



Indice

INTRODUZIONE - L'Audit Civico 2003	2
1. Dalla sperimentazione alla diffusione	2
2. Fasi di lavoro e attività	3
3. Equipe dell'Audit Civico e Aziende Sanitarie coinvolte	4
4. Articolazione del Rapporto	4
 CAPITOLO PRIMO – Un'analisi critica e sistematica delle aziende sanitarie promossa dalla organizzazioni civiche	 5
1. Le ragioni dell'Audit Civico	5
2. Le quattro domande dell'Audit Civico	8
3. Riferimenti teorici e metodologici	10
4. La struttura di valutazione dell'Audit Civico	11
5. Struttura Operativa	13
6. Il Benchmarking	15
 CAPITOLO SECONDO - Le Tavole di Benchmarking	 16
1. Prima componente: orientamento al cittadino	18
2. Seconda componente: impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario	47
3. Terza componente: coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali	59
 CAPITOLO TERZO - Analisi dei fattori	 62
1. Le buone notizie	62
2. I fattori in movimento	74
3. La zona grigia	79
4. Le cattive notizie	85
 CAPITOLO QUARTO – Gli effetti dell'Audit Civico	 92
1. La centralità del punto di vista del cittadino	92
2. Gli effetti cognitivi: una griglia di lettura e valutazione	94
3. La ricognizione sugli effetti operativi	103
 CAPITOLO QUINTO – Conclusioni	 111
1. La centralità del malato, art. 118 e cittadinanza attiva	111
2. Soglie minime non derogabili	113
3. Tre linee di lavoro	116
 Appendice A	 118

INTRODUZIONE

L'Audit Civico 2003

1. Dalla sperimentazione alla diffusione

Nel 2003, per la prima volta, è stata offerta a tutte le aziende sanitarie la possibilità di partecipare al programma dell'Audit Civico, sviluppato nel quadro della collaborazione iniziata nel 2000, e tuttora in atto, tra Cittadinanzattiva e AstraZeneca.

Il primo ciclo sperimentale, realizzato nel 2001 con la collaborazione di dodici aziende sanitarie, è stato finalizzato alla definizione e alla prova sul campo del quadro teorico e metodologico. Gli esiti ottenuti hanno confermato 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.

Con la seconda sperimentazione, attuata nel 2002 con la partecipazione di tredici aziende, si è inteso collaudare ulteriormente questo strumento e, nello stesso tempo, approfondire le conoscenze sulle aziende sanitarie del nostro paese, verificando i risultati ottenuti nella precedenza esperienza. Si è voluto sperimentare fra l'altro la possibilità di mobilitare una componente civica anche in assenza di una organizzazione preesistente del Tribunale per i diritti del malato. E' stato anche approfondito il tema degli effetti concreti dell'Audit Civico attraverso una raccolta degli interventi effettuati nelle aziende sanitarie dell'Audit 2001 sulla base delle indicazioni emerse dalla valutazione. Con il secondo ciclo sperimentale, si è potuto constatare che la metodologia poteva essere applicata alla generalità delle aziende e non doveva essere limitata esclusivamente alle realtà in cui si verificavano condizioni eccezionalmente favorevoli.

Nulla impediva quindi che nel 2003, la proposta di adozione dell'Audit Civico potesse essere estesa all'universo delle aziende sanitarie, come in effetti è stato fatto. L'interesse incontrato è stato rilevante: circa cinquanta aziende hanno risposto al bando, oltre trenta hanno partecipato ai corsi di formazione insieme alla componente civica, avviando successivamente il ciclo di valutazione, e ventidue aziende hanno concluso i lavori in tempo utile per la redazione di questo rapporto. Associando la praticabilità già verificata nei primi due cicli con l'interesse è legittimo ritenere che l'Audit

Civico possa divenire una procedura, per così dire, routinaria di valutazione dell'azione delle aziende sanitarie.

2. Fasi di lavoro e attività svolte

Lo svolgimento della campagna 2003 dell'Audit Civico ha avuto una durata complessiva di tredici mesi e può essere suddivisa in quattro fasi:

- la prima fase, della durata di due mesi (marzo - aprile 2003), è stata dedicata alla messa a punto degli strumenti tecnici, sulla base delle precedenti esperienze di Audit, e alla revisione delle modalità operative da adottare per l'uscita dalla fase sperimentale e per l'applicazione generalizzata della metodologia;
- la seconda fase, della durata di tre mesi (maggio - agosto 2003), ha riguardato il reclutamento delle aziende sanitarie ed ha compreso l'emissione e la diffusione del bando di adesione, l'interlocuzione con le aziende interessate (circa 50) che richiedevano chiarimenti e la raccolta di oltre trenta adesioni;
- la terza fase, della durata di cinque mesi (settembre 2003 - gennaio 2004), 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 Vicenza, Bologna, Torino, Aosta, Roma e Lecce; le équipes emiliano-romagnole hanno frequentato anche un corso avanzato articolato in tre incontri;
- la quarta fase, della durata di tre mesi (febbraio - aprile 2004) ha incluso la predisposizione delle relazioni locali e del rapporto nazionale, si sta predisponendo, inoltre, il calendario degli incontri di benchmarking e degli incontri locali orientati ad assicurare la diffusione dei risultati dell'iniziativa e a rendere conto alla cittadinanza su quanto si sta realizzando nell'ambito dell'azienda sanitaria, per migliorare i servizi in un'ottica di trasparenza nella gestione dei servizi sanitari.

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 Flaviana Pessina per l'elaborazione dei dati.

L'équipé è stata coadiuvata da Elio Rosati e Simona Sappia per il coordinamento operativo, da Marco Ferrara, Margherita Ferrara e, per l'Emilia Romagna, da Nicoletta Poppi e Luisa Iannotti, che, in qualità di tutor, hanno curato l'assistenza tecnica delle équipes aziendali miste, composte da operatori delle aziende coinvolte e da cittadini del Tribunale per i diritti del malato. L'elenco delle aziende e dei responsabili delle équipes è riportato nell'Appendice A.

4. Articolazione del rapporto

Il rapporto¹ è articolato in cinque capitoli.

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

Il secondo capitolo è interamente dedicato alla presentazione e alla discussione delle tavole di benchmarking risultanti dalla rilevazione del 2003.

Nel terzo capitolo sono analizzati i fattori di qualità attraverso la lettura trasversale dei dati raccolti. Nel capitolo sono anche presentati, per la prima volta, alcuni dei dati complessivi dei tre Audit, 2001, 2002 e 2003.

Il quarto capitolo illustra gli effetti dell'Audit Civico sia sul piano cognitivo, come strumento di lettura e interpretazione della realtà, sia sul piano operativo, come veicolo per l'introduzione di precisi cambiamenti nell'azione delle aziende sanitarie.

Nel capitolo quinto, infine, sono presentate le conclusioni finali mentre nell'Allegato A è riportata la composizione delle équipes partecipanti.

¹ Il presente rapporto è stato redatto da Alessandro Lamanna, da Alessio Terzi e da Flaviana Pessina, con la consulenza di Stefano A. Inglese

CAPITOLO PRIMO

Un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche

1. Le ragioni dell'Audit Civico

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

Il primo ordine di problemi è originato **dalla esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino"** da tutti invocata, spesso con molta retorica ma, di fatto, poco praticata. E' ormai opinione comune, infatti, che gli strumenti classici della *customer satisfaction* danno risultati parziali e del tutto insufficienti, mentre le disposizioni contenute nel D.P.C.M. sulla Carta dei servizi sanitari (definizione di precisi standard nella Carta dei servizi, monitoraggio civico degli stessi, discussione degli esiti nell'ambito della conferenza dei servizi) hanno avuto poche applicazioni significative.

Nel corso degli ultimi anni si è finalmente compreso che non si può risolvere questo problema senza una profonda riforma dell'approccio disciplinare (nel paragrafo dedicato agli aspetti metodologici sarà fatta una prima precisazione a questo proposito). Non è un caso che, negli stessi anni, in cui è stata definita e sperimentata la metodologia dell'Audit Civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di un programma innovativo sulla qualità percepita².

² Cfr.R.Cinotti-Cipolla - "La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti". Le realtà coinvolte sono l'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna, il Dip.to Diritto alla salute e politiche della solidarietà della regione Toscana, l'Agenzia sanitaria delle Marche, il Dip.to Sanità e servizi sociali della regione Liguria, il Servizio Pianificazione e sviluppo della Direzione generale Sanità della regione Lombardia, la Regione Umbria, l'Ao di Padova e la Scuola di specializzazione in sociologia sanitaria dell'Università di Bologna.

Gli esiti dei due primi cicli sperimentali dell'Audit Civico, però, offrono una ulteriore chiave di interpretazione del problema. Dalle informazioni raccolte da questo strumento, 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 prenotazioni, 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 queste aree i punteggi dei fattori volgono decisamente verso il basso). In altri termini, permane una cultura che considera il malato come un ospite da trattare possibilmente con cura ma non ancora un cittadino titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

E' facile verificare, quindi, che assumere la centralità del punto di vista non significa esortare genericamente i professionisti della sanità a operare bene ma piuttosto assumere un preciso approccio disciplinare che permette di formulare valutazioni significative sull'organizzazione e sulla qualità dei servizi sanitari.

