorio (soltanto in 9 casi su 15);
- la disponibilità al momento dell'ingresso delle strutture sanitarie di documenti o avvisi sulle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (solo in 3 ospedali su 24).

Le **buone prassi**, se sono veramente tali, e cioè se sono replicabili, dovrebbero diffondersi con una qualche velocità in tutto il sistema. La rilevazione 2005/2006 porta a ritenere che ciò stia avvenendo soltanto nell'ambito della gestione del rischio clinico dove 11 aziende su 25 hanno adottato una forma di registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella; 10 su 25 hanno prodotto una mappa del rischio clinico, 13 su 25 hanno predisposto un piano per la gestione del rischio clinico. Altri elementi positivi riguardano la diffusione delle procedure per il raccordo con i servizi sociali del comune (solo un'azienda ne è sprovvista) e la lenta diffusione della consuetudine di comunicare ai ricoverati il nome del medico di riferimento. Restano invece pratiche minoritarie:

- l'introduzione del sistema qualità ISO 9000 o Vision 2000 in uno o più servizi del presidio sanitario (solo 9 e 3 poliambulatori);
- lo svolgimento, negli ultimi tre anni, di iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle UO ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore (solo 5 aziende);
- lo svolgimento di corsi di formazione per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore in assistenza domiciliare (10 aziende su 18);
- la consultazioni periodica (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini da parte di responsabili della Azienda Sanitaria (4 aziende su 25);
- l'inserimento nei capitolati d'appalto di norme che prevedono il controllo degli utenti sulla qualità dei servizi forniti (6 aziende su 25).

Se si considera che, nella maggior parte dei casi, i provvedimenti richiesti hanno costi nulli o del tutto contenuti è legittimo concludere che il sistema è certamente in movimento, ma è ancora molto lontano dalla capacità di adeguarsi con la dovuta rapidità agli standard che la legislazione o il comune sentire hanno ormai definito con molta precisione.

4. La frammentazione del servizio sanitario nazionale

Basta un rapido sguardo agli istogrammi del secondo capitolo per cogliere la misura della difformità con cui i servizi sanitari si presentano ai cittadini. Solo in 5/6 casi¹⁶ si trova una situazione ragionevolmente “compatta” e cioè con tutte le aziende attestata su valori non troppo difformi. Nelle altre situazioni il passaggio da una azienda all’altra (ma anche da un servizio all’altro) può significare una radicale modifica del regime di tutela dei diritti e di erogazione delle prestazioni.

Il rapporto 2005 sulle politiche della cronicità¹⁷ conferma una ampia variabilità delle politiche regionali, come dimostra emblematicamente la seguente tabella:

Tab.3 Tassi standardizzati di ospedalizzazione medi annui per Asma e complicanze a lungo termine per diabete, con età > 18 anni per regione (tasso x 1000 ab.)

Regioni	Tasso std Asma	Tasso std Diabete
Piemonte	0,15	0,38
Valle d’Aosta	0,12	0,31
Lombardia	0,25	0,44
Bolzano	0,36	0,59
Trento	0,18	0,60
Veneto	0,22	0,43
Friuli Venezia Giulia	0,18	0,39
Liguria	0,28	0,34
Emilia Romagna	0,19	0,36
Toscana	0,21	0,33
Umbria	0,28	0,33
Marche	0,18	0,22
Lazio	0,23	0,54
Abruzzo	0,28	0,56
Molise	0,33	0,74
Campania	0,30	0,76
Puglia	0,34	1,01
Basilicata	0,36	0,86
Calabria	0,39	0,81
Sicilia	0,29	0,94
Sardegna	0,46	0,41
Italia	0,25	0,54

¹⁶ Nei fattori relativi all’accesso, al supporto ai degenti e alle famiglie, alla informazione logistica e sanitaria, alla sicurezza delle strutture e degli impianti, alle malattie croniche e all’oncologia e per ognuno di questi limitatamente ad un solo livello di applicazione.

¹⁷ Cittadinanzattiva, Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici - VI rapporto 2005 sulle politiche della cronicità – A cura di Simona Sappia con la collaborazione dei responsabili di 30 associazioni di malati cronici.

<http://www.cittadinanzattiva.it/files/cronicita/VI%20rapporto%20cronicita.pdf>

La sensibile differenza dei tassi di ospedalizzazione mette in evidenza il diverso livello di presenza e di adeguatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici.

I regimi di erogazione delle prestazioni non variano soltanto da regione a regione ma anche da azienda e azienda come ha dimostrato una ricognizione analitica sulla realtà piemontese¹⁸ e come confermano i primi dati delle applicazioni regionali dell’Audit civico.

E’ interessante rilevare come alle diversità dei regimi di erogazione delle prestazioni si associno regimi altrettanto variabili di partecipazione civica e di tutela dei diritti. Si può partecipare regolarmente alle attività dei Comitati consultivi misti, ma anche non essere mai consultati (10 aziende), si può essere attori delle verifiche della qualità delle forniture (6 aziende) ma anche non avere alcun controllo di collaborazione con le aziende (6 aziende). In dieci aziende si può partecipare alla gestione dei conflitti nelle Commissioni miste conciliative ma nella metà dei luoghi visitati non sono indicate le modalità da utilizzare per sporgere un reclamo.

In una situazione in cui il modo di rapportarsi con i cittadini sembra essere, in qualunque campo di azione, determinato più dalla buona o cattiva volontà dei responsabili che da norme riconoscibili e verificabili, si rischia di perdere l’idea stessa del diritto e di legalità del servizio.

5. Le difficoltà di accesso.

I dati raccolti sembrano dimostrare che - nonostante le omissioni denunciate nel secondo paragrafo - si stiano finalmente radicando alcune misure preliminari alla buona riuscita di qualunque politica di agevolazione degli accessi. Ad esempio:

- l’assenza del Cup è ormai una rarità, aumenta il numero delle agende di prenotazione conferite e si stanno sviluppando i Cup sovraziendali;
- il 92% delle aziende dispone di un sito web e mette a disposizione un numero telefonico per l’informazione al pubblico;

¹⁸ Cittadinanzattiva del Piemonte – Primo rapporto sullo stato di attuazione della Carta regionale dei diritti del cittadino malato – a cura di Giuseppe Paletto, 2005.

- in tutti gli ospedali visitati è possibile far scendere i malati con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale ed esistono parcheggi riservati ai disabili.

Gli effetti concreti di questa sensibilità sono ancora modesti. In tre ospedali e in cinque poliambulatori, nonostante il divieto, è **ancora vigente la prassi di bloccare le prenotazioni**. Permangono **tempi di attesa non accettabili** in particolare per le prestazioni di diagnostica per immagini e anche, in alcuni casi, per le urgenze.

Tab. 4 - Tempi di attesa di alcune prestazioni diagnostiche negli ospedali che differenziano l'accesso in rapporto alla gravità e all'urgenza (gg.)

	max	media	min
Ecodoppler cardiaco			
urgente	17	5	0
non urgente	164	67	6
ECG dopo sforzo			
urgente	14	4	0
non urgente	240	72	4
Ecografia addominale			
urgente	36	5	0
non urgente	255	77	5
Mammografia			
urgente	36	4	0
non urgente	370	74	3
Gastroscopia			
urgente	48	6	0
non urgente	154	28	5
Colonscopia			
urgente	21	3	0
non urgente	160	39	4
TAC total body			
urgente	41	3	0
non urgente	133	39	3
RMN total body			
urgente	11	2	0
non urgente	130	39	1

Fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. Rapporto Audit civico 2005

Tab. 5 - Tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche presso i poliambulatori (gg.)

	max	media	min
Ecodoppler cardiaco			
urgente	16	6	0
non urgente	152	60	7
Ecografia addominale			
urgente	15	3	0
non urgente	100	70	30
Mammografia			
urgente	1	0	0
non urgente	88	34	7
Visita cardiologica			
urgente	14	2	0
non urgente	113	46	6

Fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. Rapporto Audit civico 2005

Il confronto con i tempi di attesa in regime intramoenia marca una sensibile differenza che i cittadini stentano a comprendere.

Tab. 6 - Tempi di attesa di alcune prestazioni diagnostiche in regime intramoenia(gg.)

	max	media	min
Ecodoppler cardiaco	40	7	1
ECG dopo sforzo	20	4	2
Ecografia addominale	60	10	2
Mammografia	120	16	1
Gastroscopia	60	6	1
Colonscopia	20	6	3
TAC total body	40	7	0
RMN total body	30	3	3

Fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. Rapporto Audit civico 2005

Permangono anche situazioni critiche relative ai Servizi per le tossicodipendenze e nei centri di salute mentale dove meno della metà dei centri garantisce la reperibilità durante il week end e sulle 24 ore per i casi urgenti ed è collegato a strutture diurne.

Sembra migliore la situazione nel livello delle cure primarie dove, per esempio, le Asl si impegnano - nella maggior parte dei casi - ad attivare i programmi di Assistenza domiciliare entro 10 giorni, consegnando anche gli ausili e i presidi necessari. Molto spesso questo impegno è formalizzato anche nelle carte dei servizi. Una recente ricognizione sui servizi di Adi, però, ha messo in evidenza casi non trascurabili di mancato rispetto degli standard dichiarati¹⁹. Sono pervenuti alle famiglie dopo oltre 30 giorni dall'inizio della assistenza il 7% dei materassi antidecubito, il 13% dei cuscini antidecubito, il 12% delle carrozzine e il 5% dei farmaci indispensabili.

In conclusione, accedere al servizio sanitario può - ancora e troppo spesso - essere una avventura poco piacevole, come dimostrano le storie pubblicate nel rapporto annuale del Pit Salute.²⁰

6. La comunicazione.

Il progresso più vistoso registrato da questo ciclo di applicazione dell'Audit civico riguarda il fattore relativo alla informazione logistica e sanitaria, alla comunicazione e alla educazione che per la prima volta colleziona il giudizio "buono" in tutti i livelli, esclusi i Sert e Csm, che comunque passano da "scadente" a "discreto":

- è migliorata la segnaletica esterna, presente in tutti gli ospedali e assente soltanto in due distretti e un poliambulatorio;
- si sta diffondendo la produzione e la diffusione di opuscoli informativi sui servizi, sulla prevenzione, sui diritti e sui regolamenti;
- nel 92% dei servizi di pronto soccorso è prevista la comunicazione dei criteri di attribuzione delle priorità.

¹⁹ Cittadinanzattiva – Primo rapporto sull'assistenza domiciliare integrata – Roma 2006 – A cura di Francesca Goffi, Francesca Moccia, Maria Teresa Palma, Simona Sappia e Alessio Terzi.
http://www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/rapporti/Rapporto_adi.pdf

²⁰ Cfr, Cittadinanzattiva – Cittadini e servizi sanitari – cit.

Anche in questo caso la buona notizia riguarda più il fatto che il problema sta finalmente riscuotendo la dovuta attenzione più che gli effetti pratici. Se si guarda agli indicatori che riguardano le azioni tese a favorire la attivazione del cittadino le cose vanno meno bene.

- solo in un quarto delle aziende si trovano documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi alla libera scelta del luogo di cura;
- ancora più ridotta la presenza di documenti o avvisi sulle modalità per comunicare commenti, suggerimenti o reclami;
- solo nel 40% delle realtà osservate esiste un servizio di consulenza telefonica ai familiari dei malati oncologici in assistenza domiciliare.

Colpisce in modo particolare un dato messo in evidenza dal Rapporto sull'Adi, e cioè lo scarto esistente fra le dichiarazioni dell'azienda sulle caratteristiche del servizio e sulle effettive conoscenze accertate in proposito presso gli utenti. Ad esempio secondo il 70% delle aziende è prevista la consulenza specialistica al domicilio ma solo nel 17% dei casi le famiglie confermano il dato.

Una situazione analoga è stata riscontrata nella ricognizione sulla terapia del dolore. E' un dato di fatto, del resto, che ancora oggi un quarto circa delle persone che si mette in contatto con il Tribunale per i diritti del malato è alla ricerca di informazioni²¹. Anche l'esito pratico delle procedure di consenso informato conferma una grave difficoltà di comunicazione reale che coinvolge gli stessi professionisti (ad esempio in meno della metà dei Sert e dei Csm esistono procedure per favorire il raccordo con i medici di medicina generale e solo in una azienda i referti possono essere consultati tramite web).

E' lecito sperare che l'aumento dell'attenzione generale permetta di portare a soluzione anche questo tipo di problemi, più volte segnalati. Occorre però maturare un superiore livello di consapevolezza in merito a due questioni. La prima è che, in un servizio come quello sanitario, la comunicazione incide sugli esiti finali con un peso del tutto paragonabile a quello delle dotazioni tecniche e della preparazione dei professionisti. La seconda è che, proprio per questo, bisogna attivare processi pluridirezionali con la partecipazione attiva di tutti i soggetti e non un semplice flusso di informazioni top down o, peggio ancora, una mera cura di immagine.

²¹ Cfr, Cittadinanzattiva – Cittadini e servizi sanitari – cit.

7. La terapia del dolore.

Le posizioni che, in un passato anche recente, si opponevano alla medicina del dolore in nome di pregiudizi o di sistemi valoriali che attribuivano un significato educativo alla sofferenza sono ormai ampiamente minoritarie. Anche in questo caso si registra una evidente contraddizione fra una sensibilità generale e l'effettiva priorità attribuita al tema nella vita quotidiana dei servizi.

La sensibilità generale è documentata dall'interesse del Ministero che nel 2001 ha avviato la campagna "Ospedale senza dolore" e dal recente disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 19 ottobre 2006. Per parte propria Cittadinanzattiva ha promosso la campagna "Aboliamo i dolori forzati" e, nel 2005, ha proposto una Carta dei diritti contro il dolore inutile²².

I dati di questo ciclo di Audit civico confermano una maggiore attenzione delle direzioni aziendali (il giudizio passa da "discreto" a "buono"):

- il 95% delle aziende dichiara di avere uno o più servizi di cure palliative/terapia del dolore,
- l'85% segnala l'utilizzo di linee guida per il controllo del dolore, nell'ambito dei propri servizi.

Resta "scadente" viceversa il giudizio rivolto agli ospedali (e cioè nei luoghi in cui l'attenzione dovrebbe produrre risultati concreti):

- solo il 10% degli ospedali garantisce la valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati;
- solo il 14% degli ospedali visitati aveva elaborato linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire una adeguata informazione ai pazienti sulla terapia del dolore.

La una recente specifica ricognizione inoltre ha rilevato che solo il 54,5% degli ospedali aveva costituito il Comitato "Ospedale senza dolore" previsto dalle linee guida del 24 maggio 2001²³ e che è ancora rara la registrazione del dolore nella cartella clinica.

²² Cittadinanzattiva.- Contro il dolore inutile- Report sul rispetto della Carta dei diritti - a cura di Francesca Goffi, Mariateresa Palma e Alessio Terzi.

http://www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/attivita/dolori_forzati/rapporto_dolore.pdf

²³ vedi nota precedente.

tab. 7 Registrazione sistematica del dolore in cartella clinica (% strutture)

chirurgia	51,5
medicina	27,3
cardiologia	27,3
oncologia	18,2
rianimazione	18,2
ortopedia	18,2
pediatria	15,1
ostetricia	15,1

Secondo la stessa ricognizione e' scadente anche la situazione dei servizi nel territorio:

- una percentuale non trascurabile di medici di medicina generale è risultato sprovvisto del ricettario²⁴;
- le farmacie si impegnano a garantire una veloce reperibilità del farmaco a richiesta ma, per motivi di sicurezza, non li tengono in deposito; nella norma ciò è sufficiente, ma i cittadini segnalano rischi di interruzione della fornitura nel fine settimana o in situazioni di emergenza.

Anche i dati della gestione del dolore mettono in evidenza un'area di problemi poco governata, dove la discrezione degli operatori, di fatto, conta di più delle disposizioni di legge e delle raccomandazioni.

8. Le cure primarie

Il patto per la salute e le enunciazioni dell'ultima generazione di Piani sanitari regionali dedicano uno spazio inedito alla organizzazione delle cure primarie, prevedendo l'istituzione di centri o gruppi di coordinamento dei professionisti in grado di far fronte ad una domanda crescente di servizi territoriali. Sommando le indicazioni contenute in documenti di varia natura (linee guida, capitoli di piano, raccomandazioni finali di congressi, ecc.), dovrebbero fare capo a questa area:

- le attività di prevenzione;
- la cura e la tutela dei soggetti fragili;
- la diagnosi precoce delle malattie croniche;

²⁴ l'art. 7 del ddl 19/10/96, fortunatamente, prevede un'ulteriore semplificazione nelle procedure per la prescrizione dei farmaci oppiacei.

- il sostegno ai malati cronici per la gestione delle rispettive patologie, compresi trattamenti come la dialisi peritoneale;
- l'assistenza domiciliare generale e oncologica, comprese le cure palliative e la terapia del dolore;
- l'organizzazione degli accessi;
- il trattamento delle urgenze del tipo "codice bianco" in alternativa al pronto soccorso;
- altro ancora.

In larga parte si tratta di processi inevitabili, in quanto gli ospedali sono intrinsecamente inadatti alla gestione della maggior parte di queste funzioni. Per conseguenza si dovrebbe trasferire nell'area delle cure primarie una parte cospicua, se non maggioritaria, della spesa pubblica. E' un processo auspicato da tempo e potenzialmente molto positivo. Proprio per questo sembra necessario esplicitare una serie di preoccupazioni generate dalla presenza di elementi di debolezza che potrebbero avere conseguenze molto gravi.

L'Audit civico produce a questo proposito informazioni parziali ma comunque significative. In primo luogo, è facile constatare che i giudizi peggiori riguardano esattamente la comunicazione fra i medici curanti e cioè la connessione fra medicina generale e medicina specialistica.

Il supporto ai malati e alle famiglie nel livello dei distretti risulta scadente:

- in 10 aziende non è disponibile un servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei malati oncologici in assistenza domiciliare;
- in 7 aziende manca qualunque forma di assistenza psicologica per gli assistiti e per le loro famiglie.

Le possibilità di sviluppo dell'area delle cure primarie fanno capo a due presupposti fondamentali. Il primo è la disponibilità dei medici di famiglia a collaborare in forma organizzata. Il panorama riscontrato a questo proposito è quanto mai variabile. Si passa da percentuali di adesione alle forme associative previste dal contratto del tutto risibili (anche meno del 5%) a consensi cospicui (circa l'80%) ma ancora lontani dalla totalità. Il secondo riguarda la capacità dei malati e delle loro famiglie di cooperare attivamente al regime di cura. La ricognizione sull'Adi fornisce alcuni dati utili per comprendere meglio il problema.

Gli utenti attuali hanno un livello di istruzione alquanto basso (il 58% non ha più della licenza elementare). Il livello del familiare assistente è più elevato ma il 50% si ferma ancora al disotto della licenza media. Questo dato che limita la possibilità di interazione a distanza però è destinato a cambiare radicalmente nei prossimi anni. Per quanto riguarda le famiglie è evidente la difficoltà (destinata ad aumentare) di mettere direttamente a disposizione il cosiddetto “care giver” e il 23% è costretto a ricorrere ad una badante. Un secondo ordine di problemi nasce dalla necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento connessa con l’aumento dei costi generali, come documentano le tabelle seguenti.

Tab. 8 Costi dell’assistenza Spese sanitarie	% di cittadini che ha dovuto acquistare	0-50€	50-100€	100- 150€	>150 €	cifra max segnalata
Farmaci	31,0	11,0	12,4	4,8	9,0	1080 €
Integratori alimentari	7,9	40,5	8,1	10,8	5,4	200 €
Materiale sanitario (siringhe, garze, pompe, pannoloni, sacchetti per le urine, cateteri, etc.)	12,8	23,3	11,7	3,3	5	900 €
Attrezzature medicali	5,6	19,2	11,5	3,8	23,1	1500 €
Badante	22,9	0	0	2,8	54,2	1500 €
Infermiere	4,3	15,0	10,0	5,0	30,0	400 €
Fisioterapista	7,1	13,0	3,0	9,1	51,5	480 €
Psicologo	0					
Nutrizionista	0					
Altro	8,6	25,0	17,5	7,5	35,0	1100 €

Come si vede chiaramente, lo sforzo economico richiesto alle famiglie è, nella sua globalità, davvero ingente. Balza agli occhi che quasi un terzo delle famiglie (31%) ha dovuto acquistare di tasca propria farmaci necessari per l’assistenza e ben il 22,9% ha fatto ricorso ad una badante per l’assistenza al paziente.

Oltre alle spese strettamente legate all’assistenza, le famiglie devono sostenere una serie di costi aggiuntivi notevoli, fra cui spiccano, in particolare, quelli dei consumi telefonici ed energetici.

Tab. 9 Altri costi per l'assistenza	% di cittadini che ha avuto costi extra	cifra max segnalata
Costi telefonici	15,2	180 €
Costi per gli spostamenti (auto, taxi, mezzi pubblici, ambulanza)	10,4	250 €
Consumi energetici (gas, luce, riscaldamento, energia elettrica)	15,2	200 €
Altro	6,8	2500 €

E' del tutto evidente, quindi che lo sviluppo delle cure primarie non può essere ridotto ad un semplice adattamento organizzativo ma richiede la costruzione di un sistema articolato e flessibile, nel quale i cittadini non sono semplici utenti ma attori principali a pieno titolo.

CAPITOLO QUARTO

Un aggiornamento sul bilancio degli esiti dell'Audit civico

1. Premessa

La diffusione dell'Audit civico, documentata nel primo capitolo, è stata accompagnata da un'ampia gamma di interpretazioni. Alcune interpretazioni hanno raggiunto un elevato grado di strutturazione e possono essere messe a disposizione come paradigmi operativi, utili per tutti coloro che intendono sviluppare in modo efficace le potenzialità della metodologia.

L'analisi delle applicazioni locali conferma che, come era già stato rilevato nei rapporti precedenti, l'Audit civico interagisce significativamente con alcuni processi significativi di governance sanitaria, e cioè la costruzione di un ambiente di comunicazione sulla qualità, la strutturazione della partecipazione civica, la valutazione delle politiche sanitarie e il miglioramento della qualità.

Nel corso delle riunioni di benchmarking svolte nel 2006, è stato chiesto ai partecipanti di valutare la metodologia (indicatori, strumenti tecnici, procedure) e il suo impatto sulla realtà. I risultati saranno impiegati per l'aggiornamento tecnico dei prossimi cicli applicativi ma offrono elementi utili anche per questo bilancio.

2. L'ambiente dell'Audit civico

Le successive applicazioni nazionali a regionali hanno ormai coinvolto circa 1000 persone fra operatori sanitari e cittadini attivi. Si può dire quindi che esiste un "ambiente" dell'Audit civico all'interno del quale sta emergendo una sorta di **gruppo dirigente**, costituito da un insieme di persone interessato non soltanto alle specifiche applicazioni della metodologia ma anche al suo sviluppo disciplinare e al suo efficace inserimento nei processi di partecipazione, valutazione, progettazione e decisione.

Tale gruppo è formato:

- sul versante degli interlocutori, da responsabili della qualità e degli Uffici per le relazioni con il pubblico, ma anche da altri professionisti

particolarmente attenti al rapporto con i cittadini, dai responsabili e da operatori delle Agenzie regionali per i servizi sanitari che hanno avviato i programmi regionali;

- sul versante dei promotori, dai componenti della équipe nazionale, dai rappresentanti di AstraZeneca e da vari responsabili locali di Cittadinanzattiva, capaci di interpretare ad alto livello le informazioni prodotte e di attivare nuovi processi di interlocuzione e di miglioramento.

Una stima prudentiale della consistenza quantitativa del gruppo dirigente porta a ritenere che esso comprenda, al momento attuale, un centinaio di persone. Le manifestazioni evidenti dell'esistenza di questo gruppo sono state tutte particolarmente significative ai fini dello sviluppo della metodologia. Basti pensare al **Tavolo nazionale di progettazione**, al gruppo nazionale e al gruppo emiliano romagnolo che hanno contribuito alla **revisione degli indicatori** nel corso dell'ultimo anno, alle **“cabine di regia”** che coordinano la progettazione e la realizzazione dei programmi regionali.

Una funzione di grande rilievo è svolta dai **gruppi regionali di coordinamento** - costituiti, o in corso di insediamento, in Emilia Romagna, Puglia, Abruzzo, Lazio e Friuli Venezia Giulia – che comprendono gli esponenti civici e aziendali delle équipes locali, i rappresentanti delle Agenzie regionali e di Cittadinanzattiva, e svolgono la funzione di elaborare e condividere gli indirizzi applicativi (coordinamento con gli altri sistemi di valutazione, piani di comunicazione, reclutamento delle équipes locali, criteri di formazione dei progetti locali, ecc.) Tali gruppi sono le sedi in cui si sta migliorando e arricchendo l'impianto procedurale dell'Audit civico ma sono anche luoghi in cui si diffondono le buone pratiche, si condivide l'analisi delle aree critiche e si formano orientamenti sulle azioni correttive.

Il sondaggio svolto nell'ambito delle riunioni di benchmarking ha rilevato una valutazione ampiamente positiva degli intervistati²⁵ in ordine alla capacità dell'Audit civico di rappresentare efficacemente il punto di vista dei cittadini e di incidere sulle politiche aziendali. Le persone consultate sottolineano l'esistenza di discreti margini di miglioramento da utilizzare per migliorare l'incisività della metodologia.

²⁵ Circa un terzo esprime il giudizio “molto” nei diversi items, circa i due terzi “abbastanza”, per meno del 5% le valutazioni critiche o negative.

3. Uno strumento al servizio della partecipazione civica.

L'Audit civico è stato progettato come strumento di partecipazione dei cittadini, ciononostante un terzo circa dei partecipanti al sondaggio, condotto nel corso del benchmarking, non ha indicato fra le potenzialità dell'Audit civico quella di essere una nuova forma di partecipazione. E' importante quindi fare una verifica a questo proposito sulla base delle esperienze realizzate.

I gruppi regionali di coordinamento, già operativi in Emilia Romagna e in Puglia, hanno messo a punto un percorso strutturato di partecipazione legato all'esistenza dei Comitati consultivi misti. Le linee guida elaborate forniscono specifiche indicazioni per la definizione dei rapporti con i Comitati consultivi misti, per il piano di comunicazione e di convocazione dei cittadini interessati, per la costituzione delle équipes miste, per la formazione dei partecipanti, per la conduzione delle operazioni sul campo e per le azioni finali. Gli esiti (per ora verificabili soltanto in Emilia Romagna) sono ampiamente positivi: hanno partecipato ai lavori delle équipes insieme ai rappresentanti locali di Cittadinanzattiva e del Tribunale per i diritti del malato, studenti universitari, esponenti dell'associazionismo e del volontariato, operatori volontari ma anche semplici cittadini.