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 far 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. Da qui la necessità di favorire il confronto fra Cittadinanza attiva e direzioni aziendali con procedure più strutturate e soprattutto orientate alla immediata traduzione delle valutazioni in provvedimenti operativi

E' alquanto evidente il parallelo con le funzioni di verifica e di controllo che assumono un ruolo centrale per il governo del processo di aziendalizzazione, avviato dal D.Lgs. 502/92 e confermato dal D.Lgs. 229/99. Gli strumenti messi in campo, per evitare il predominio assoluto delle logiche di bilancio e per sollecitare il miglioramento della qualità dei servizi abbiano prodotto esiti alterni. Non è questa la sede per valutare la bontà delle diverse soluzioni ma è facile constatare la crescente rilevanza assunta dalle procedure di accreditamento e dalle certificazioni di qualità

che, a loro volta, ripropongono il problema della rappresentazione del punto di vista del cittadino.

Non è un caso, quindi, che in questi ultimi anni - e quindi contemporaneamente allo sviluppo dell'Audit - alcune Regioni hanno promosso il coinvolgimento attivo di esponenti delle organizzazioni civiche nelle procedure di accreditamento anche con specifiche iniziative di formazione. E' altrettanto interessante rilevare che alcune delle aziende che hanno partecipato ai primi cicli sperimentali hanno inserito i rapporti conclusivi dell'Audit nella documentazione per l'accREDITamento.

La terza fondamentale ragione per sperimentare 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 nella frammentazione del servizio sanitario**, abbandonando la tutela dei diritti alle logiche del contenimento della spesa ed al "fai da te" arbitrario delle amministrazioni regionali. Il legame con il benchmarking, a questo proposito, non è soltanto una scelta metodologica, ma acquista un valore strategico. Rendere comparabili le performances 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 è anche un modo per difendere l'Universalità del servizio sanitario.

Certamente l'Audit Civico, non può esaurire l'azione di Cittadinanzattiva in un momento quanto mai delicato per la sanità pubblica, né sostituire certificazioni, sistemi di controllo e di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento. L'esperienza conferma, comunque, che esso è un sostegno importante, sia per l'azione civica, sia per le procedure istituzionali, in quanto:

- crea un contesto che rende possibile la collaborazione attiva fra cittadini e aziende;
- produce informazioni, non attingibili per altra via e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione;
- fa emergere le aree critiche e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili.

Lo sviluppo dell'Audit Civico in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali e locali, come sta avvenendo, infine, è 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".

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 al punto di vista del cittadino, tali quesiti dovrebbero formalizzare correttamente i problemi che i cittadini stessi sperimentano nel loro rapporto con i servizi sanitari. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti 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: *"Quale 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 aspetto 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 quarto aspetto riguarda il cittadino come residente in un particolare territorio nel quale possono insorgere specifici problemi ed allora è bene

chiedersi *“Quali risposte tempestive e pertinenti ha fornito l’azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?”*.

Naturalmente la vastità e 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 che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla capacità di superare la soglia della occasionalità nei rapporti fra aziende e organizzazioni civiche e, infine, sulla capacità di dare un respiro strategico o, almeno, non puramente formale, al sistema di rapporti cittadino/azienda.

La quarta domanda è ovviamente indeterminata circa i contenuti (in quanto non è possibile prevedere quali sono i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti), ma l'Audit ha offerto l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori (amministrazione, personale medico, infermieristico, cittadini, ecc.) conclusosi con una iniziativa pubblica.

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 qualità.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita³. 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 riscontabili.

Le procedure della qualità hanno messo a disposizione due contributi. In primo luogo, hanno fornito una chiave per interpretare l'attività ordinaria di interlocuzione fra il Tribunale per i diritti del malato e le

³ G. Moro "Manuale di cittadinanza attiva", Carocci editore, Roma, 1998

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 aumentare 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 un modo efficace e non dispersivo la stessa realtà, al contrario, conviene 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 lavoro⁴, 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 riportate all'interno 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.);

⁴ Hanno partecipato al tavolo tecnico che ha sostenuto la progettazione dell'Audit Civico: Giampiero Belcredi (Imq-Csqs), Pasquale Boccalone e Maria Teresa Simeone (A.O. di Caserta); Daniele Caprara (Asl 21 di Legnago); Loredana Fauni (Asl Bologna Nord); Mauto Grigioni (Iss); Gianlupo Lupi (Comitato nazionale BuonePratiche); 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).

- b. **l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario;**
- c. **il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali;**
- d. **la capacità di risposta dell'azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come "urgente" dalla comunità locale.**

Le **prime tre componenti** sono 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'equipe nazionale, le prime tre componenti sono state articolate **in fattori di qualità corrispondenti alla definizione del D.P.C.M. 16/5/95**, secondo il seguente schema:

Orientamento al cittadino

- accesso alle prestazioni sanitarie;
- rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati;
- relazioni sociali;
- informazione logistica e informazione sanitaria;
- assistenza alla persona;
- comfort - prestazioni alberghiere;
- supporto ai degenti e alle loro famiglie;
- documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti;
- tutela dei diritti;
- programmi di miglioramento della qualità.

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

- sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale;
- sicurezza delle strutture e degli impianti;
- malattie croniche e oncologia;
- medicina 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.

Lo studio delle prime tre componenti è stato quindi applicato ai cinque ambiti presenti nella articolazione del servizio sanitario:

- ambito aziendale (l'azienda sanitaria nel complesso);
- ambito dell'assistenza ospedaliera;
- ambito dell'assistenza sanitaria di base (la medicina di famiglia e i distretti);
- ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale (i poliambulatori sul territorio);
- ambito dell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (SERT, dipartimenti di salute mentale, ecc.).

A questo scopo sono utilizzati 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; per realizzare questa operazione si possono utilizzare più fonti, le Carte dei diritti, il confronto con gli esperti e l'esperienza sul campo delle organizzazioni civiche che, in particolare, permette di valutare l'effettiva osservabilità degli indicatori;
- 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;
- 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;
 - **l'esame delle segnalazioni dei cittadini** (solo per la quarta componente);
 - la **consultazione di documenti e atti amministrativi** dell'azienda;
 - la **richiesta di informazioni alla direzione generale e alla direzione sanitaria**;
 - la **consultazione delle organizzazioni civiche** presenti nell'ambito dell'azienda sanitaria⁵;
- 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 degli esiti dell'Audit e del piano di miglioramento;
- h) la verifica degli esiti del piano di miglioramento.

⁵ La consultazione riguarda il funzionamento degli Istituti di partecipazione (comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, ecc.)

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.

8. Il Benchmarking

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

- fornire ad ogni azienda l'opportunità d'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 rispetto 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 degli stessi dati comparati con la sola indicazione del nome della singola azienda.

CAPITOLO SECONDO

Le Tavole di Benchmarking 2003

I dati si riferiscono a 22 aziende sanitarie, di cui 16 aziende sanitarie locali e 6 aziende ospedaliere. Le strutture sanitarie complessivamente messe sotto osservazione sono 118, di cui 33 ospedali, 35 sedi di distretto, 29 poliambulatori, 21 servizi di specialistica territoriale e semiresidenziale (SERT, Centri di salute mentale). L'elenco completo è riportato nell'Appendice A.

L'analisi che segue è così organizzata.

Per ogni fattore delle tre componenti esaminate è presentato un grafico che mostra il valore, per ciascuna azienda, **dell'indice di adeguatezza agli standard**. Nel grafico sono visualizzate tre fasce di valori: fascia alta, fascia media, fascia bassa. Le Aziende sanitarie sono identificate con sigle anonime.

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 JCAHO¹ 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:

- un giudizio sintetico con la scala ottimo / buono / discreto / scadente / pessimo, basato sul punteggio medio dell'indice di adeguatezza ottenuto dal fattore;

¹ 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.

1. Prima componente: orientamento ai cittadini

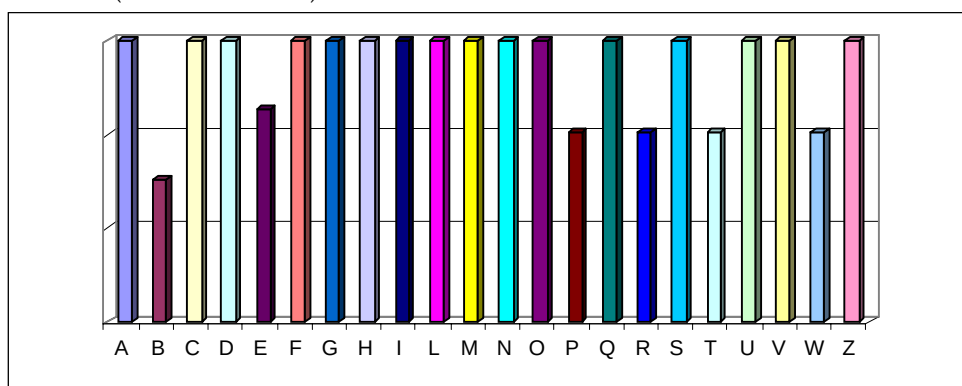
1.1. L'accesso alle prestazioni sanitarie

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Presenza di punti di accettazione per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi
Presenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico
Presenza di un sito web aziendale
Presenza di un Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)

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



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit civico

Giudizio: ottimo

17 aziende su 22 si collocano nella fascia alta (di cui 16 con il massimo punteggio), le restanti nella parte superiore della fascia media