Nel programma nazionale Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato continua ad essere la rete di riferimento per la partecipazione ma la collaborazione di altre realtà dell'attivismo civico spesso è rilevante. Alcune esperienze si sono sviluppate anche senza questo supporto. A L'Aquila, nel 2002, la valutazione è stata condotta da giovani con il sostegno di una associazione di malati cronici; ad Aosta, nel 2003, l'équipe civica era costituita da un gruppo di insegnanti che hanno condotto il monitoraggio sul territorio con i propri allievi e da esponenti di una associazione di volontariato con il sostegno del difensore civico regionale. I

In varie situazioni, **l'Audit civico ha rivitalizzato il sistema Carta dei servizi/Conferenze dei servizi istituito dal Dpcm del maggio 1995.** A Trento la ridefinizione della Carta dei servizi è stata accompagnata da un importante processo di partecipazione, dalla promozione di forme di valutazione condivisa dei processi assistenziali e tecnico amministrativa e da un progetto di coinvolgimento sistematico del volontariato nella definizione di politiche di

miglioramento²⁶. In altre realtà (fra cui l'Asl 1 di Torino, l'Azienda Ospedaliera Oirm Sant'Anna, le Asl di Siracusa e Caltanissetta) la discussione del rapporto locale è stata parte integrante della convocazione e della realizzazione delle Conferenze dei servizi.

E' interessante notare come **le équipes locali tendano ad assumere un ruolo, per così dire, istituzionale e permanente**. La costituzione delle équipes apre nuovi spazi di partecipazione e nuovi cittadini attivi si affiancano ai soggetti tradizionalmente impegnati nella tutela dei diritti del malato..

In una parte consistente dei casi, le équipes non si limitano a rilevare i dati ma producono i verbali di valutazione e tendono ad attivare il classico ciclo permanente del miglioramento continuo (monitoraggio, individuazione delle aree critiche e della azioni di miglioramento, verifica della messa in atto delle azioni e degli esiti, nuovo monitoraggio e così via), coinvolgendo via via tutta l'azienda. Il fatto che in 31 aziende siano stati già realizzati, o almeno previsti, due cicli di applicazione lo conferma.

La presentazione pubblica e la discussione degli esiti della valutazione civica, infine, spesso è stata l'occasione per rendere trasparenti e verificabili gli impegni di miglioramento e per aprire nuovi spazi di collaborazione fra i cittadini e le aziende sanitarie. A Nuoro, Lucca, Legnago e alle Molinette di Torino, la discussione dei dati dell'Audit civico è stata la base di veri e propri **chek-up aziendali**. In questi casi gli esiti sono stati trattati in termini estremamente analitici individuando con estrema puntualità gli indicatori che non rispettavano gli standard previsti, indicando per ognuno di essi la possibile azione correttiva, verificando successivamente gli esiti ottenuti e le cause di mancata attuazione. E' giudizio comune dei cittadini e dei rappresentanti delle aziende che i risultati compensino ampiamente l'impegno richiesto dal rigoroso rispetto della procedura.

I riscontri esposti sono certamente positivi ma probabilmente è ancora vero che tutte le attività descritte restano in un ambito, per così dire specializzato, e stentano a raggiungere i cittadini comuni. La riserva rilevata dal sondaggio quindi aiuta a focalizzare questo problema e ad aprire un nuovo campo di riflessione.

²⁶ Cfr. A. Passerini e C. Corposanto "La costruzione partecipata della Carta dei servizi – L'esperienza della Apss di Trento" – Franco Angeli 2004

4. Uno strumento per la valutazione e la comparazione.

Il 90% delle persone consultate nel sondaggio ritiene che l’Audit civico aiuti ad **individuare aree critiche precedentemente trascurate**, se non altro per il fatto che nei momenti in cui si prendono determinate decisioni gli operatori possono fare valere i propri legittimi interessi, mentre il punto di vista del cittadino non viene rappresentato.

L’adozione di criteri unificati (e la conseguente possibilità di realizzare il benchmarking) e l’ormai ampia diffusione permettono di cogliere quali sono le caratteristiche – positive e negative dal punto di vista dei cittadini - ricorrenti del sistema e, per converso, quali sono i meriti o i demeriti specifici dell’azienda. Ha acquistato progressivamente rilevanza la **“griglia di lettura”** che ha permesso di individuare tre gruppi di indicatori che hanno in comune il dato di essere presenti in non più del 25% delle aziende sanitarie partecipanti ai diversi cicli di Audit civico, ma che si differenziano profondamente fra di loro per quanto riguarda il significato. Questi sono le **pietre d’inciampo**, le **buone pratiche** e le **omissioni**, su cui si è fatto il punto nel paragrafo precedente e su cui conviene fare ancora alcune considerazioni.

4.1. Le “pietre d’inciampo”

Le “pietre d’inciampo” sono costituite da elementi alquanto eterogenei fra di loro, la cui scarsa diffusione presso le aziende sanitarie pone seri problemi. In molti casi si tratta di provvedimenti apparentemente semplici, come la disponibilità di documenti o avvisi relativi al diritto alle prestazioni offerte dell’azienda, alla libera scelta del luogo di cura, alle cure domiciliari, ai nominativi dei professionisti presenti e alla prevenzione delle malattie. In altri casi, il cambiamento organizzativo e culturale richiesto è più rilevante come l’impegno a garantire stanze di degenza riservate per i malati terminali e per le loro famiglie.

Per quanto riguarda i provvedimenti più semplici, esiste certamente una sottovalutazione da parte delle culture professionali, in ordine alla loro rilevanza. E’ il caso appunto dell’assenza di elementari strumenti informativi. Comunicare ai cittadini quali sono le prestazioni erogate, i professionisti che operano in una determinata struttura, i diritti di cui sono titolari, le misure di prevenzione primaria e secondaria non è un adempimento accessorio. A ben vedere, infatti, le informazioni omesse dalla grande maggioranza delle aziende sanitarie,

relativamente agli esempi sopra descritti, interferiscono negativamente almeno su tre aspetti importanti:

- la **scelta libera e consapevole dei cittadini** delle strutture a cui rivolgersi, che favorisce una positiva e “regolata” concorrenza tra le strutture erogatrici;
- la **trasparenza che la Pubblica Amministrazione** dovrebbe garantire circa i nomi e i ruoli di coloro che hanno, in questo caso come Servizio Sanitario Nazionale, una precisa responsabilità nei confronti dei cittadini;
- un **uso consapevole e appropriato delle risorse** che il SSN mette a disposizione di tutti i cittadini, responsabilità di coloro che operano. E’ un atto elementare che la Pubblica Amministrazione è tenuta ad effettuare nei confronti dei cittadini.

Semplici o complesse che siano, non è possibile lasciare le questioni in gioco nel limbo delle decisioni rinviate ad un momento “più opportuno”. Alcuni segni di miglioramento sono già stati segnalati nel capitolo precedente (in particolare il progresso del fattore relativo alla informazione logistica e sanitaria) ma resta necessario **definire, una volta per tutte, la rilevanza e le priorità che esse devono assumere nelle politiche aziendali.**

4.2. Le “buone pratiche”

Le buone pratiche si riferiscono essenzialmente all’instaurazione di prassi volte a eliminare o almeno alleviare le sofferenze e i gravi disagi causati, ai malati e alle loro famiglie, dall’insorgere di particolari patologie o, più in generale, a migliorare la qualità dei processi sanitari.

E’ giusto riconoscere una particolare sensibilità a chi si è impegnato in questo senso, superando pregiudizi che confinano nell’ambito delle questioni poco importanti o praticamente irrisolvibili la possibilità di supportare i degenti e le famiglie (in caso di morte dei loro cari, di necessità di carattere economico, di trasferimento in strutture per lungodegenti o RSA, dimissioni protette) con procedure e servizi adeguati o, più semplicemente, di verificare il grado di soddisfazione degli utenti.

Non si può però accettare che azioni di questo genere restino confinate – come sta avvenendo - in permanenza nell’ambito delle buone prassi, soprattutto quando riguardano aspetti cruciali per la vita dei pazienti come la terapia del

dolore. Nei cinque anni di applicazione dell’Audit civico l’unico caso significativo di passaggio dalla buona prassi ad una diffusione ragionevolmente sistematica, riguarda l’adozione di procedure per la prevenzione dei rischi nella pratica medica e assistenziale ed è legittimo chiedersi, con qualche malizia, se ciò non sia dovuto al forte incremento dei premi assicurativi.

4.3. Le “omissioni”

E’ compresa in questo gruppo una serie, ancora troppo lunga, di indicatori che rivelano il fatto che, nel servizio sanitario italiano, è ancora possibile sottrarsi ad adempimenti fondamentali, senza incorrere in sanzioni. Il fatto che possano ancora esistere aziende senza un Centro unificato di prenotazione, altre che omettono qualunque atto di prevenzione delle piaghe da decubito, altre ancora che non curano la presenza di un minimo di dotazioni nei gabinetti, non può più essere imputato a disfunzioni di sistema ma chiama direttamente in causa la capacità o la buona volontà dei dirigenti.

Nessuna, fra le aziende che hanno partecipato all’Audit civico, presenta contemporaneamente tutte le omissioni, ma il solo fatto che alcune di esse possano essere constatate nell’ambito di aziende che hanno testimoniato la propria volontà di miglioramento, aderendo all’iniziativa, deve indurre una seria riflessione.

Queste considerazioni, come, le precedenti rimandano soprattutto alla necessità di un sostanziale adeguamento nelle procedure di valutazione dell’operato dei direttori generali ma anche dei dirigenti. Le legittime e dovute incentivazioni per il raggiungimento di determinati obiettivi devono esser accompagnate, necessariamente, da una gamma di provvedimenti (di cui la rimozione è l’ultimo gradino) che sanzionino con equilibrio e severità trascuratezze, ritardi e, appunto, omissioni.

5. Uno strumento per il miglioramento.

L’Audit civico, come dimostra la rilevazione analitica sugli esiti realizzata in diciannove aziende²⁷, ha indotto azioni di cambiamento (talvolta già durante il

²⁷ Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Aziende ospedaliere di Caserta, Policlinico di Palermo, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Azienda Ospedali riuniti di Bergamo, Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, Istituto tumori di Genova,

corso dell'esecuzione) e ha sostenuto progetti di miglioramento già in atto. La formulazione dei quesiti generali e la definizione degli indicatori, suggeriscono, volutamente, priorità e standard, e favoriscono, quindi, la definizione delle azioni correttive. Il motore vero, però, è dato dal fatto che quando le aziende e le organizzazioni dei cittadini si accordano per fare un Audit civico hanno già deciso di impegnarsi insieme per produrre miglioramenti.

Per valutare gli effetti operativi dell'Audit civico è stato richiesto alle èquipe locali di indicare analiticamente:

- le aree critiche prese in considerazione, in termini operativi, a conclusione dell'Audit civico;
- le relative azioni correttive, indicando per ognuna di esse lo stato di avanzamento cioè se l'azione stessa era stata:
 - a) quanto meno individuata,
 - b) definita e decisa,
 - c) attuata o almeno concretamente iniziata,
- se l'azione poteva correttamente essere considerata come un risultato dell'Audit civico o se invece discendeva da altre politiche aziendali già in atto;
- il livello di pertinenza, vale a dire l'idoneità a risolvere i problemi considerati, di ogni azione.

I risultati sono esposti nella tabella 10. Nelle 19 aziende sono state prese complessivamente in considerazione 327 aree critiche:

- 78 aree critiche fanno capo ai fattori classificati come “buoni” nel rapporto conclusivo del 2001, vale a dire il comfort, l'accesso alle prestazioni e la sicurezza delle strutture e degli impianti;
- 29 sono comprese nei fattori definiti “in movimento”, cioè la sicurezza nella pratica medica e assistenziale, la medicina del dolore;
- 90 riguardano la cosiddetta “zona grigia”, che comprende le malattie croniche e oncologiche, il supporti ai degenti e alle loro famiglie, l'assistenza alla persona, la documentazione sanitaria e la comunicazione fra i medici curanti, gli istituti di partecipazione previsti dalle leggi e le altre forme di partecipazione;

Policlinico di Tor Vergata, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Nuoro, Latina, Legnago , Lucca, Salerno, Napoli 2, Piacenza, Torino 1 e Torino 4, Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento.

- 130 si riferiscono ai fattori definiti “cattivi”, che comprendono l’informazione logistica e sanitaria, il rispetto dell’identità e le relazioni sociali, la tutela dei diritti e i programmi di miglioramento della qualità.

L’attenzione prevalente verso le ultime due categorie potrebbe essere considerata, con molta cautela, una conferma dell’impatto dell’Audit civico. E’ facile rilevare, per esempio, che anno dopo anno, l’informazione logistica e sanitaria è passata dai fattori “cattivi” (dove viene ancora collocata per mantenere la comparazione con la situazione iniziale dell’Audit) al primo gruppo.

La “reattività” nelle 19 aziende esaminate è alquanto differenziata. In undici casi può essere considerata ottima per la qualità e la tempestività delle azioni correttive poste in atto (talvolta avviate mentre l’Audit era ancora in corso, in particolare a Nuoro), in tre casi, probabilmente per effetto di cambi nella direzione dell’azienda, è stata mediocre, in cinque casi l’impatto è stato alquanto scadente (poche azioni correttive hanno superato la fase dello studio). Secondo i partecipanti al sondaggio, l’attivazione del ciclo locale di Audit civico è stata seguita con molto interesse da due terzi delle direzioni generali e sanitarie e degli Urp, passando ai responsabili delle unità operative e degli uffici qualità il livello di attenzione scende al 40%.

Le azioni di miglioramento rilevate sono, nel 75% dei casi, una conseguenza diretta dell’Audit civico e per la parte restante la facilitazione di interventi già previsti. La tipologia è decisamente varia, si registrano infatti:

- **interventi sulle strutture:** istituzione di un reparto di oncologia, apertura di un bar, avvio della realizzazione di uno spaccio interno, realizzazione di bagni per disabili in tre ospedali, adeguamenti del comfort, realizzazione di nuove strutture presso l’Ospedale San Vito, installazione di un ecodoppler ecc;
- **adeguamenti organizzativi:** sono stati aperti due Cup e un sistema di prenotazione telefonica, un terzo Cup è stato posto allo studio, è stato istituito un triage, è stato attivato un servizio di assistenza domiciliare per malati oncologici, sono stati distribuiti telefoni mobili, è stato adeguato l’orario di visita ai ricoverati in due ospedali, è stata adottata la prassi di dare appuntamenti differenziati per le visite ambulatoriali, sono finalmente state affisse le planimetrie del piano di evacuazione anche nei distretti e altro ancora;

- **avvio di progetti** con l'istituzione di gruppi di miglioramento su vari temi o con la **produzione di linee guida** (di cui una relativa alle procedure di sicurezza in sala operatoria) , in tre aziende sono stati avviati progetti di risk management, in una è stato istituito un osservatorio medico legale. ;
- **avvio di azioni di adeguamento della gestione del dolore**, a Lucca la discussione degli indicatori negativi è stata l'occasione per ridefinire completamente l'azione della azienda, in altri casi sono stati attuati interventi di formazione (a Napoli/2 anche per medici di famiglia), e sono state predisposte linee guida;
- **realizzazione** (o avvio) **di azioni informative**: un punto di informazione nell'atrio, cartellonistica esterna o di reparto, opuscoli informativi, definizione di punti per la raccolta dei reclami e altro. A Nuoro la revisione dell'informazione logistica e sanitaria ha portato alla elaborazione del **concetto dei livelli essenziali di comunicazione**, da garantire ai cittadini utenti nelle diverse fasi del loro rapporto con l'azienda sanitaria
- **attivazione** presso quattro aziende di un **servizio di mediazione culturale**;
- **implementazione della comunicazione mediante sito web** con la costituzione di un nuovo sito e con l'ampliamento, in altre aziende, delle possibilità di interazione, ad esempio con la possibilità di consultare direttamente i referti medici;
- **integrazione degli istituti di partecipazione** con l'istituzione di un Comitato etico, di un Comitato misto consultivo, di una Commissione mista conciliativa e sono state avviate procedure di consultazione periodica delle organizzazioni civiche e protocolli di intesa;
- **avvio di programmi di miglioramento**, con la redazione della terza sezione della Carta dei servizi e realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti;
- a Legnago l'**introduzione del registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria** ha portato ad una riorganizzazione delle modalità di accesso, da una gestione medico dipendente ad un a gestione equipe dipendente con effetti benefici sulle liste di attesa.

Le azioni che prevedono un ruolo attivo dei cittadini sono circa 42, una quantità significativa ma ancora ridotta rispetto alle opportunità esistenti. L'aggiornamento della rilevazione sugli effetti autorizza un giudizio complessivamente positivo sull'efficacia dell'Audit civico anche se le sue potenzialità sono state finora utilizzate in misura decisamente ridotta.

Tabella 10: Quadro sintetico degli esiti operativi del primo ciclo sperimentale.

Fattori	Aree critiche considerate	Azioni			Connessione		Livello di pertinenza	
		Individuate	Decise	Attuate	Si	No	Alto	Basso
Accesso alle prestazioni sanitarie	40	11	8	17	27	10	21	3
Rispetto dell'identità del malato	27	10	6	9	15	7	12	6
Relazioni sociali	18	6	2	5	5	4	5	1
Informazione logistica e sanitaria	47	12	15	19	27	2	20	4
Assistenza alla persona	15	6	4	4	9	3	3	1

Segue tab. 10	Aree critiche considerate	Azioni			Connessione		Livello di pertinenza	
		Individuate	Decise	Attuate	Si	No	Alto	Basso
Comfort e prestazioni alberghiere	27	12	2	10	9	9	13	5
Supporto ai degenti e alle loro famiglie	10	3	2	2	4	2	2	2
Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti	14	8	2	1	7	2	5	2
Tutela dei diritti	20	4	3	7	9	4	10	3
Programmi di miglioramento della qualità	18	2	4	10	11	4	11	3
Gestione del rischio clinico	14	3	1	9	12	1	11	1

Segue tab. 10	Aree critiche considerate	Azioni			Connessione		Livello di pertinenza	
		Individuate	Decise	Attuate	Si	No	Alto	Basso
Sicurezza delle strutture e degli impianti	11	3	1	6	9	2	8	1
Malattie croniche e oncologia	9	3	1	4	7	1	5	1
Gestione del dolore	15	2	3	9	8	4	12	1
Istituti di partecipazione degli utenti nel ssn previsti dalla legislazione vigente	24	10	4	9	18	4	13	3
Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda sanitaria	18	6	1	10	9	3	9	3
Totali	320	99	59	130	186	61	160	41

CAPITOLO QUINTO

Conclusioni

Al termine del rapporto del 2004 si era registrata una “sorta di **“anarchia” del sistema** nel senso che, al di là di rare situazioni di eccellenza, esistono aziende che perseguono con sistematicità alcuni obiettivi e ne trascurano altri e aziende che hanno un comportamento del tutto opposto. Le motivazioni delle scelte restano ignote perché nessuno ritiene di doverle motivare e i governi regionali non chiedono spiegazioni”. Questa considerazione conserva intatta la sua attualità e il Manifesto della cittadinanza attiva per una nuova classe dirigente ²⁸ assume **la riunificazione del servizio sanitario nazionale** come politica prioritaria contro la frammentazione del servizio segnalata dai cittadini e analizzata nel terzo capitolo.

Un recente studio comparato sulle aziende che hanno praticato i programmi di benchmarking e su quelle che sono entrati nei diversi cataloghi delle buone pratiche²⁹ ha rilevato che i due universi hanno una consistenza analoga (con un numero di aziende pari a circa i 2/3 del totale) e sono ampiamente sovrapponibili. Il confronto con altre osservazioni simili porta ad avanzare l’ipotesi che una parte maggioritaria del servizio sanitario sia in movimento (anche se con evidenti difetti di guida) ed una parte minoritaria ma comunque consistente sia alquanto inerte. Se le cose stanno effettivamente così, è evidente che il sistema risultante è sostanzialmente opaco e difficilmente controllabile. Le conseguenze, anche in termini di controllo della spesa sono evidenti.

La relazione del Tribunale per i diritti del malato al Congresso di Cittadinanzattiva³⁰ indica la **costruzione di un regime di governo dei rapporti fra cittadini e servizi sanitari** come strategia prioritaria e indispensabile per il superamento della situazione in atto.

Il problema infatti non può essere risolto per legge ma con una azione informata di guida capace di valorizzare le tante energie positive, di allontanare i renitenti e gli incapaci e di definire obiettivi praticabili. Sembra fondamentale a questo proposito un **recupero della legalità**. In senso stretto questo significa individuare ed eliminare i troppi fenomeni di corruzione che si annidano nel

²⁸ http://www.cittadinanzattiva.it/files/iniziative/manifesto_cittadinanza_attiva.pdf

²⁹ G. Banchieri – relazione introduttiva al Seminario sul Progetto di Osservatorio sulle buone pratiche in sanità - Congresso Siquas, Assisi, 15 novembre 2006.

³⁰ <http://www.cittadinanzattiva.it/files/iniziative/congresso%202006/Risultati%20TDM.doc>

sistema sanitario. In senso più ampio si tratta di riportare la tutela dei diritti sanciti dalla costituzione e dalle leggi al centro dell'azione delle aziende sanitarie. Una parte assolutamente consistente delle carenze rilevate dall'Audit civico sono, a tutti gli effetti, inadempienze nei confronti di indirizzi, linee guida e spesso anche vere e proprie disposizioni di legge. Ritardi e omissioni, solitamente vengono giustificati con la ristrettezza delle risorse economiche. In realtà questa è quasi sempre una giustificazione di comodo e comunque non è pensabile il perdurare indefinito di una situazione in cui gli stessi governanti da una parte definiscono impegni e diritti e dall'altra li contraddicono.

E' del tutto evidente che in questo contesto la partecipazione dei cittadini deve essere considerata una risorsa indispensabile. Gli effetti dell'Audit civico documentati nel quarto capitolo, permettono di comprendere quale sia il valore potenziale di una strategia informata e sistematicamente perseguita. Le banche dati del Forum PA e di Cittadinanzattiva confluite nell'Osservatorio sulle Buone pratiche propongono una serie straordinaria di esperienze vincenti. Il rapporto sulle politiche della cronicità propone altre esperienze generalizzabili.

Si dovrebbe pensare di spendere questo patrimonio nell'ambito di tre scenari di estrema attualità.

Uno scenario è necessariamente il **controllo generale del sistema sanitario** con un lavoro articolato in due direzioni. La prima direzione è, in un certo senso alquanto ovvia, e si riferisce alla costruzione di **un sistema permanente e condiviso di monitoraggio**. La diffusione dell'Audit civico testimonia anche l'esistenza di una sensibilità diffusa a questo proposito e può favorire anche la connessione delle diverse procedure di valutazione oggi in uso.

La seconda direzione è legata alla necessità di **porre rimedio alla frammentazione più volte descritta**. Le considerazioni già svolte mettono in evidenza che il problema, sempre di più, non è quello di inventare qualcosa di nuovo ma è, più semplicemente, quello di diffondere e rendere cogenti le soluzioni vincenti. Gli strumenti principali a questo proposito sono le politiche di accreditamento e di valutazione. Le rimozioni, i commissariamenti e le sospensioni, ovviamente, devono essere riservati ai casi più gravi e, probabilmente, conviene sviluppare forme di affiancamento. Ritardi e omissioni nelle politiche di adeguamento alle norme, di facilitazione dell'accesso, di miglioramento della qualità, di tutela dei diritti, però, non devono trovare una sanzione adeguata.

Fare spazio ai cittadini, in questi ambiti, significa rompere l'autoreferenzialità che impedisce il pieno conseguimento dei fini già individuati dalle leggi. La valutazione civica, a questo proposito, potrebbe essere considerata non soltanto come fonte di dati, sia pure fondamentali, ma anche come percorso che permette ai cittadini di “imparare” l'organizzazione sanitaria e di partecipare autonomamente e consapevolmente ai comitati previsti dalle leggi e per sviluppare e controllare il governo di processi rilevanti per la qualità dei rapporti fra cittadini e servizi sanitari (infezioni ospedaliere, risk management, uso del sangue, ospedale senza dolore, commissioni miste conciliative, ecc). ma anche nelle sedi di valutazione dei direttori generali e dei dirigenti.

Il secondo scenario riguarda le **cure primarie**. E' ormai del tutto evidente che senza un loro sviluppo adeguato è impossibile tutelare diritti essenziali, migliorare la qualità delle prestazioni e contenere la spesa. Lo sviluppo delle cure primarie è fondato su fattori culturali, sociali, professionali e richiede una organizzazione leggera, nelle regioni del Sud queste caratteristiche potrebbe favorire recuperi sostanziali di qualità, di efficacia e di efficienza che la medicina ospedaliera potrebbe garantire soltanto con tempi molto più lunghi e con un grande volume di investimenti.

Nel terzo capitolo sono state illustrate alcune criticità di grande rilievo dal punto di vista dei cittadini. In questa sede si vuole ribadire che è urgente **scongiorare il rischio che lo sviluppo delle cure primarie possa essere ricondotto, come talvolta sembra, alla semplice riorganizzazione della medicina generale**. In quest'area, già oggi – e ancora di più in prospettiva – si gioca una parte maggioritaria della spesa sanitaria e non è pensabile procedere senza un coinvolgimento attivo dei cittadini già nelle prime fasi di progettazione. La stessa considerazione vale, forse a maggiore ragione, per la promozione della salute e degli stili di vita, che non può avvenire in forma paternalistica e/o autoritaria. **E' urgente quindi che a tutti i livelli le istituzioni e le rappresentanze professionali si aprano al confronto**.

Il terzo scenario è **l'attuazione del principio di sussidiarietà** stabilito dall'art. 118 u.c. della costituzione. Il network degli “Ospedali di Andrea”³¹ ha documentato come l'intervento sistematico dei genitori e delle loro organizzazioni sia stato strategico per la realizzazione di **un processo che ha radicalmente mutato i reparti di pediatria**. Nel 1980, i cittadini del neonato Tribunale per i diritti del malato entrarono in corsia per tagliare le cinghie di contenimento che legavano i bambini ai letti e i genitori potevano stare pochissime ore negli

³¹ www.age.it

ospedali. In almeno 2/3 delle unità operative la situazione è completamente diversa. Superate le prime diffidenze famiglie e operatori hanno lavorato insieme per raccogliere fondi, realizzare sperimentazioni di collaborazione con le scuole e con gli enti locali, acquistare giochi e attrezzature ma anche verificare e revisionare le procedure di assistenza, finanziare programmi di ricerca scientifica. Trascurare un simile precedente vincente, in un momento di scarsità di risorse, sarebbe un atto di irresponsabilità.