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

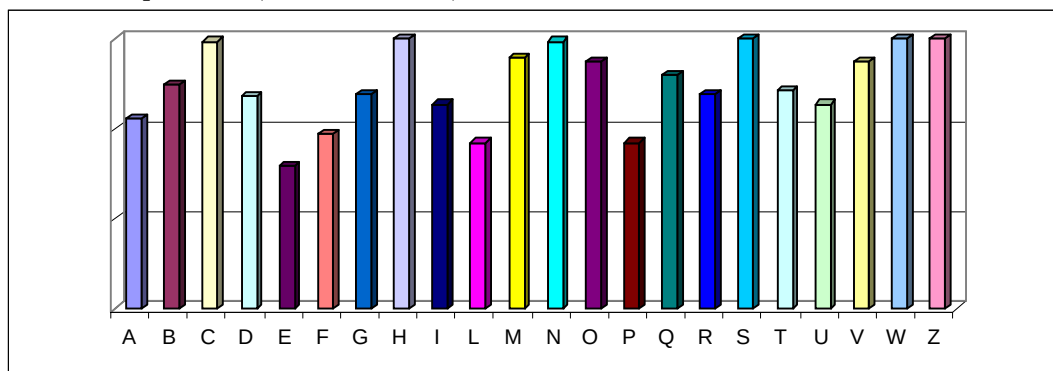
- ↓ Presenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico (1 su 22)
- ↓ Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi (4 su 22)
- ↓ Presenza di sito web aziendale (2 su 22)

B. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di prestazioni diagnostico-terapeutiche con prenotazione sospesa negli ultimi 30 gg
Presenza di percorsi di accesso differenziato in rapporto a gravità e urgenza
Possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici mediante il Centro Unico di Prenotazione (CUP)
Possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici mediante contatto telefonico con il Centro Unico di Prenotazione (CUP)
Presenza di prestazioni ambulatoriali per le quali vengono dati appuntamenti differenziati
Presenza di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (apparecchiatura per la distribuzione dei numeri e display luminoso per la visualizzazione del numero funzionanti)
Presenza di punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)
Presenza di un registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria accessibile e consultabile nel rispetto della tutela della riservatezza dei nominativi in esso contenuti
Adozione al Pronto Soccorso della procedura del *triage* con attribuzione dei codici di priorità
Comunicazione agli utenti dei criteri con i quali sono attribuiti i codici di priorità e i tempi presumibili di attesa
Presenza di ingressi con barriere architettoniche e non dotati di scivoli, ascensori, ecc.
Presenza di mezzi pubblici che si rechino presso il complesso sanitario
Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione in prossimità dell'ingresso principale

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



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: ottimo

tutte le aziende sanitarie si distribuiscono tra la fascia alta e la fascia media; in particolare 18 su 22 si collocano nella fascia alta, 4 in quella media

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di sportelli per prenotazione di visite ed esami dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (4 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Impossibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale (1 su 22)
- ↓ Assenza di mezzi pubblici che si recano presso il complesso sanitario (1 su 22)
- ↓ Presenza di ingressi con barriere architettoniche (2 su 22)
- ↓ Mancanza di adozione al Pronto Soccorso della procedura del triage (2 su 22)
- ↓ Assenza di prestazioni ambulatoriali per le quali vengono assegnati appuntamenti differenziati (3 su 22)
-

C. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18, per almeno un'ora, su numero di medici di medicina generale

Numero di pediatri di libera scelta che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18, per almeno un'ora, su numero di medici di medicina generale

Numero di farmacie che sono collegate telematicamente al CUP su numero di farmacie

Numero di ambulatori di medicina generale con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori

Numero di ambulatori di pediatria con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori

Minuti di apertura settimanale degli ambulatori dei pediatri di libera scelta per assistito

Minuti di apertura settimanale degli ambulatori dei medici di medicina generale per assistito

Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto le forme associative di assistenza previste dalla Convenzione volte ad assicurare una più ampia assistenza ai propri assistiti

medicina in associazione -

medicina in rete -

medicina di gruppo

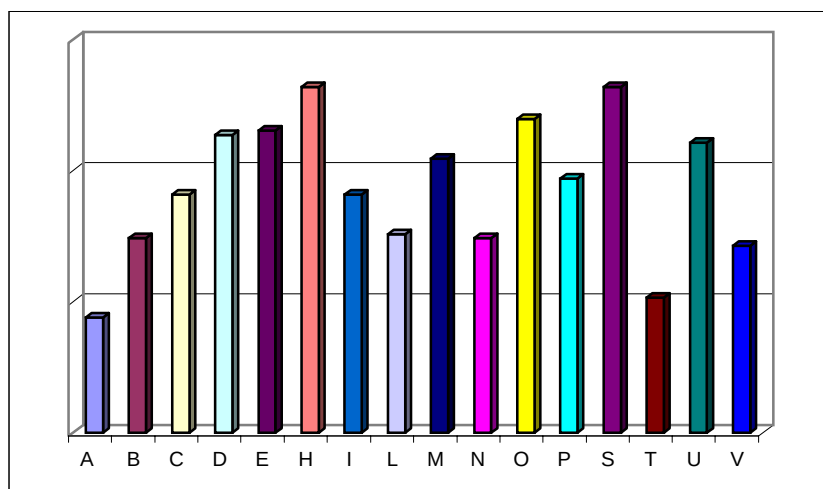
Presenza di ingressi alle sedi di distretto con barriere architettoniche e non dotati di scivoli, ascensori

Presenza di linee di mezzi pubblici che si rechino presso la sede del distretto

Presenza di sportelli per la prenotazione di prestazioni sanitarie

Presenza di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (apparecchiatura per la distribuzione dei numeri e display luminoso per la visualizzazione del numero, funzionanti)

Fig. 3 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M N O P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

10 aziende su 16 sono in fascia alta (2 ai massimi livelli), le restanti in fascia media, nessuna azienda si ferma alla fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di sportelli per la prenotazione di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (2 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza di sportelli per la prenotazione di prestazioni sanitarie (2 su 16)
- ↓ Assenza di linee di mezzi pubblici che si rechino presso la sede del distretto (1 su 16)
- ↓ Presenza di ingressi con barriere architettoniche nelle sedi di distretto (2 su 16)
- ↓ Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto (3 su 16)

D. nei poliambulatori

Elementi valutati

Presenza di prestazioni diagnostico-terapeutiche con prenotazione sospesa negli ultimi 30 gg

Possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici mediante il CUP

Possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici mediante contatto telefonico con il Centro Unico di Prenotazione (CUP)

Percentuali di prestazioni ambulatoriali per le quali vengono dati appuntamenti differenziati

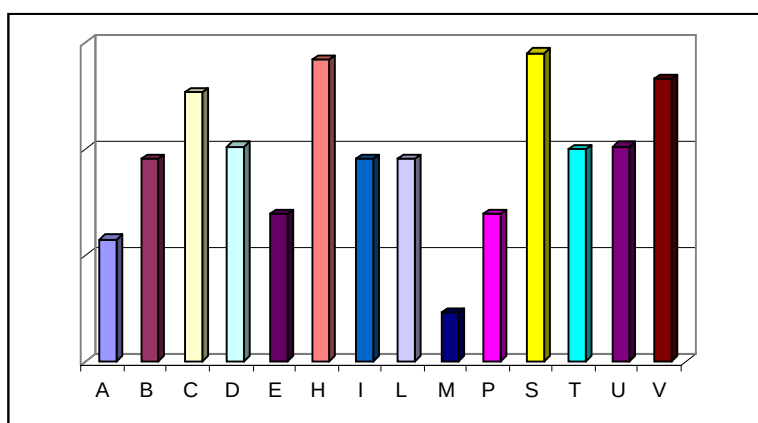
Percentuale di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (apparecchiatura per la distribuzione dei numeri e display luminoso per la visualizzazione del numero, funzionanti)

Presenza di punti di riscossione di ticket nei quali sia possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)

Presenza di ingressi con barriere architettoniche e non dotati di scivoli, ascensori, ecc.

Presenza di linee di mezzi pubblici che si rechino presso il complesso sanitario

Fig. 4 – Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie – livello assistenza specialistica ambulatoriale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

8 aziende su 14 si collocano nella fascia più alta, 9 nella fascia di mezzo (di cui 3 al confine con la superiore), 1 sola azienda si ferma nella fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Alta percentuale di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami (3 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

↓ Presenza di ingressi con barriere architettoniche (2 su 14)
↓ Bassa percentuale o assenza di prestazioni ambulatoriali con appuntamenti differenziati (3 su 14)

E. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

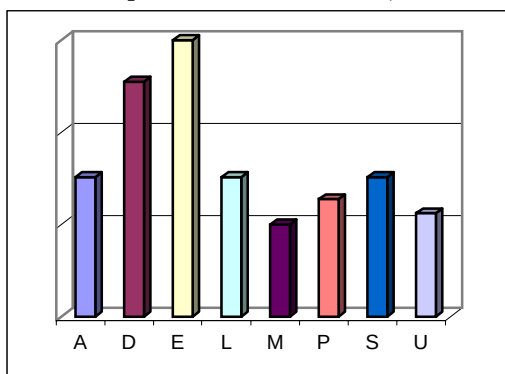
Elementi valutati

Presenza di ingressi con barriere architettoniche non dotati di scivoli, ascensori, ecc.

Reperibilità assicurata sulle 24 ore

Presenza di linee di mezzi pubblici che si rechino presso il servizio

Fig. 5 - Profilo delle aziende sanitarie relativo all'accesso alle prestazioni sanitarie - livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)



Legenda: A D E L M P S T U = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

2 aziende su 8 si posizionano nella fascia superiore, le restanti nella fascia mediana, soltanto 1 si ferma al limite con la fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Reperibilità assicurata sulle 24 ore (1 su 8)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

↓ Presenza di ingressi con barriere architettoniche (1 su 8)

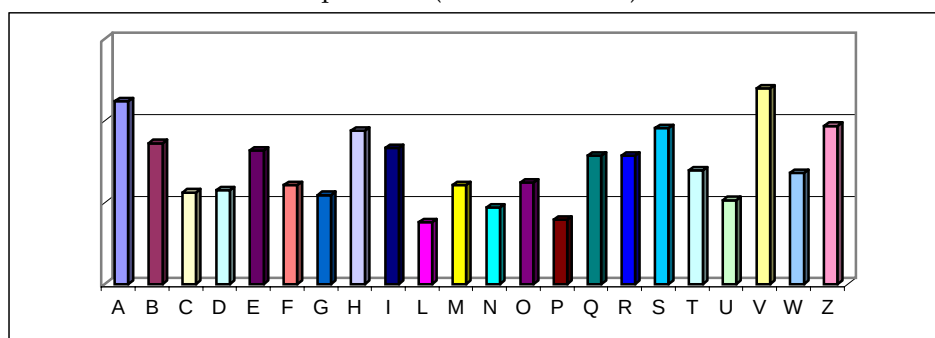
1.2. Il rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati e le relazioni sociali

A. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di un servizio di interpretariato e di mediazione culturale
 Possibilità di vedere la televisione nelle U.O. (in camere non a pagamento)
 Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti dopo le 12
 Orario della distribuzione della cena ai pazienti dopo le 19
 Percentuale di unità operative di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco
 Percentuale di unità operative di pediatria che assicurano la presenza di un genitore 24 ore al giorno, con la dotazione di un posto letto
 Percentuale di unità operative di pediatria dotate di arredi adatti all'età dei ricoverati (colori alle pareti, sedie di dimensioni ridotte, disegni alle pareti, ecc.)
 Percentuale di unità operative di degenza che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari, riservando loro una stanza
 Numero medio di ore di apertura giornaliera del presidio ai visitatori durante i giorni feriali
 Presenza di salottini o altre aree di socializzazione per i degenti nelle U.O.
 Percentuale di U.O. nelle quali è offerta è data la possibilità di ricevere telefonate (in camere non a pagamento)

Fig. 6 - Profilo delle aziende sanitarie relativo al rispetto dell'identità dei malati e alle relazioni sociali - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico
 (*) Azienda: punteggio limitato al fattore "Identità personale"

Giudizio: discreto

2 aziende si situano in fascia alta, 4 in quella bassa, le altre nella fascia mediana

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Possibilità di ricevere le telefonate nelle U.O. (in camere non a pagamento, 4 su 22)
- ↑ Presenza di aree di socializzazione per i degenti nelle U.O di degenza (3 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti (3 su 22)

- ↑ U.O di degenza che assicurano il rispetto della privacy dei malati (2 su 22)
- ↑ Orario della distribuzione della cena ai pazienti (1 su 22)

1.3. Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

A. negli ospedali

Elementi valutati

Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (mediante appositi distributori, distribuiti al momento dell'accettazione, ecc.)

Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori, distribuiti al momento dell'accettazione)

Presenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.)

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

Presenza di cartellonistica stradale all'esterno della struttura che ne indichi la ubicazione

Presenza nell'atrio principale di un prospetto riassuntivo delle specialità/figure professionali presenti nella struttura sanitaria

Presenza, all'interno degli ascensori, di indicazioni circa le U.O./servizi presenti a ogni piano

Presenza di modulistica relativa a procedure formalizzate volte all'acquisizione del consenso del paziente per atti diagnostici o terapeutici invasivi

Esistenza di procedure formalizzate per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunto

Percentuale di unità operative dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici

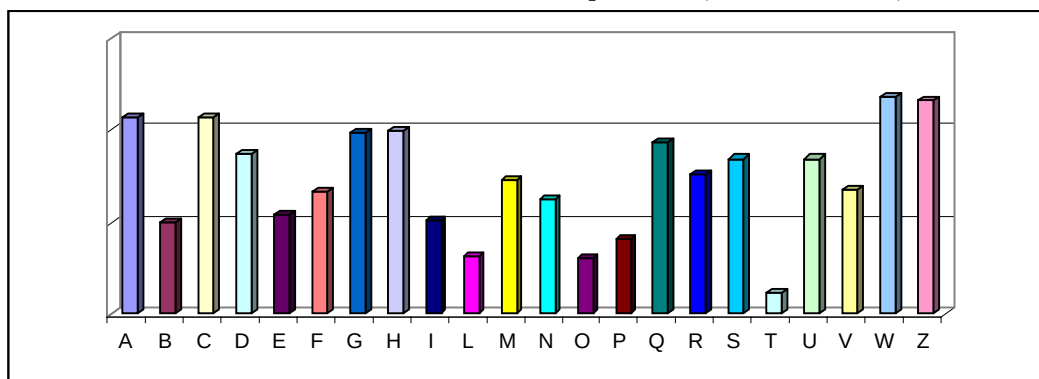
Percentuale di unità operative dove è presente un cartello con indicati gli orari della giornata

Percent. di U.O. nelle quali è presente un cartello con indicato l'orario di ricevimento del personale

Percentuale di unità operative di degenza nelle quali viene sistematicamente comunicato un medico di riferimento

Percentuale di unità operative di degenza nelle quali sono presenti procedure formalizzate per informare i pazienti sulle loro condizioni di salute, sugli accertamenti in corso, i tempi di degenza previsti, la prognosi, ecc.

Fig. 7 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: discreto

4 aziende si collocano ai limiti inferiori della fascia alta, 13 si distribuiscono in quella media, 5 si posizionano a diversi livelli della fascia bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di U.O nelle quali viene sistematicamente comunicato un medico di riferimento (3 su 22)
- ↑ Alta percentuale di U.O nelle quali è presente un cartello con l'orario della giornata
- ↑ Alta percentuale di unità operative nelle è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici (3 su 22)
- ↑ Disponibilità, al momento dell'ingresso, nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti (6 su 22)
- ↑ Disponibilità, al momento dell'ingresso, nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (5 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Bassa percentuale di U.O nelle quali è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale (2 su 22)
- ↓ Assenza di modulistica per il consenso informato per di atti invasivi (1 su 22)
- ↓ Assenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (2 su 22)

B. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di:

- opuscolo informativo sul servizio di Assistenza Domiciliare Integrata da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
- materiale informativo sulla prevenzione delle malattie, da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi

Invio ai pediatri, da parte dell'Azienda sanitaria, di materiale informativo sulla prevenzione delle malattie, da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi

Disponibilità, nelle sedi di distretto, di un opuscolo informativo su almeno una delle seguenti attività: gestione e autorizzazione di presidi ed di ausili; gestione e scelta dei ricoveri presso strutture private, libera scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra; esenzioni per patologia e invalidità; convenzioni internazionali; assistenza indiretta

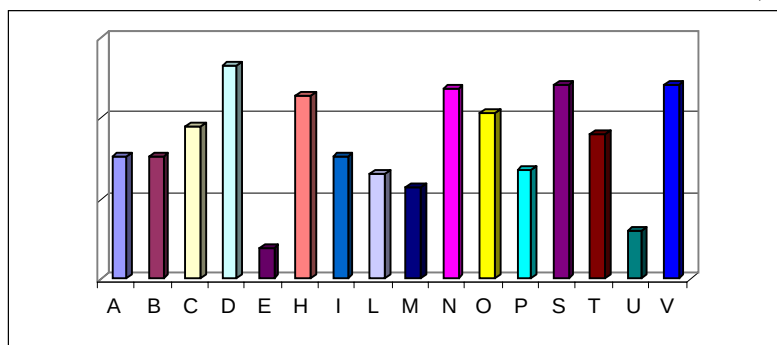
Disponibilità, all'ingresso del distretto, di un opuscolo informativo sui diritti dei cittadini/utenti

Presenza, nell'atrio del distretto, di un prospetto riassuntivo aggiornato dei servizi e degli uffici

Presenza, all'esterno del distretto, di cartellonistica stradale che ne indica la ubicazione

Presenza di cartellonistica esterna per l'identificazione del servizio

Fig. 8 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione - livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M N O P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

6 aziende su 16 si stabiliscono nella fascia alta, 8 si posizionano nella media, le restanti 2 nella fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Disponibilità, all'ingresso del distretto, di opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti (1 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Invio ai pediatri da parte dell'Azienda di mat. informat. sulla prevenzione, da mettere a disposizione del pubblico (3 su 22)

↓ Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda di materiale informativo