Appendice A: Aziende partecipanti all'Audit civico (2001 – 2006)

AUDIT CIVICO								
Azienda	Regione	Ciclo Nazionale						Ciclo Regionale
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	
ASR Aosta	Valle d'Aosta			x				
AO S.G. Battista Torino	Piemonte	x			x		x	
ASL 1 Torino	Piemonte	x			x			
ASL 3 Torino	Piemonte			x				
ASL 4 Torino	Piemonte		x					
ASL 6 Vercelli	Piemonte			x				
AO Regina Margherita-Sant Anna	Piemonte				x			
AO Ordine Mauriziano-Torino	Piemonte					x		
ASL 9 Ivrea	Piemonte					x		
ASL 7 Chivasso	Piemonte					x		
ASL 8 Chieri	Piemonte						x	
CTO-CFR Maria Adelaide	Piemonte						x	
ASL 4 Chiavarese	Liguria	x				x		
IRCCS Genova	Liguria				x			
AO Santa Corona Pietra Ligure	Liguria					x		
AO Bergamo	Lombardia			x				
AO Carlo Poma-Mantova	Lombardia			x				
AO Bolognini-Seriate	Lombardia				x			
ASL Cremona	Lombardia					x		
AO Circolo-Fondazione Macchi Varese	Lombardia						x	
ASL Varese	Lombardia						x	
AULSS 21 Legnago	Veneto	x			x			
ASL 13 Mirano/Dolo	Veneto			x				
ASL 6 Vicenza	Veneto			x				
ASL 14 Chioggia	Veneto				x			

AO Padova	Veneto						x	
ASL Trento	Provincia Autonoma Trento	x			x			
AO Universitaria Ospedali Riuniti Trieste	Friuli Venezia Giulia			x		x		x
ASL Triestina	Friuli Venezia Giulia							x
ASL Gorizia	Friuli Venezia Giulia							x
ASL Alto Friuli	Friuli Venezia Giulia							x
ASL Medio Friuli	Friuli Venezia Giulia			x				x
ASL Bassa Friulana	Friuli Venezia Giulia							x
ASL Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia				x			x
AO Udine	Friuli Venezia Giulia							x
AO Pordenone	Friuli Venezia Giulia							x
AUSL Modena	Emilia Romagna		x					x
AUSL Parma	Emilia Romagna	x						x
AUSL Cesena	Emilia Romagna			x				x
AUSL Ravenna	Emilia Romagna			x				x
AUSL Piacenza	Emilia Romagna			x				x
AUSL Reggio Emilia	Emilia Romagna							x
AUSL Ferrara	Emilia Romagna							x
AUSL Forlì	Emilia Romagna							x
AUSL Rimini	Emilia Romagna							x
AO Reggio Emilia	Emilia Romagna							x
AO Ferrara	Emilia Romagna							x
<i>Azienda Sanitaria Bologna Nord (ora con ASL Bologna)</i>	Emilia Romagna			x				
ASL 6 Livorno	Toscana	x				x		
AUSL 2 Lucca	Toscana			x	x			
ASL Prato	Toscana			x				
ASL 9 Grosseto	Toscana					x		
ASL 12 Viareggio	Toscana					x		
ASL 11 Empoli	Toscana						x	
AO Universitaria Policlinico S. Maria-Scotte	Toscana				x		x	

ASL 14 Foligno	Umbria		x					
ASUR 11 Fermo	Marche	x			x			
ASL 13 Ascoli Piceno	Marche			x				
ASUR 1 Pesaro	Marche					x		
ASUR 2 Urbino	Marche			x		x		
ASUR 3 Fano	Marche					x		
AO San Camillo-Forlanini Roma	Lazio				x			
AO Policlinico Tor Vergata	Lazio				x			
AO Policlinico Umberto I	Lazio					x		
ASL Latina	Lazio				x			
AUSL Frosinone	Lazio				x			
ASL Rm/F-Civitavecchia	Lazio					x		
ASL RM/A	Lazio							x
ASL RM/B	Lazio							x
ASL RM/C	Lazio							x
ASL RM/D	Lazio							x
ASL RM/E	Lazio							x
ASL RM/G	Lazio							x
ASL RM/H	Lazio							x
ASL Viterbo	Lazio				x			
ASL Rieti	Lazio							x
ASL 101 Avezzano-Sulmona	Abruzzo							x
ASL 102 Chieti	Abruzzo	x				x		x
ASL 103 Lanciano-Vasto	Abruzzo							x
ASL 104 L'Aquila	Abruzzo		x					x
ASL 105 Pescara	Abruzzo							x
ASL 106 Teramo	Abruzzo							x
ASL Campobasso	Molise		x					
ASL 1 Salerno	Campania	x			x			
ASL 1 Avellino-Ariano Irpino	Campania			x		x		
ASL Napoli/2-Pozzuoli	Campania				x	x		

ASL 1 Benevento	Campania				x			
ASL 2 Avellino	Campania						x	
ASL 5 Napoli	Campania						x	
AO San Sebastiano Caserta	Campania	x			x	x	x	
AO S. Giuseppe Moscati-Avellino	Campania			x				
AO Rummo-Benevento	Campania			x	x	x		
AO Universitaria Federico II-Napoli	Campania					x		
ASL B.A.T./1	Puglia							x
ASL Bari/2	Puglia							x
ASL Bari/3	Puglia							x
ASL Bari/4	Puglia							x
ASL Bari/5	Puglia							x
ASL 1 Taranto	Puglia							x
ASL 1 Lecce	Puglia				x			x
ASL 2 Lecce	Puglia			x	x			x
ASL 1 Brindisi	Puglia				x			x
ASL 2 Foggia	Puglia					x		x
ASL 1 Foggia	Puglia							x
AO Policlinico Bari	Puglia							x
ASO Perrino Brindisi	Puglia	x						
AO Ospedali Riuniti Foggia	Puglia							x
IRCCS De Bellis	Puglia							x
IRCCS Oncologico	Puglia							x
ASL 3 Foggia	Puglia							x
AUSL 5 Montalbano Jonico	Basilicata		x		x	x	x	
AUSL 3 Lagonegro	Basilicata					x	x	
AO S. Carlo Potenza	Basilicata				x	x	x	
AO Oncologico Rionero in Vulture	Basilicata				x			
AO Riuniti Reggio Calabria	Calabria		x					
ASL Crotone	Calabria					x		
ASL Rossano	Calabria						x	

AO S. Antonio Abate Trapani	Sicilia		x				x	
AO Policlinico Giaccone Palermo	Sicilia		x				x	
ARNAS Benefratelli-M. Ascoli Palermo	Sicilia			x				
AO S. Elia Caltanissetta	Sicilia				x		x	
AO Gravina-Caltagirone	Sicilia				x			
AO Umberto I Siracusa	Sicilia				x		x	
AO Vittorio Emanuele Catania	Sicilia				x		x	
AO Policlinico Catania	Sicilia				x			
ASL 2 Caltanissetta	Sicilia				x			
ASL 1 Agrigento	Sicilia				x			
ASL Siracusa	Sicilia		x					
ASL Catania	Sicilia		x					
AUSL 4 Enna	Sicilia				x		x	
ASL 3 Nuoro	Sardegna	x			x	x	x	
ASL 4 Lanusei	Sardegna				x	x	x	
AUSL 5 Oristano	Sardegna						x	
AO Brotzu Cagliari	Sardegna						x	

APPENDICE B

Elenco dei responsabili delle équipes aziendali e delle strutture sanitarie coinvolte nell’Audit Civico 2005-06

A.O. “Gaetano Rummo” BENEVENTO

Responsabile per l’Azienda: Marina Pinto

Equipe Aziendale: Patrizia Bovino, Natalina Cocco, Claudio Rucci

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Tiziana Pennino

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Rolando Di Bernardo, Tiziana Pennino, Gerarda Iorio, Pasquale Bizzarro.

Strutture visitate:

Ospedale “Gaetano Rummo”

A.S.L. 4 CHIAVARI (GE)

Responsabile per l’Azienda: Marina Parodi, Cristina Giordano

Equipe Aziendale: Valentina Sanguineti, Kathia Licciardi.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Anna Vittori

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Lorenza Giusto, Giuliana Domich, Renata Cardinali, Raimondo de Gortes.

Strutture visitate:

Ospedale Civile di Lavagna

Distretto di Sestri Levante

Distretto di Tigullio Orientale

Distretto di Tigullio Occidentale

Poliambulatorio di Cicagna

A.S.L. CHIETI

Responsabile per l’Azienda: Luigi Conga

Equipe Aziendale: Fernando Sanfrancesco

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Giuseppe Tatasciore

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Anna Maria Pipino, Vincenzo Camillotti

Strutture visitate:

Ospedale G. Bernabeo

Ospedale di Guardiagrele

Distretto di Ortona

Distretto di Guardiagrele
Poliambulatorio di Ortona
CSM di Ortona

A.S.L. 7 CHIVASSO (TO)

Responsabile per l'Azienda: Simonetta Valerio
Equipe Aziendale: Elena Vergnano, Chiara Zattarin
Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Giuseppe Paletto
Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Giulia Menchetti, Maria Ferrari

Strutture visitate:
Ospedale di Chiasso
Distretto di Chivasso
Poliambulatorio di Chivasso
CSM di Chivasso
Ser.T. di Chivasso

A.U.S.L. RM/F CIVITAVECCHIA

Responsabile per l'Azienda: Rita Caputo
Equipe Aziendale: Maria Elena Casula, Miranda Dianello, Leonella Sgriscia
Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Anna Radicioni
Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Gianfranco Bonomi, Spi Cgil Roma Nord, Avo Ladispoli, Avo Civitavecchia

Strutture visitate:
Presidio Ospedaliero "S. Paolo" di Civitavecchia
Distretto F/4 di Capena
Poliambulatorio di Ladispoli
Ser.T. di via Tiberina

A.S.L. CREMONA

Responsabile per l'Azienda: Bruna Masseroni
Equipe Aziendale: dott. Mannino, dott. Ebbli, dott. Castria, dott. Brugola, dott. Forzani, dott. Camisani, dott. Prete, dott.ssa Vecchi.
Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Andrea Manclossi
Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Emanuele Zerbini, Lorian Polì, Luciano Boari, Patrizia Bini, Giorgio Reali.

Strutture visitate:
Distretto di Cremona
Distretto di Crema

Distretto di Casalmaggiore
Sert di Cremona
Sert di Crema
Nucleo territoriale dipendenze di Casalmaggiore

A.S.L. 5 CROTONE

Responsabile per l'Azienda: Gaetano Caterina

Equipe Aziendale: Carmine Spadafora, Antonio Caputo

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Maria Teresa Li Gotti

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Franco Doppido, Bettina Monte, Marietta Rizzuto, Teresa Artese, Pasqualina Fabiano, Eugenio Labate, Saverio Alosa, Pina Alosa, Mara Spinelli, Anna Maria Gilberto, Romeo Riganello.

Strutture visitate:

Ospedale San Giovanni di Dio
Distretto Area Ionica n. 1
Poliambulatorio Cirò Marina
CSM Crotone
CSM Cirò Marina
CSM Mesoraca
CSM S. Giovanni in Fiore
Ser.T. Crotone

A.S.U.R. FANO (PU) – Zona Territoriale 3

Responsabile per l'Azienda: Tiziano Busca

Equipe Aziendale: dott. Nardella, Patrizia Gerboni.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Adriana Amello

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Serenella Santini, Edda Pasimeni, Giuseppe Alegi, Dino Droghetti, Alceo Bernabucci.