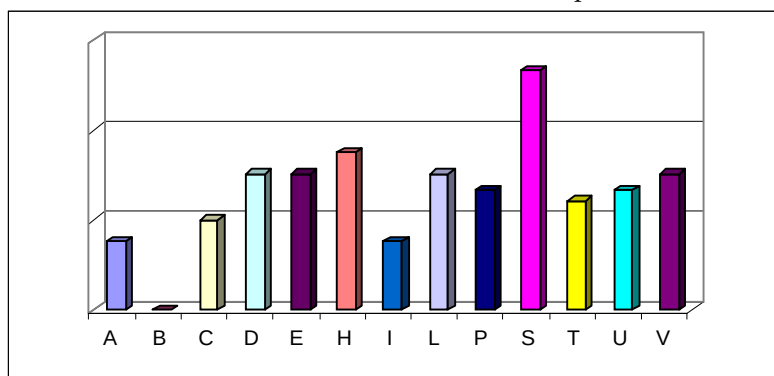
sulla prevenzione, da mettere a disposizione (2 su 22)

C. nei poliambulatori

Elementi valutati

Disponibilità, all'ingresso della struttura, di un opuscolo informativo sulle prestazioni offerte
Disponibilità, all'ingresso della struttura, di un opuscolo informativo circa i diritti degli utenti
Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
Presenza di cartellonistica stradale all'esterno della struttura che ne indichi la ubicazione
Presenza di cartellonistica esterna per l'identificazione del poliambulatorio
Presenza nell'atrio principale di un prospetto riassuntivo dei servizi presenti

Fig. 9 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione - livello assistenza specialistica ambulatoriale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit civico

giudizio: discreto

soltanto 1 azienda in fascia alta, la gran parte si attesta nella fascia media (8 su 14), 4 nella fascia bassa (tra l'altro con notevoli differenze in quanto 1 al limite con la fascia media e 1 altra con il punteggio minimo)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di documenti o di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura (1 su 14)
- ↑ Disponibilità, all'ingresso, di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti (1 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza nell'atrio di un prospetto dei servizi presenti nel poliambulatorio (3 su 14)
- ↓ Assenza di cartellonistica esterna per l'identificazione del poliambulatorio (2 su 14)

D. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

Elementi valutati

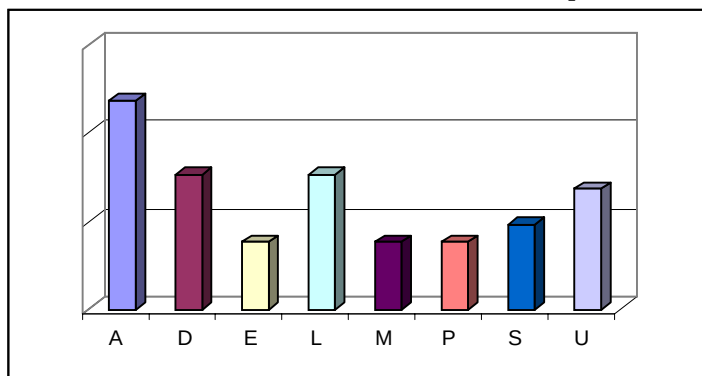
Disponibilità, all'ingresso, di un opuscolo informativo sulle prestazioni offerte

Disponibilità, all'ingresso, di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti

Presenza di cartellonistica stradale all'esterno del servizio

Presenza di cartellonistica esterna per l'identificazione del servizio

Fig. 10 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto all'informazione logistica, sanitaria, comunicazione ed educazione - livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)



Legenda: A D E L M P S T U = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: scadente

solo 1 azienda in fascia alta, 3 nella media, le altre 4 si ritrovano nella fascia bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di cartellonistica stradale all'esterno del servizio (2 su 8)
- ↑ Disponibilità, all'ingresso, di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti (1 su 8)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza, all'ingresso, di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte (1 su 8)

1.4.Comfort –prestazioni alberghiere

A. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di: bar, bancomat (o sportello bancario), parcheggio interno per il pubblico, punto vendita per gli accessori essenziali alla cura della persona, all'interno del presidio accessibile ai degenti e ai loro familiari

Possibilità di: usufruire di un barbiere e di un parrucchiere, comprare riviste e giornali

Scelta tra due o più opzioni per ogni componente del menù per i pazienti a dieta libera

Assenza di stanze di degenza con più di 4 posti letto

Percentuale di unità operative dove si utilizza il carrello scaldavivande

Fornitura sistematica ai degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)

Presenza di camere di degenza con servizi igienici riservati

Pronto soccorso con sala d'attesa, bagno per il pubblico, gabinetto per disabili

Ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere per gli utenti e di bagni per il pubblico e per disabili, localizzati in prossimità dell'ambulatorio stesso

Bagni degli ambulatori dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti

Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare che è occupato o libero

Unità operative con posti letto dotati di sedia, comodino e armadietto

Unità operative con bagni dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti, tappeto antiscivolo

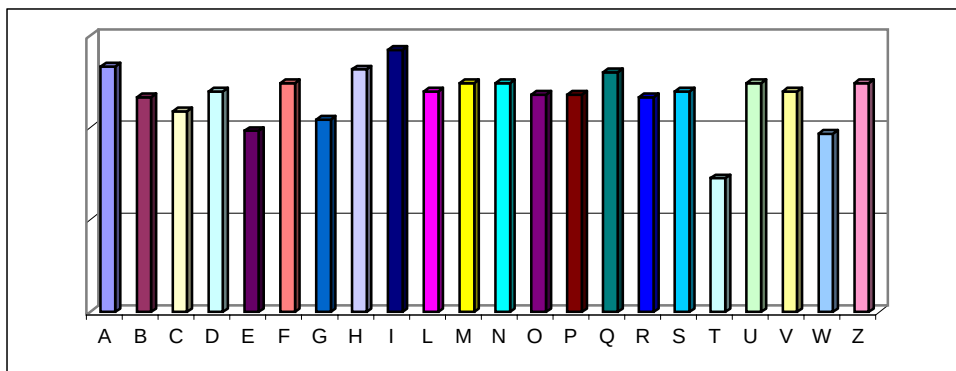
Unità operative con gabinetti dotati di: tavoletta, scopino, campanello di allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo occupato/libero

Assenza nelle parti comuni del presidio ospedaliero di: segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, rifiuti o altro materiale abbandonato soffitti e/o muri con ragnatele

Assenza di Unità Operative con segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, stanze di degenza prive di finestre, finestre che non si chiudono

Assenza di Unità Operative con segni di presenza di insetti, scarafaggi o altri animali; rifiuti abbandonati

Fig. 11 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: ottimo

Quasi tutte le aziende si posizionano nella fascia alta (20 su 22), nessuna in fascia bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di U.O. con stanze di degenza con più di 4 posti letto (3 su 22)
- ↑ Presenza di parcheggio interno per il pubblico (3 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

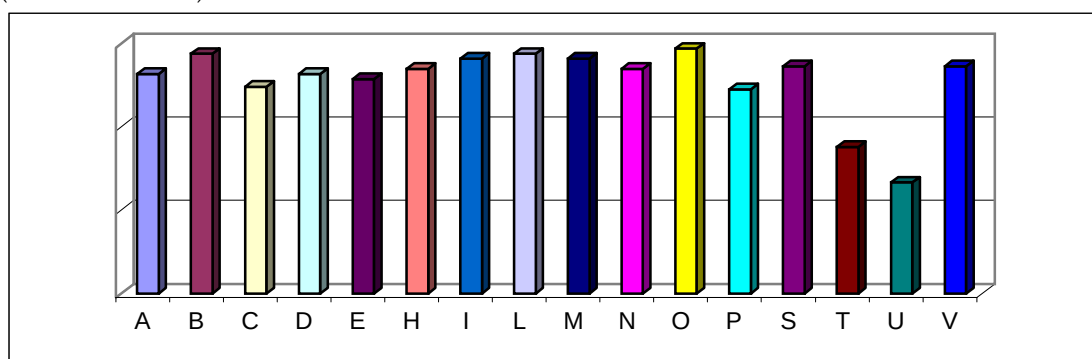
- ↓ Osservazione nelle parti comuni e nelle unità operative del presidio ospedaliero di segni di fatiscenza alle pareti, finestre che non si chiudono, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele (1 su 22)
- ↓ Bassa percentuale di U.O. dotate di tavoletta, campanello di allarme o di sistema per indicare che è occupato o libero (2 su 22)
- ↓ Bassa percentuale di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale (2 su 22)
- ↓ Bassa percentuale di bagni negli ambulatori dotati di specchio, mensola, contenitore portarifiuti (1 su 22)
- ↓ Assenza di sala di attesa al pronto soccorso (1 su 22)
- ↓ Bassa percentuale di posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza (1 su 22)
- ↓ Mancata possibilità di scelta tra due o più opzioni (1 su 22)
- ↓ Mancata possibilità di comprare riviste e giornali (1 su 22)

B. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Presenza di sala d'attesa dotata di sedie nella sede di distretto
Presenza di bagni per il pubblico nella sede di distretto
Presenza di almeno un gabinetto per disabili
Percentuale dei bagni per il pubblico all'interno del distretto, dotati di specchio, mensola, contenitori portarifiuti
Percentuale dei gabinetti per il pubblico dotati di tavoletta, scopino
possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare che è occupato o libero
Osservazione di segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele

Fig. 12 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort – livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M N O P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: ottimo

Anche in questo caso, soltanto 2 aziende si collocano nella fascia media, tutte le altre nella fascia più alta

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza di bagni per il pubblico (1 su 16)
- ↓ Mancanza di gabinetto per disabili (2 su 16)
- ↓ Bassa percentuale di gabinetti per il pubblico dotati di scopino e tavoletta (1 su 16)
- ↓ Osservazione di segni di fatiscenza alle pareti e vetri rotti (2 su 16)
- ↓ Osservazione di finestre che non si chiudono, rifiuti o altro materiale

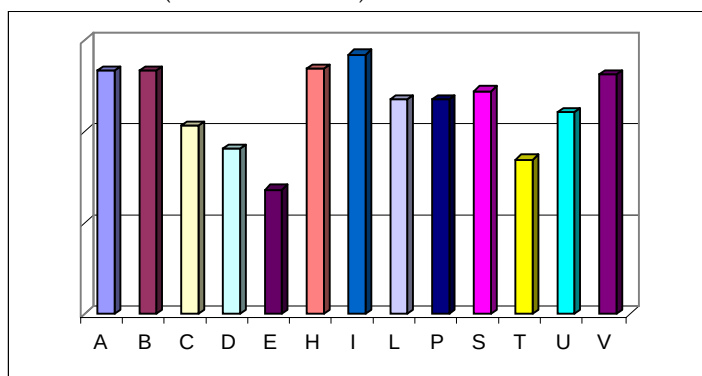
abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele (1 su 16)

C. nei poliambulatori

Elementi valutati

Percentuale di ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere per gli utenti
 Percentuale di ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità dell'ambulatorio stesso
 Percentuale di ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità dell'ambulatorio stesso
 Percentuale dei bagni degli ambulatori dotati di specchio, mensola, contenitori portarifiuti
 Percentuale dei gabinetti degli ambulatori dotati di tavoletta, scopino, campanello d'allarme
 Possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare che è occupato o libero
 Osservazione nel poliambulatorio di segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele

Fig. 13 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort - livello assistenza specialistica ambulatoriale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

Nessuna azienda nella fascia inferiore, 3 su 14 nella media, 10 nella fascia superiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale dei bagni degli ambulatori dotati di campanello d'allarme e sistema per indicare che è occupato o libero (2 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Osservazione di segni di fatiscenza alle pareti e vetri rotti (1 su 14)
- ↓ Osservazione di finestre che non si chiudono, rifiuti o altro materiale

abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele (2 su 14)

- ↓ Bassa percentuale dei bagni degli ambulatori dotati di specchio e mensola (2 su 14)

D. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

Elementi valutati

Presenza di sala d'attesa dotata di sedie

Presenza di bagni per il pubblico

Presenza di almeno un gabinetto per disabili

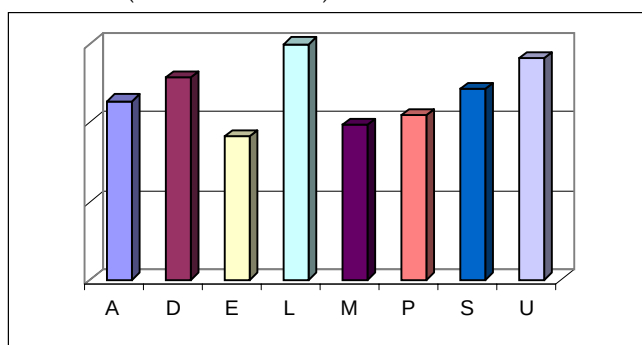
Percentuale dei bagni per il pubblico dotati di specchio, mensola, contenitore portarifiuti

Percentuale dei gabinetti per il pubblico dotati di tavoletta, scopino

Possibilità di chiusura o sistema alternativo è occupato/libero

Osservazione di segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele

Fig. 14 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al comfort- livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)



Legenda: A D E L M P S T U = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

Le aziende si distribuiscono tra la fascia alta (6 su 8) e quella medio-alta (2 su 8)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di sala d'attesa dotata di sedie (2 su 8)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Bassa percentuale dei bagni per il pubblico dotati di specchio e mensola (1 su 8)

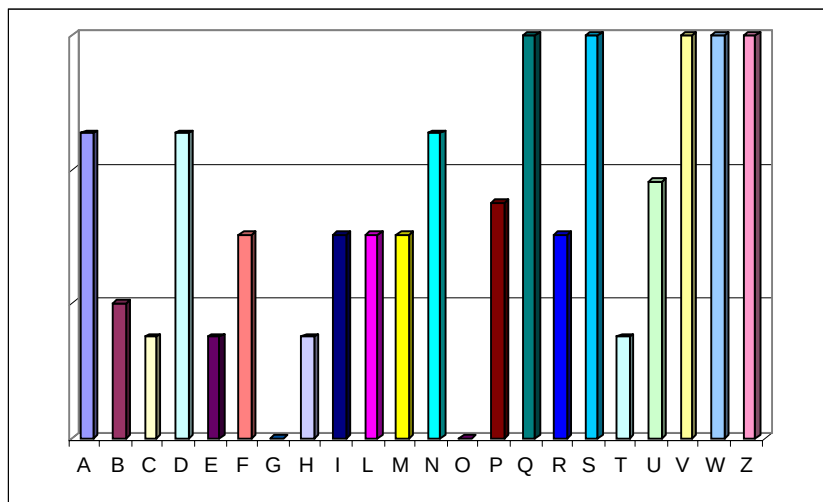
↓ Bassa percentuale di gabinetti per il pubblico dotati di tavoletta, scopino e

di sistema per indicare che è occupato o libero (1 su 8)

1.5.Supporto ai degenti e alle famiglie

A. nell'ospedale

Fig. 15 – Profilo delle aziende sanitarie relativo al supporto ai degenti e alle famiglie – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

Le aziende sembrano distribuite nelle tre fasce; nella fascia più alta si trovano 8 aziende su 22 (di cui 5 ai massimi punteggi), 7 sono nella fascia media, 7 in quella bassa (2 ai punteggi minimi, 1 al confine con la fascia media)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di servizi o di procedure per supportare le famiglie in caso di necessità di carattere economico (3 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Presenza di procedure per eventuali dimissioni protette (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, 1 su 22)

1.6. Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

A. nell'ospedale

Elementi valutati

Presenza di servizi e/o procedure per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale

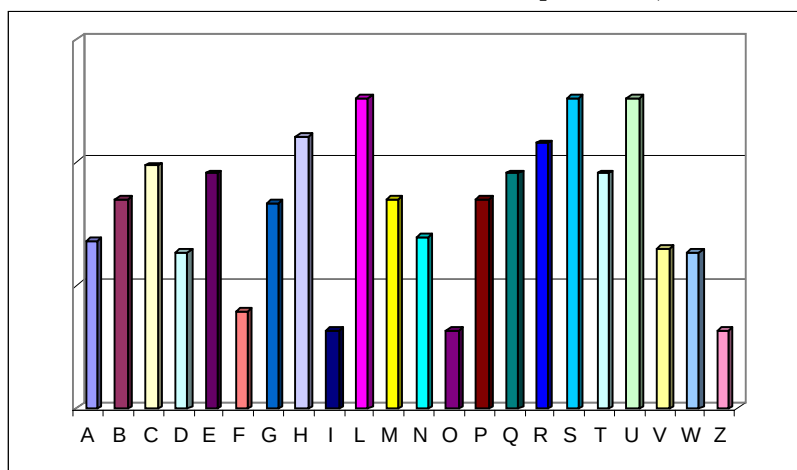
Presenza di procedure proprie della U.O. e/o di accordi tra i medici della U.O. e i medici di famiglia sul territorio per la guida, l'orientamento e l'assistenza dei degenti in caso d'intervento chirurgico

Percentuale di unità operative di degenza in cui, alle dimissioni, è rilasciato un foglio unico (per il medico di medicina generale e per il paziente)

Percentuale di unità operative di degenza in cui, all'atto delle dimissioni, sono rilasciati due distinti documenti: relazione sanitaria per il medico curante e foglio di dimissioni per il paziente

Possibilità di ottenere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso

Fig. 16.- Profilo delle aziende sanitarie relativo alla documentazione sanitaria e alla comunicazione tra medici - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

Situazione piuttosto equilibrata; nella fascia più alta si trovano 5 aziende su 22 (nessuna ai massimi livelli), 13 si posizionano nella fascia media, 4 in quella bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di U.O. in cui, all'atto delle dimissioni, sono rilasciati due distinti documenti: relazione per il medico curante e foglio di dimissioni per il paziente (1 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Presenza di servizi e/o procedure per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale (4 su 22)

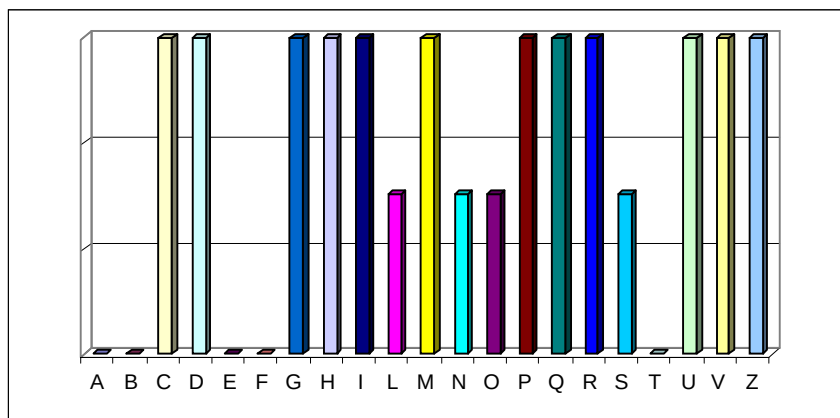
1.7. Tutela dei diritti

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Presenza di qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)
Presenza di qualche provvedimento consecutivo all'analisi dei reclami pervenuti nel corso del 2002 e/o del 2003