Strutture visitate:

Ospedale "Santa Croce"
Distretto di Fano
Poliambulatorio di Fano
CSM Servizio Territoriale

A.U.S.L. FOGGIA /2 – Cerignola (FG)

Responsabile per l'Azienda: Vincenza Rainone

Equipe Aziendale: Maria Raddato, Francesco Paolo Totaro, Carla Tufariello, Enrica Preziuso, Enrichetta Sciscio, Matteo Tattoli, Aldo Frontino, Giuseppe Totaro, Addolorata De Simone.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Raimondo Morra

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Antonio La Tosa, Angela Lucia La Tosa, Vincenza Santamaria, Eleonora Pellico, Rita Tomacelli, Giuseppe Colucci

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero “G. Tatarella”
Presidio Ospedaliero “San Camillo de Lellis”
R.S.A. “San Michele Arcangelo”
Distretto S.S.1 di Manfredonia
Distretto S.S.2 di Cerignola
Poliambulatorio di Cerignola
Poliambulatorio di Ortona Nova
Poliambulatorio di Manfredonia
CSM di Manfredonia
CSM di Cerignola
CSM di Ortona Nova
Sert di Manfredonia
Sert di Cerignola
Sert di Ortona Nova

A.S.L. 9 IVREA

Responsabile per l’Azienda: Franco Ripa

Equipe Aziendale: Maria Cristina Bosco, Gianni Caruso, Paola Rossetto.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Giuliana Bonino

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Carla Marasso, Maria Adele Cattaneo

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Ivrea
Presidio Ospedaliero di Cuornè
Presidio Ospedaliero di Castellamonte
Distretto di Ivrea
Distretto di Cuornè
Poliambulatorio di Ivrea
Poliambulatorio di Cuornè
CSM di Rivarolo
Sert di Ivrea
Sert di Rivarolo

A.U.S.L. 3 LAGONEGRO (PZ)

Responsabile per l’Azienda: Giuseppe Cascini

Equipe Aziendale: Gaetano Anania, Leonardo Valiante, Francesco Annunziata, Sergio Ebolese.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Salvatore Falabella

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Roberto Picardi, Francesco Tommaso Armenti, Giacomo Carluccio, Antonio Micele.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Lagonegro
Distretto di Senise
Poliambulatorio di Senise
Sert di Lagonegro

A.S.L. 4 LANUSEI (NU)

Responsabile per l'Azienda: Graziella Pintus, Teresa Camboni

Equipe Aziendale: Teresa Camboni

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Salvatore Porcu

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Salvatore Barraca, Rosaria Satta Aldo Lotto

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero N.S. della Mercede
Distretto di Lanusei
Poliambulatorio di Lanusei
Poliambulatorio di Jerzu
Poliambulatorio di Tortolì
CSM di Lanusei
CSM di Tortolì
Sert di Lanusei
Sert di Tortolì

A.S.L. 6 LIVORNO

Responsabile per l'Azienda: dott. Grillo

Equipe Aziendale

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Filippo Alberto La Marca

Equipe del Tribunale per i diritti del malato:

Strutture visitate:

Ospedali Riuniti di Livorno
CSM di Livorno-Frediani

A.S.L. 5 MONTALBANO JONICO (MT)

Responsabile per l'Azienda: Mariolina Malvasi

Equipe Aziendale: Francesca Picciani, Carmela Ciruzzi

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Maria Antonietta Tarsia

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Anna Maria Bruno, Livia Silvestri, Gianluca Ventruto, Fausta Orlando, Carmela De Palma, Rocco Maffei.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Stigliano
Distretto di Stigliano
Poliambulatorio di Stigliano
Psichiatria dell'Ospedale di Policoro

A.O. Universitaria “Federico II” NAPOLI

Responsabile per l’Azienda: Francesco Iannucci

Equipe Aziendale: Patrizio Fiore, Lidia Mancini, Maria Rosaria Russo, Aldo Cherillo, Francesco Iannucci, Sergio Maccarone, Raffaele Morrone, Pasquale Ottaiano, Olimpia Scielzo.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Salvatore Salatiello

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Maria Settambre

Strutture visitate:

Ospedale Universitario Federico II

A.S.L. 3 NUORO

Responsabile per l’Azienda: Franco Mariano Mulas

Equipe Aziendale: Mariangela Mameli, Franca Musuri, Homar Amjad, Greco

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Salvatore Porcu

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Irene Piredda, Vincenzo Bellizzi, Lurdes Marini, Mariella Tala, Vincenza Satta

Strutture visitate:

Ospedale San Francesco (Nuoro)
Ospedale Cesare Zonchello (Nuoro)
Ospedale San Camillo (Sorgono)
Distretto di Nuoro
Distretto di Siniscola
Distretto di Macomer
Distretto di Sorgono
Poliambulatorio di Nuoro
Poliambulatorio di Macomer
Poliambulatorio di Sorgono
Poliambulatorio di Siniscola
CSM di Nuoro
CSM di Macomer
CSM di Sorgono
CSM di Siniscola
Sert di Nuoro
Sert di Siniscola
Sert di Macomer

A.S.U.R. PESARO – Zona Territoriale 1

Responsabile per l’Azienda: Angelino Giudi

Equipe Aziendale: Tiziana Checchini, Elisa Massarini, Riccardo Cecchini.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Rosa Angela Mezzana

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Alfredo Anastasia, Gaetano Caranna, Michele Giua.

Strutture visitate:

Distretto di Pesaro

Poliambulatorio di Pesaro

CSM di Pesaro

Ser.T. di Pesaro

A.O. “Santa Corona” PIETRA LIGURE (SV)

Responsabile per l’Azienda: Angelo Interguglielmi

Equipe Aziendale: Daniela De Mattei

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Anna Vittori

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Antonella Butini, Euliana Basalia

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero Santo Corona

A.O. “San Carlo” POTENZA

Responsabile per l’Azienda: Michele Cannizzaro

Equipe Aziendale: Maria Teresa Guarino, Vito Pafundi, Angelo Bellettieri.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Rocco Nocera

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Merco Barbelli, Tiziana Caruso, Michele Colucci.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero San Carlo

A.S.L. NAPOLI/2 – POZZUOLI (NA)

Responsabile per l’Azienda: Rosa Dell’Aversana

Equipe Aziendale: Maria De Simone, Rosa Canestrini, Muto.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Carmine Senese

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Anna Maria Colaci, Bianca Bellizzi.

Strutture visitate:

Ospedale A. Rizzoli – Ischia

Ospedale Santa Maria delle Grazie – Pozzuoli
Ospedale San Giuliano – Giugliano
Distretto 56
Distretto 57
Distretto 58
Poliambulatorio di Ischia
Poliambulatorio di Procida
Poliambulatorio di Giugliano
CSM di Ischia
CSM di Pozzuoli
CSM di Giugliano
CSM di Mugnano

A.O. Policlinico “Umberto I” ROMA

Responsabile per l’Azienda: Sabrina Pulvirenti

Equipe Aziendale: Raffaele Gallo Curcio, Piero Bartolucci, Giovanni De Blasio, Antonella Di Francesco, Stefano Boileau, Susanna Sodo, Angela Carru, Nicoletta Peticchia, Claudia D’Andrea,.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Antonio Sorrenti

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Cristina Guidi

Strutture visitate:

Policlinico Umberto I

A.S.O. “Ordine Mauriziano” TORINO

Responsabile per l’Azienda: Paola Malvasio

Equipe Aziendale: G. De Filippis, M. Gionco, C. Boggio Gilot, M.C. Cestari, A. Andreoli, R. Marchese, F. Baggio, L. Pala.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Giuseppe Paletto

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: V. Riva, G. Strada.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero Mauriziano Umberto I di Torino

I.R.C.C.S. di Candiolo

A.O. Universitaria “Ospedali Riuniti” TRIESTE

Responsabile per l’Azienda: Franco Zigrino, Loredana Braico.

Equipe Aziendale: Gabriella Castellani, Franca Corda, Daniela Orel, Dario Sancin, Liviana Zaccaria, gruppo di studenti del Corso di Laurea in Farmacia

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Bruna Braida Silvestri

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Anna Gelletti, Anna Maria Tominz, Lory Gambassini, Paola Nodari, Rubina Menin

Strutture visitate:

Ospedale Cattinara
Ospedale Maggiore

A.S.U.R. URBINO – Zona Territoriale 2

Responsabile per l’Azienda: Salvatore Mascaro

Equipe Aziendale: Alessandro Bedini

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Elvira Moretti

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Rosa Angela Mezzene

Strutture visitate:

Ospedale Santa Maria della Misericordia
Distretto di Urbino
Poliambulatorio di Urbino
CSM Sede Territoriale
CSM Sede Ospedaliera
Ser.T. Urbino

A.U.S.L. 12 VIAREGGIO

Responsabile per l’Azienda: Rodolfo Borghetti

Equipe Aziendale: Grazia Luchini, Luciana Puosi, Concettina Martelli, Carla Selvaggio.

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Maria Borsacchi

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Cristina Parpinelli, Enrica Tealdi, Pierantonio Giammattei, Antonio Dettori

Strutture visitate:

Ospedale Versilia
Distretto di Tabarracci
Poliambulatorio Ospedale Versilia

APPENDICE C

Elenco degli indicatori utilizzati nell'Audit Civico

Per ogni indicatore è indicato lo strumento tecnico utilizzato e il numero della domanda

Codici degli strumenti tecnici

- **L1Q:** Livello 1, Questionario per direzione generale e la direzione sanitaria aziendale
- **L2Q:** Livello 2, Questionario per la direzione sanitaria di presidio ospedaliero
- **L2GMA:** Livello 2, Guida al monitoraggio modulo A (per l'osservazione delle parti comuni del presidio ospedaliero)
- **L2GMB:** Guida al monitoraggio modulo B livello 2 per l'osservazione delle U.O. di degenza del presidio ospedaliero
- **L3QA:** Livello 3 Questionario Cure primarie modulo A, per la direzione sanitaria di distretto
- **L3GMA:** Livello 3 Guida al monitoraggio Cure primarie modulo A, per la sede di distretto
- **L3QB:** Livello 3 Questionario Cure primarie modulo B, per la direzione sanitaria di distretto
- **L3GMB:** Livello 3 Guida al monitoraggio Cure primarie modulo B, per il poliambulatorio
- **L3QC:** Livello 3 Questionario Cure primarie modulo C, per la direzione sanitaria/ responsabile del servizio
- **L3GMC:** Livello 3 Guida al monitoraggio Cure primarie modulo C, per il Servizio Tossicodipendenze e il Centro di salute mentale

I° Componente

" Orientamento verso i cittadini"

1. Livello aziendale

1.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi L1Q1
(assenza/presenza)

Presenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico L1Q2
(assenza/presenza)

Presenza di sito web aziendale L1Q8
(assenza/presenza)

Presenza di un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) L1Q3
(assenza/presenza)

Numero addetti URP su numero ricoveri ordinari effettuati nell'anno (per AO) L1Q4.1.
(valore)

Numero addetti URP su popolazione residente (per ASL) L1Q4.2.
(valore)

Numero addetti URP al ricevimento reclami su totale addetti URP L1Q4.3.
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

1.2. Tutela dei diritti

Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nel 2004 L1Q 4.4.

Se non presente il termine nella Carta 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 2004 L1Q 4.5.
(valore)

Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) L1Q 5
(assenza/presenza)

Analisi dei reclami per esito L1Q 5.1
(assenza/presenza)

Adozione di provvedimenti in seguito analisi reclami L1Q 5.2.
(*assenza/presenza*)

Standard nella Carta dei Servizi L1Q 6
(*assenza/presenza*)

Controllo degli Standard (con il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini) L1Q 6.1
(*assenza/presenza*)

2. Livello Assistenza ospedaliera

2.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio L2GMA 1
(*assenza/presenza*)

Protocollo di accoglienza per coloro che si ricoverano L2Q 1
(*assenza/presenza*)

Prestazioni con prenotazione sospesa negli ultimi 30 gg L2Q 2
(*assenza/presenza*)

Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza L2GMA 15
(*valore*)

Tempi di attesa per esami diagnostici in regime intramoenia L2GMA 16
(*non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS*)

Tempi di attesa per interventi chirurgici in regime di ricovero ordinario/day surgery L2GMA 4-5
(*non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS*)

Definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti da un medico dell'ospedale L2Q6
(*assenza/presenza*)

Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale L2GMA 10
(*assenza/presenza*)

Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate in ospedale L2Q3
(*valore*)

Numero di ore di apertura del CUP al giorno L2GMA 12
(*non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS*)

Prenotazione telefonica tramite CUP L2GMA 11
(*assenza/presenza*)

Numero sportelli per prenotazione di visite ed esami dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file su totale sportelli per il pubblico L2GMA 13
(*valore*)

Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) L2GMA 14
(*assenza/presenza*)

Registro dei Ricoveri programmati presso Direzione Sanitaria o U.O. consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti L2Q 7
(*assenza/presenza*)

Procedura del triage al Pronto Soccorso L2GMA 17
(*assenza/presenza*)

Ingressi con barriere architettoniche L2GMA 18
(*assenza/presenza*)

Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale L2GMA 5
(*assenza/presenza*)

2.2 Rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati – Personalizzazione delle cure

Servizio di interpretariato L2Q 12
(*assenza/presenza*)

Servizio di mediazione culturale L2Q 13
(*assenza/presenza*)

Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata) L2Q 14
(*assenza/presenza*)

Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico L2Q 15
(*assenza/presenza*)

Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati L2Q 24
(*assenza/presenza*)

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. L2GMB 5
(*valore*)

Numero di unità operative in cui i degenti hanno la possibilità di vedere la televisione su numero totale di U.O. (U.O senza camere a pagamento) L2GMB 1
(valore)

Scelta tra due o più opzioni per il menù per i pazienti a dieta libera L2Q 11
(assenza/presenza)

Orario della distribuzione della colazione ai pazienti L2Q 8
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti L2Q 9
prima delle 12; dopo le 12

Orario della distribuzione della cena ai pazienti L2Q 10
prima delle 19; dopo le 19

Numero U.O. di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco su numero totale di U.O. di Pediatria L2GMB 2
(valore)

Numero U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore con posto letto su numero totale di U.O. di Pediatria L2GMB 4
(valore)

Numero U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore con accesso alla mensa su numero totale di U.O. di Pediatria L2GMB 4
(valore)

Numero U.O. di pediatria con arredi adatti all'età dei ricoverati L2GMB 3
(valore)

Attività scolastiche per bambini ospedalizzati per lunghi periodi L2Q 16
(assenza/presenza)

2.3. Relazioni sociali

Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali L2GMA 19
(valore)

Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi L2GMA 19
(valore)

Numero UO dotate di aree di socializzazione per i degenti su numero totale di U.O. di degenza L2GMB 6
(valore)

Numero UO in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento) su numero totale di U.O di degenza L2GMB 7
(valore)

2.4. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente L2GMA 8.1
(assenza/presenza)

Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti L2GMA 8.2
(assenza/presenza)

Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale L2GMA 6.2
(assenza/presenza)

Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi al diritto di libera scelta del luogo di cura L2GMA 8.3
(assenza/presenza)

Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria L2GMA 3
(assenza/presenza)

Cartellonistica esterna entrata principale L2GMA 4
(assenza/presenza)

Prospetto aggiornato delle specialità/figure professionali presenti nella struttura sanitaria (nell'atrio principale) L2GMA 6.1
(assenza/presenza)

Numero ascensori con indicazioni sulle U.O./servizi presenti a ogni piano su numero totale ascensori per il pubblico L2GMA 9
(valore)

Modulistica per il consenso per atti invasivi L2Q 17
(assenza/presenza)

Comunicazione criteri attribuzione codici di priorità triade L2GMA 17.1
(assenza/presenza)

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 L2GMB 8.1 e 8.2
(valore)

Numero di U.O. dove è presente un cartello con l'orario della giornata su numero totale di U.O. di degenza L2GMB 8.3
(valore)

Numero di U.O. dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale su numero totale di U.O. di degenza L2GMB 8.4
(valore)

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 L2GMB 9.1
il nome del coordinatore infermieristico della U.O. L2GMB 9.2
gli orari della giornata L2GMB 9.3
l'orario di ricevimento del personale L2GMB 9.4
(valore)

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 L2GMB 10.1
(valore)

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 L2GMB 10.2
(valore)

2.5. Assistenza alla persona - rapporti degenti/operatori sanitari

Linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito L2Q 18
(assenza/presenza)

Numero di soggetti colpiti da piaghe da decubito dal secondo grado in su durante il ricovero su numero pazienti nell'anno L2Q 19
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero di posti letto attrezzati con dispositivi per la prevenzione delle piaghe da decubito su numero posti letto (di reparti di medicina generale, lungodegenza, geriatria) L2Q 20
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Regolamento su badanti e infermieri a pagamento L2Q 21
(assenza/presenza)

Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età > 75 anni L2GMB 11.4
(valore)

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 L2GMB 11.4.2
(valore)

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 L2GMB 11.4.1
(valore)

Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi tre anni L1Q7
(*assenza/presenza*)

2.6. Comfort - Prestazioni alberghiere

Bar L2GMA 20.1
(*assenza/presenza*)

Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona L2GMA 20.2
(*assenza/presenza*)

Possibilità di usufruire di un barbiere e di un parrucchiere (operante a tempo pieno o a orario fisso nel presidio o a chiamata) L2GMA 21
(*assenza/presenza*)

Possibilità di comprare riviste e giornali L2GMA 22
(*assenza/presenza*)

Bancomat (o sportello bancario) L2GMA 20.3
(*assenza/presenza*)

Parcheggio interno per il pubblico L2GMA 2.2
(*assenza/presenza*)

Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale L2GMA 2.1
(*assenza/presenza*)

Parcheggio interno con posti riservati a disabili L2GMA 2.3
(*assenza/presenza*)

Elementi decorativi nelle parti interne comuni (quadri, piante ingresso ospedale) L2GMA7.2
(*assenza/presenza*)

Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso L2GMA 23
(*assenza/presenza*)

Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso L2GMA 23
(*assenza/presenza*)

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande L2GMA 25.1
(*valore*)

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita L2GMA 25.2
(*valore*)

Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale L2GMA 7.1

(assenza/presenza)

Numero di U.O. che utilizzano il carrello scaldavivande su totale U.O. di degenza L2GMB 13
(valore)

Numero U.O. che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere) su totale U.O. di degenza L2GMB 14
(valore)

Numero di U.O. con “angolo” mensa” per i pazienti che possono alzarsi L2GMB 15
(valore)

Numero posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza su numero totale di posti letto L2Q 22
(valore)

Numero gabinetti per degenti L2Q 23
(valore)

Sala di attesa con posti a sedere (Pronto Soccorso) L2GMA 23
(assenza/presenza)

Bagno per il pubblico (Pronto Soccorso) L2GMA 23
(assenza/presenza)

Gabinetto per disabili (Pronto Soccorso) L2GMA 23
(assenza/presenza)

Telefono pubblico (Pronto Soccorso) L2GMA 23
(assenza/presenza)

Numero ambulatori dotati di sala d’attesa con posti a sedere su totale ambulatori L2GMA 24
(valore)

Numero ambulatori dotati di bagni per il pubblico localizzati in prossimità del locale L2GMA 26
(valore)

Numero ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale L2GMA 27
(valore)

Numero dei bagni degli ambulatori dotati di: L2GMA 28
specchio
mensola
contenitori portarifiuti

Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di: L2GMA 29
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 L2GMB 16
(valore)

Numero di UO con gabinetti per disabili L2GMB 17
(valore)

Numero di UO con bagni dotati di L2GMB 18
specchio
mensola
contenitori portarifiuti
(valore)

Numero di UO con gabinetti dotati di L2GMB 19
tavoletta
scopino
campanello di allarme
possibilità di chiusura o sistema per indicare che è occupato o libero
(valore)

(Nella parti comuni dell'ospedale) L2GMA 30
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) L2GMB 20
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

2.7. Supporto ai degenti e alle loro famiglie

Servizio di assistenza psicologica per malati gravi e loro familiari L2Q 25
(assenza/presenza)

Servizio di assistenza psicologica in caso di trapianti L2Q 25
(assenza/presenza)

Servizio di assistenza psicologica per donne vittime di violenza L2Q 25
(*assenza/presenza*)

Servizio di assistenza per pazienti sottoposti a chemioterapia L2Q25
(*assenza/presenza*)

Procedura per le dimissioni protette L2Q 27
(*assenza/presenza*)

Procedura per le dimissioni programmate L2Q 27
(*assenza/presenza*)

Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune L2Q 28
(*assenza/presenza*)

Numero di U.O. con iniziative per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunto L2GMB 11.1
(*valore*)

2.8. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

Procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale L2Q 26
(*assenza/presenza*)

Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo 2005 L2Q 30
(*non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS*)

Numero di U.O. su numero totale di U.O. di degenza che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: L2GMB 11.2 (*valore*)
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) L2Q 29
(*assenza/presenza*)

Consegna a domicilio referti medici e/o cartella clinica L2Q 31.1 e 31.2
(*assenza/presenza*)

Consultazione referti medici tramite web L2Q 31.3
(*assenza/presenza*)

Numero di U.O. con cartella clinica scritta a macchina o informatizzata L2GMB 11.3
(*valore*)

2.9. Tutela dei diritti

Locali per associazioni di volontariato/difesa dei diritti dei cittadini L2GMA 20.4
(*assenza/presenza*)

Disponibilità al momento dell'ingresso di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami L2GMA 8.4
(*assenza/presenza*)

Schede e punti raccolta per la segnalazione e i reclami dei cittadini L2GMA 8.5

2.10. Programmi di miglioramento della qualità

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari L2Q 32
(*assenza/presenza*)

Se sì

Risultati resi pubblici L2Q 32.3
(*assenza/presenza*)

Utilizzo di personale addestrato L2Q 32.1
(*assenza/presenza*)

Domande su tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort L2Q 32.2
(*assenza/presenza*)

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione L2Q 33
(*assenza/presenza*)

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 L2Q 34
(*valore*)

Numero di U.O. che hanno reso pubblici i risultati dell'inchiesta L2Q 34.4
(*assenza/presenza*)

Numero di U.O. che hanno utilizzato personale addestrato per la realizzazione dell'inchiesta L2Q 34.2
(*assenza/presenza*)

Numero U.O. con inchiesta con domande su accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort L2Q 34.3
(*assenza/presenza*)

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 L2Q 35

(valore)

Esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) L2Q 36
(assenza/presenza)

3. Livello Cure Primarie

3.1. Accesso alle prestazioni sanitarie

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su totale medici mg L3QA 1
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero pediatri L3QA 2
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero medici di medicina generale/pediatri che sono collegati telepaticamente al CUP L3QA 3
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori L3QA 4
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero di ambulatori di pediatria con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori L3QA 5
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Minuti apertura settimanale ambulatori pediatri per assistito L3QA 6
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Minuti apertura settimanale ambulatori dei medici mg per assistito L3QA 7
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo L3QA 8
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto L3QA 11
(assenza/presenza)

Tempo medio dal momento di richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata al momento di attivazione del programma L3QA 14
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Tempo di attesa previsti per l'erogazione di ausili e dei presidi necessari all'assistenza domiciliare L3QA 15
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero domande di assistenza domiciliare valutate positivamente e in attesa dell'avvio del programma assistenziale su numero domande valutate positivamente L3QA 16
(valore)

Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto L3GMA 1
(assenza/presenza)

Ingressi con barriere architettoniche nella sede di distretto L3GMA 6
(assenza/presenza)

Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici L3GMA 10
(assenza/presenza)

Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file L3GMA 10.1
(valore)

Poliambulatori specialistici territoriali

Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio L3GMB 1
(assenza/presenza)

Ingressi con barriere architettoniche L3GMB 6
(assenza/presenza)

Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file L3GMB 15
(valore)

Prestazioni diagnostiche-terapeutiche con prenotazione sospesa negli ultimi 30 gg L3QB 2
(assenza/presenza)

Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza L3GMB10
(assenza/presenza)

Possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale L3GMB11
(assenza/presenza)

Possibilità di prenotare per telefono visite ed esami mediante CUP aziendale L3GMB12

(assenza/presenza)

Numero di ore di apertura del CUP al giorno L3GMB 13
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate L3QB1
(valore)

Appuntamenti dati per orari personalizzati L3QB 3
(assenza/presenza)

Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) L3GMB 14
(assenza/presenza)

Centri di salute mentale, Ser.T

Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio. L3GMC 1
(assenza/presenza)

Ingressi con barriere architettoniche L3GMC 6
(assenza/presenza)

Tempi di attesa per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale (eventualmente secondo l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza) L3QC 4
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Tempi di attesa per le psicoterapie L3QC 8
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Tempi di risposta alla richiesta di aiuto/intervento domiciliare per pazienti già in carico (solo per i centri di salute mentale) L3QC 7
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Tempi di attesa per l'avvio del progetto riabilitativo dopo la conclusione della valutazione diagnostica iniziale L3QC 5
(non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS)

Accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza per la valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale L3QC4
(assenza/presenza)

Reperibilità sulle 24 per i casi urgenti L3QC 3
(assenza/presenza)

Numero ore al giorno di apertura del servizio L3QC 1

(valore)

Numero giorni di apertura settimanale L3QC 2

(valore)

Strutture residenziali collegate L3QC 10

(assenza/presenza)

Strutture diurne collegate L3QC 11

(assenza/presenza)

3.2 Rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati – Personalizzazione delle cure

Centri di salute mentale e Ser.T

Mediatore culturale L3QC 15

(assenza/presenza)

Numero pazienti con piano terapeutico personalizzato su numero totale pazienti L3QC 6

(valore)

Possibilità di avere operatori di riferimento stabili L3QC 9

(assenza/presenza)

Accesso indipendente esterno (per tutela della privacy) L3GMC 7

(assenza/presenza)

3.3. Informazione, comunicazione ed educazione

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Invio ai medici di medicina generale e ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di: L3QA10
- materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(*assenza/presenza*)

Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di: L3QA 9
- opuscolo informativo sull'Adi da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(*assenza/presenza*)

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 L3QA 17
(*assenza/presenza*)

Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto L3GMA 4
(*assenza/presenza*)

Cartellonistica esterna sede di distretto L3GMA 5
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione ausili L3GMA 7.1
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare L3GMA 7.2
(*assenza/presenza*)

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 L3GMA 7.3
(*assenza/presenza*)

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 L3GMA 7.4
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità L3GMA 7.5
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali) L3GMA 7.6
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti L3GMA 7.7
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute L3GMA 7.8
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documento o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura L3GMA 7.9
(*assenza/presenza*)

Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti nella sede di distretto L3GMA 8
(*assenza/presenza*)

Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto L3GMA 9
(*assenza/presenza*)

poliambulatori specialistici territoriali

Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso L3GMB 7.2
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso della struttura di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute L3GMB 7.3

Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti L3GMB 8
(*assenza/presenza*)

Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria L3GMB 4
(*assenza/presenza*)

Cartellonistica esterna entrata principale L3GMB 5
(*assenza/presenza*)

Disponibilità all'ingresso di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte L3GMB 7.1
(*assenza/presenza*)

Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura L3GMB 7.4
(*assenza/presenza*)

Servizio informazioni per il pubblico presso l'atrio principale L3GMB 9
(*assenza/presenza*)

centri di salute mentale e Ser.T.

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

L3GMC 9.1

(assenza/presenza)

Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso L3GMC 9.2

(assenza/presenza)

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute L3GMC 9.3

Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria L3GMC 4

(assenza/presenza)

Cartellonistica esterna entrata principale L3GMC 5

(assenza/presenza)

Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento L3GMC 8

(assenza/presenza)

Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori L3GMC 10

(assenza/presenza)

Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, informazioni L3GMC 11

(assenza/presenza)

Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche...ecc. nell'ultimo anno *(per Ser.T)* L3QC 13

(assenza/presenza)

3.4. Comfort

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto L3GMA 2

(assenza/presenza)

Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili L3GMA 3

(assenza/presenza)

Sala d'attesa nella sede di distretto L3GMA 11

(assenza/presenza)

Sedie nella sala di attesa della sede di distretto L3GMA 11.1

(assenza/presenza)

Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa della sede di distretto L3GMA 11.3
(*assenza/presenza*)

Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala di attesa della sede di distretto L3GMA 11.2
(*assenza/presenza*)

Bagno per disabili nella sede di distretto L3GMA 13
(*assenza/presenza*)

Bagno per il pubblico nella sede di distretto L3GMA12
(*assenza/presenza*)

Numero dei bagni della sede di distretto dotati di L3GMA 14
specchio
mensola
contenitori portarifiuti
(*valore*)

Numero dei gabinetti della sede di distretto dotati di L3GMA 15
Tavoletta
Scopino
Campanello d'allarme
Possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
(*valore*)

Osservazione nella sede di distretto di : L3GMA 16
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

poliambulatori specialistici territoriali

Parcheggio taxi in prossimità della struttura L3GMB 2
(*assenza/presenza*)

Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili L3GMB 3
(*assenza/presenza*)

Numero di ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere L3GMB 17
(*valore*)

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande
L3GMB 18.1
(valore)

Numero sale d'attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita L3GMB 18.2
(valore)

Numero ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale L3GMB 19
(valore)

Numero di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale L3GMB
20
(valore)

Numero dei bagni degli ambulatori dotati di L3GMB 21
specchio
mensola
contenitori portarifiuti
(valore)

Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di L3GMB 22
Tavoletta
Scopino
Campanello d'allarme
Possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
(valore)

Osservazione nel poliambulatorio di L3GMB 23
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

Centri di salute mentale e Ser.T

Parcheggio taxi in prossimità della struttura L3GMC 2
(assenza/presenza)

Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili L3GMC 3
(assenza/presenza)

Sala d'attesa L3GMC 12
(assenza/presenza)

Sedie nella sala di attesa L3GMC 12.1
(*assenza/presenza*)

Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa L3GMC 12.3
(*assenza/presenza*)

Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala d'attesa L3GMC 12.2
(*assenza/presenza*)

Bagni per il pubblico L3GMC 13
(*assenza/presenza*)

Gabinetto per disabili L3GMC 14
(*assenza/presenza*)

Numero dei bagni per il pubblico dotati di L3GMC 15
specchio
mensola
contenitori portarifiuti
(*valore*)

Numero dei gabinetti per il pubblico dotati di L3GMC 16
tavoletta
scopino

campanello d'allarme
possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
(*valore*)

Osservazione di segni di fatiscenza alle pareti L3GMC 17
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

3.5. Supporto ai degenti e alle loro famiglie

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare L3QA 18
(*assenza/presenza*)

Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie
L3QA 19
(assenza/presenza)

centri di salute mentale e Ser.T

Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile)
(assenza/presenza) L3QC 14.2

3.6. Tutela dei diritti

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami L3GMA 7.10
(assenza/presenza)

Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto
L3GMA 7.11
(assenza/presenza)

Poliambulatori specialistici territoriali

Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami L3GMB 7.5
(assenza/presenza)

Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini L3GMB 7.6
(assenza/presenza)

Centri di salute mentale e Ser.T

Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami L3GMC 9.4
(assenza/presenza)

Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini L3GMC 9.5
(assenza/presenza)

3.7. Programmi di miglioramento della qualità

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari L3QA 12
(*assenza/presenza*)

se sì

risultati resi pubblici L3QA 12.3

Utilizzo di personale addestrato L3QA 12.1
(*assenza/presenza*)

Domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort degli studi medici L3QA 12.2
(*assenza/presenza*)

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine L3QA 13
(*assenza/presenza*)

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il servizio domiciliare L3QA 20
(*assenza/presenza*)

se sì

risultati resi pubblici L3QA 20.3
(*assenza/presenza*)

Utilizzo di personale addestrato L3QA 20.1
(*assenza/presenza*)

Domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica, L3QA 20.2
(*assenza/presenza*)

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine L3QA 21
(*assenza/presenza*)

Poliambulatori specialistici territoriali

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari L3QB 5
(*assenza/presenza*)

se sì

risultati resi pubblici L3QB 5.4
(*assenza/presenza*)

Utilizzo di personale addestrato L3QB 5.2
(*assenza/presenza*)

Domande su almeno uno dei seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica, L3QB 5.3
(*assenza/presenza*)

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine L3QB 6
(*assenza/presenza*)

Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio L3QB 7
(*assenza/presenza*)

Realizzazione nel presidio di esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM) L3QB 8
(*assenza/presenza*)

Centri di salute mentale e Ser.T

Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari L3QC 16
(*assenza/presenza*)

se sì
risultati resi pubblici L3QC 16.3
(*assenza/presenza*)

Utilizzo di personale addestrato L3QC 16.1
(*assenza/presenza*)

Domande almeno tre dei seguenti argomenti: su accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica, L3QC 16.2
(*assenza/presenza*)

Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla indagine L3QC 17
(*assenza/presenza*)

Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio L3QC 18
(*assenza/presenza*)

Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine circa i bisogni emergenti L3QC 19
(*assenza/presenza*)

Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio L3QC 20
(*assenza/presenza*)

3.8. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici

Poliambulatori specialistici territoriali

Consegna a domicilio referti medici L3QB 4.1
(*assenza/presenza*)

Consultazione referti medici tramite web L3QB 4.2

centri di salute mentale e Ser.T

Tempi di attesa per le certificazioni medico legali dal momento della diagnosi
L3QC 12 (*valore*)
(*non inserito per il calcolo dell'Indice di Adeguatezza agli Standard - IAS*)

Procedura per favorire il raccordo tra operatori del servizio e il medico di fiducia del paziente
L3QC 14.1
(*assenza/presenza*)

II ° Componente

" Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"

1. Livello aziendale

1.1.A Gestione del rischio clinico

Ufficio/persona incaricata/servizio per la gestione del rischio clinico a qualsiasi livello dell'azienda (aziendale, di presidio, ecc.) L1Q 9
(*assenza/presenza*)

Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella L1Q10
(*assenza/presenza*)

Redazione di una mappa del rischio clinico L1Q 11
(*assenza/presenza*)

Redazione di un Piano per la gestione del rischio clinico L1Q 12
(*assenza/presenza*)

Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere L1Q 15.1
(*assenza/presenza*)

Comitato per il buon uso del sangue L1Q 15.2
(*assenza/presenza*)

Corsi di formazione specifici sulla gestione del rischio clinico negli ultimi tre anni L1Q 16
(*assenza/presenza*)

Commissione per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale L1Q 18
(*assenza/presenza*)

Procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso L1Q 19
(*assenza/presenza*)

1.1. B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione della apparecchiature diagnostiche per immagini L1Q 14
(*assenza/presenza*)

Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni L1Q17
(*assenza/presenza*)

Documento aggiornato sui rischi (legge 626) L1Q 20
(*assenza/presenza*)

Servizio di ingegneria clinica L1Q 13
(*assenza/presenza*)

1.2. Malattie croniche e oncologia

Centro/i di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare L1Q 21.1
(*assenza/presenza*)

Centri di riferimento o strutture di orientamento per pazienti con patologie croniche o rare L1Q 21.2
(*assenza/presenza*)

Strutture per le Cure Palliative L1Q 21.6

Se sì (*se ASL*) L1Q 21.6.1

Cure domiciliari

Ambulatorio

Day hospital

Ricovero ospedaliero

Hospice

(*assenza/presenza*)

Se sì (*se AO*) L1Q 21.6.1

Ambulatorio

Day hospital

Ricovero ospedaliero
(*assenza/presenza*)

Centro per la chemioterapia L1Q 21.3
(*assenza/presenza*)

Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie croniche (diabete, broncopneumopatia ostruttiva, scompenso cardiaco congestizio, ecc.) L1Q 21.4
(*assenza/presenza*)

Percorsi diagnostico-terapeutici relativi a malattie tumorali L1Q 21.5
(*assenza/presenza*)

Solo ASL

Centro di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi L1Q 22.6
(*assenza/presenza*)

Procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia L1Q 22.1
(*assenza/presenza*)

Procedure di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologia L1Q 22.2
(*assenza/presenza*)

Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi L1Q 22.3
(*assenza/presenza*)

Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi L1Q 22.4
(*assenza/presenza*)

Procedure per la distribuzione dei presidi con periodicità agevolata per gli utenti L1Q 22.5
(*assenza/presenza*)

Servizio di dialisi domiciliare L1Q 22.7
(*assenza/presenza*)

Servizi di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati L1Q 22.6
(*assenza/presenza*)

Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari L1Q 23
(*assenza/presenza*)

1.3. Gestione del dolore

Solo ASL

Numero di distretti con un servizio di cure palliative domiciliari L1Q 21.6.1.1

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti L1Q 24.1

Se sì

Cure domiciliari

Servizi ospedalieri

Hospice

altro

(assenza/presenza)

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)L1Q 25
(valore)

Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di famiglia negli ultimi tre anni L1Q 27

(assenza/presenza)

Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni L1Q 26

(assenza/presenza)

2. Livello Assistenza ospedaliera

2.1.A Gestione del rischio clinico

Studi di carattere valutativo sulle cartelle cliniche/schede di dimissioni ospedaliere L2Q 37

(assenza/presenza)

Procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato l'intervento (tranne cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.) L2Q 38

(assenza/presenza)

Indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza) L2Q 43.1

(assenza/presenza)

Indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche L2Q 43.2

(assenza/presenza)

Protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere L2Q 44

(assenza/presenza)

Manuale dei disinfettanti in uso nel presidio L2Q 46

(assenza/presenza)

Procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici L2Q 45

(assenza/presenza)

Procedura per gestione dei rifiuti sanitari L2Q 47

(assenza/presenza)

2.1.B Sicurezza delle strutture e degli impianti

Accesso dedicato per le emergenze L2Q 42

(assenza/presenza)

Camera calda al pronto soccorso L2Q 39

(assenza/presenza)

Individuazione all'interno del PS dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni L2Q 40

(assenza/presenza)

Definizione per tutto il personale delle procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del PS L2Q 41

(assenza/presenza)

Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga

L2GMB 21

(valore)

Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori L2GMB 21

(valore)

Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione

L2GMB 21

(valore)

2.2. Gestione del dolore

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore L2Q 48

(assenza/presenza)

Valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati L2Q 49

(assenza/presenza)

Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle UO ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni L2Q 50

(assenza/presenza)

Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per personale negli ultimi tre anni L2Q 51
(*assenza/presenza*)

Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti
L2Q 52
sulla terapia del dolore
Interventi chirurgici
Parto
Tumori
Malattie cronico-degenerative
Altro
(*assenza/presenza*)

3. Livello Cure Primarie

3.1. Sicurezza delle strutture e degli impianti

medici di medicina generale - pediatri di libera scelta – assistenza domiciliare- sede di distretto

Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto L3GMA 17.1
(*assenza/presenza*)

Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto L3GMA 17.2
(*assenza/presenza*)

Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto L3GMA 17.3
(*assenza/presenza*)

Poliambulatori specialistici territoriali

Segnaletica per le vie di fuga L3GMB 24.1
(*assenza/presenza*)

Segnaletica per l'individuazione degli estintori L3GMB 24.2
(*assenza/presenza*)

Piantina di piano di evacuazione L3GMB 24.3
(*assenza/presenza*)

Centri di salute mentale e Ser.T

Segnaletica per le vie di fuga L3GMC 18.1
(*assenza/presenza*)

Segnaletica per l'individuazione degli estintori L3GMC 18.2
(*assenza/presenza*)

Piantina di piano di evacuazione L3GMC 18.3
(*assenza/presenza*)

III° Componente

“Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali”

1.1. Livello aziendale

1.1. Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti

Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99)
L1Q 28.1
(*assenza/presenza*)

Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini L1Q 28.2
(*assenza/presenza*)

Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) L1Q 28.3
(*assenza/presenza*)

Commissione mista conciliativa L1Q 28.4
(*assenza/presenza*)

Comitati consultivi misti L1Q 28.5
(*assenza/presenza*)

Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei Servizi L1Q 29
(*assenza/presenza*)

Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi
L1Q 29.1
(*assenza/presenza*)

Determinazione degli standard della Carta dei servizi con la consultazione dei cittadini

L1Q 6.1
(assenza/presenza)

Comitato etico L1Q 30
(assenza/presenza)

(se sì) Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico L1Q 30.1
(assenza/presenza)

1.2. Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda

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 L1Q 31.1
(assenza/presenza)

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. L1Q 31.2
(assenza/presenza)

Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio L1Q 31.3
(assenza/presenza)

Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari L1Q 31.4
(assenza/presenza)

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. L1Q 31.5
(assenza/presenza)

Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture L1Q 32
(assenza/presenza)

CITTADINANZA **ATTIVA** 

 **Strumenti per
i diritti del residente**

 **Strumenti
dei cittadini**

 **Strumenti
per i clienti**

 **Strumenti
e strumenti attivi**

 **Strumenti per la mobilità
sostenibile e smart cities**

 **Strumenti e strumenti
attivi**



CITTADINANZA ATTIVA online
via Flaminia 33, 00196 Roma
Tel. 06367 1811
Fax 06367 18110
www.cittadinanzaattiva.it

con il sostegno di
AstraZeneca 