Fig. 17 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

Molta disomogeneità nella situazione, 11 aziende su 22 sono ai massimi livelli, 6 nella fascia più bassa, ai minimi livelli, 4 si attestano nella fascia media

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di provvedimento consecutivo all'analisi dei reclami pervenuti (11 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

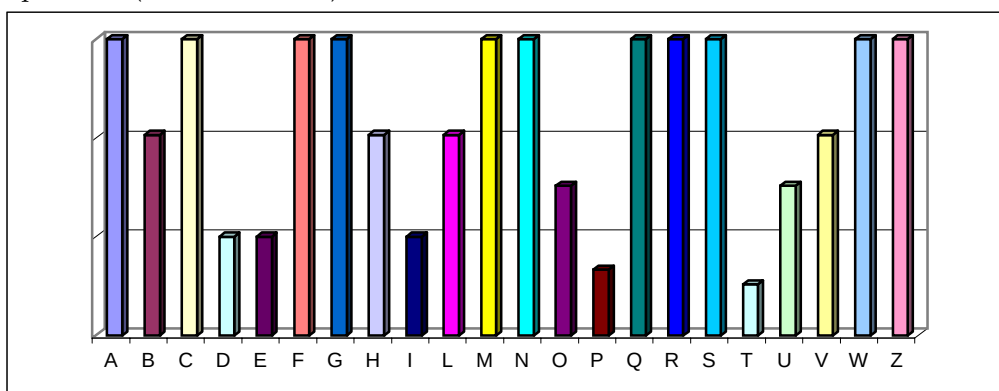
- ↓ Assenza di qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc., 6 su 22)

B. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di locali riservati ad associazioni di volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini
Disponibilità, al momento dell'ingresso, nella struttura di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Esistenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini

Fig. 18 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

11 aziende si collocano ai massimi livelli della fascia alta, 4 ai minimi della stessa fascia, 2 si distribuiscono in quella media, 5 si posizionano a diversi livelli della fascia bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

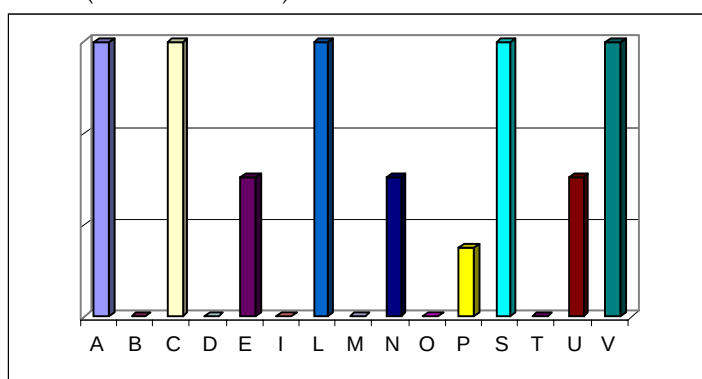
↓ Assenza di schede e punti raccolta per
le segnalazioni e i reclami dei cittadini
(5 su 22)

C. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Presenza di locali riservati ad associazioni di volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini
Disponibilità, al momento dell'ingresso, nella struttura di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Esistenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini

Fig. 19 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M N O P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: discreto

6 aziende su 16 si stabiliscono nella fascia alta, 8 si posizionano nella media, le restanti 2 nella fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Esistenza di schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini (4 su 16)
- ↑ Disponibilità, all'ingresso del distretto, di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (5 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Nessuno

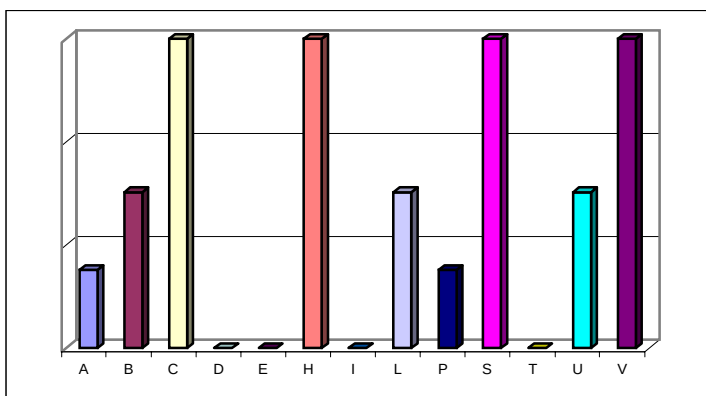
D. nei poliambulatori

Elementi valutati

Disponibilità, all'ingresso dei poliambulatori, di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

Esistenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini

Fig. 20 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti – livello assistenza specialistica ambulatoriale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

3 aziende su 14 sono in fascia alta al massimo punteggio, 3 si attestano nella fascia media, le restanti 5 nella fascia bassa (di cui 4 con il punteggio minimo)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Disponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura, di documenti o di avvisi relativi a possibilità/modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (4 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

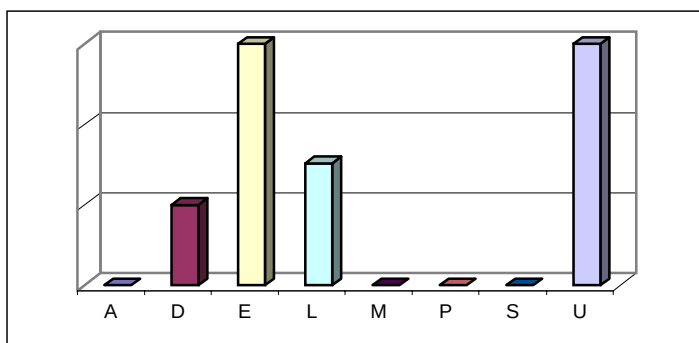
- ↓ Assenza di schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini (4 su 14)

E. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

Elementi valutati

Disponibilità, all'ingresso dei servizi, di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
Esistenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini

Fig. 21- Profilo delle aziende sanitarie rispetto alla tutela dei diritti - livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)



Legenda: A D E L M P S U = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: scadente

solo 2 aziende su 8 in fascia alta, 1 nella media, le altre 5 si ritrovano nella fascia bassa di cui 4 ai punteggi minimi assoluti

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Esistenza di schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini (2 su 8)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Mancata disponibilità, al momento dell'ingresso, nella struttura di documenti o di avvisi relativi a possibilità/modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (4 su 8)

1.8. Miglioramento della qualità

B. negli ospedali

Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari attraverso interviste o questionari relativi ai servizi erogati dall'azienda all'interno del presidio

Presenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla consultazione degli utenti e dei familiari

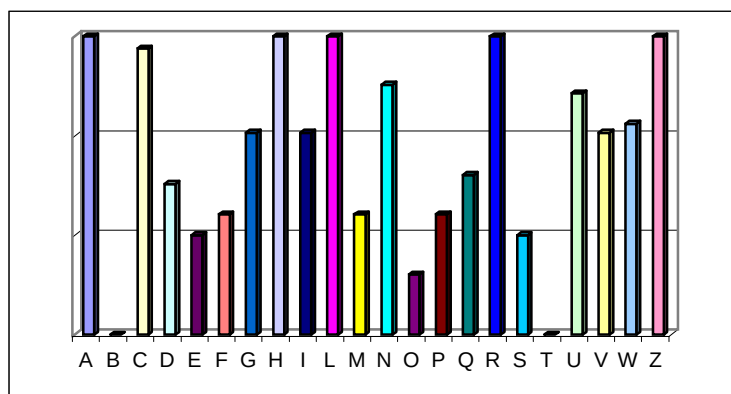
Percentuale di U.O. nelle quali è stata effettuata (negli ultimi 2 anni) almeno un'inchiesta sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari attraverso interviste o questionari

Percentuale di U.O. nelle quali si ha evidenza di azioni di miglioramento attuate in seguito alla consultazione dei degenti

Introduzione del sistema qualità secondo le norme ISO 9000 nell'intero presidio

Introduzione del sistema qualità in uno o più servizi del presidio sanitario

Fig. 22 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento della qualità - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

12 aziende su 22 si collocano nella fascia più alta (di cui 5 con i punteggi massimi e 3 con i punteggi minimi), 5 si collocano nella fascia mediana, 5 aziende, infine, si attestano nella fascia inferiore

Elementi che giustificano

i risultati migliori

↑ Nessuno

i risultati peggiori

↓ Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (3 su 22)

Elementi che giustificano

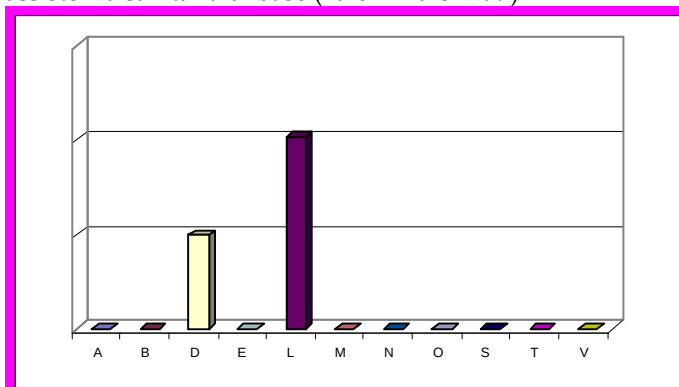
B. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti dei medici di medicina generale e/o pediatri di libera scelta, attraverso interviste o questionari

Presenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine
Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine circa i bisogni emergenti dal territorio relativamente al settore d'interesse del Servizio

Fig. 23 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento della qualità - livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E L M N O S T V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: pessimo

nessuna azienda si posiziona nella fascia superiore, 2 si collocano nella fascia media, tutte le altre ai punteggi minimi nella fascia più bassa

Elementi che giustificano

i risultati migliori

↑ Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (2 su 16)

Elementi che giustificano

i risultati peggiori

↓ Nessuno

C. nei poliambulatori

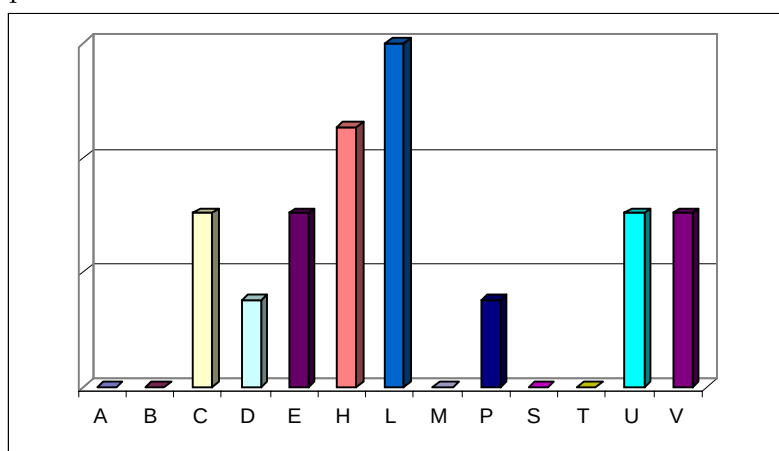
Elementi valutati

Realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti attraverso interviste o questionari

Presenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

Introduzione del sistema di qualità in uno o più servizi del presidio sanitario

Fig. 24 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento qualità - livello assistenza specialistica ambulatoriale



Legenda: A B C D E H L M P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: scadente

soltanto 2 aziende su 14 si trovano in fascia alta, 4 si posizionano nella fascia intermedia, 7 aziende si collocano nella fascia inferiore (di cui 5 si fermano ai punteggi minimi)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla consultazione degli utenti e dei familiari (1 su 14)
- ↑ Realizzazione nel presidio di esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al

livello internazionale (ISO 9000, EFQM, 1 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Mancata realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (4 su 14)

D. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

Elementi valutati

Realizzazione, negli ultimi tre anni, di una indagine sulla soddisfazione degli utenti attraverso interviste o questionari

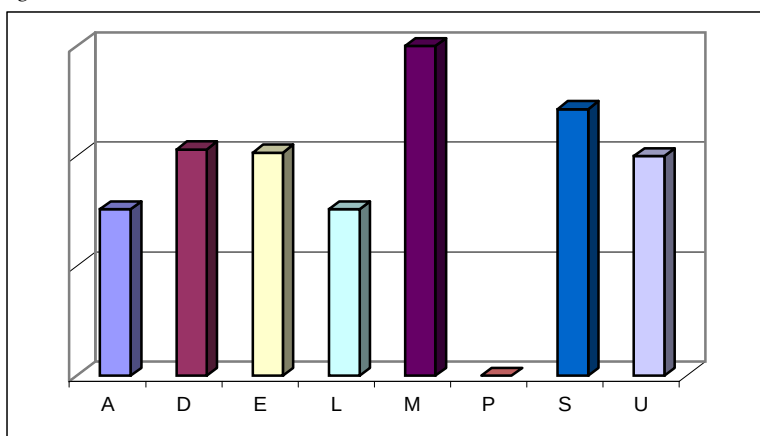
Presenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

Realizzazione, negli ultimi tre anni, di una indagine circa i bisogni emergenti dal territorio relativamente al settore d'interesse del Servizio

Coinvolgimento del settore *non profit* nell'erogazione del servizio

Fig. 25 - Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento della qualità - livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)

Legenda: A D E L M P S U = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico



Giudizio: discreto

2 aziende su 8 si collocano all'interno della fascia alta, 5 si posizionano nella fascia media, 1 azienda si ferma ai livelli minimi della fascia più bassa nessuna azienda si posiziona nella fascia superiore, 2 si collocano nella fascia media, tutte le altre ai punteggi minimi nella fascia più bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Mancata realizzazione negli ultimi tre anni di una indagine sui bisogni emergenti (1 su 8)
- ↓ Mancata realizzazione negli ultimi tre anni di indagine sulla soddisfazione degli utenti (1 su 8)

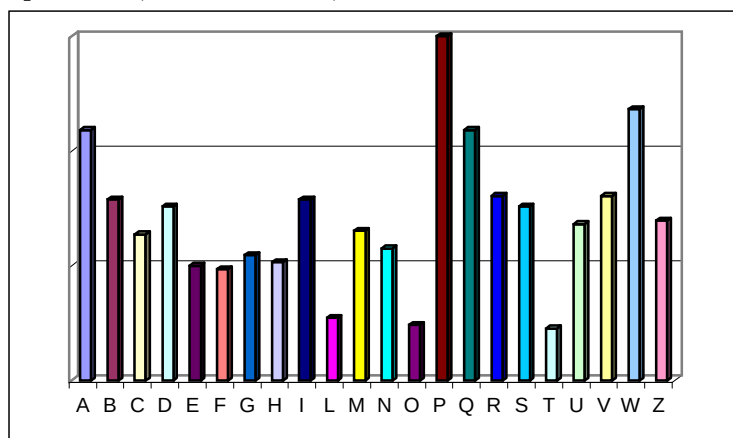
1.9. Assistenza alla persona/rapporti degenti-operatori

A. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito
Presenza di altre linee guida o protocolli per la cura della persona
Presenza di regolamento sulle badanti
Percentuale U.O con assistenza senza limiti a non autosufficienti con posto letto
Percentuale U.O con assistenza senza limiti a non autosufficienti con accesso alla mensa
Possibilità di assistenza senza limiti di orario per degenti non autosufficienti di età > 75 anni
Presenza di un regolamento riguardante le figure di infermieri a pagamento e di badanti

Fig. 26 – Profilo delle aziende sanitarie rispetto al miglioramento dei diritti – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: discreto

La maggior parte delle aziende si colloca nella fascia intermedia (14 su 22), 4 raggiungono la fascia superiore, 5 si posizionano nella fascia più bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di U.O con assistenza senza limiti a non autosufficienti con posto letto (3 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza di linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito (2 su 22)

↓ Assenza di altre linee guida o protocolli
per la cura della persona (3 su 22)

2. Seconda componente: impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario

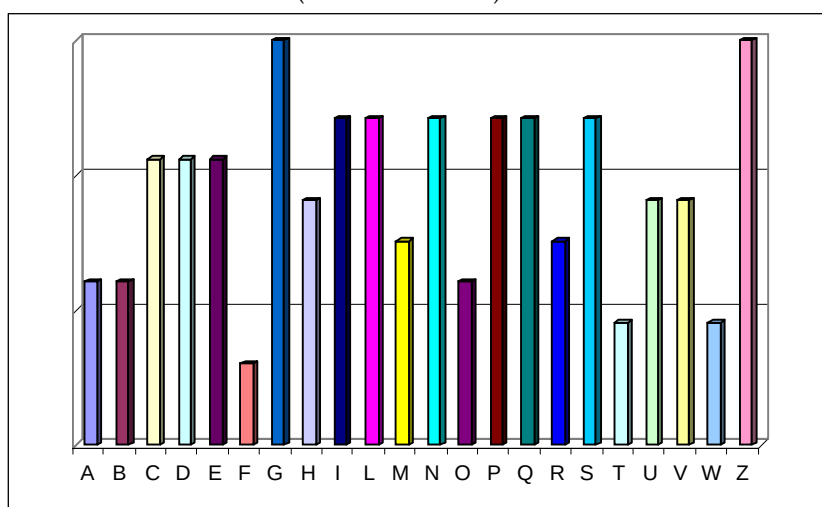
2.1. Sicurezza nell'esercizio della pratica medica

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Esistenza, a qualsiasi livello dell'azienda (di presidio, di U.O., di distretto) di un ufficio, una persona incaricata, un servizio che si preoccupano di gestire gli aspetti relativi alla sicurezza della pratica medica ed assistenziale (unità di gestione del rischio, ecc.)
 Esistenza di altre forme di registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella
 Esistenza di una mappa dei rischi della pratica medica ed assistenziale
 Esistenza di un Piano per la sicurezza per la pratica medica ed assistenziale
 Esistenza di un Servizio di Ingegneria clinica
 Esistenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
 Esistenza del Comitato per il buon uso del sangue
 Svolgimento di corsi di formazione specifici sulla sicurezza e sull'errore nella pratica medica e assistenziale negli ultimi tre anni
 Esistenza di commissioni aziendali per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale
 Esistenza di procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra il settore amministrativo e i reparti clinici nella gestione del contenzioso

Fig. 27 – Profilo delle aziende sanitarie relative alla sicurezza nell'esercizio della pratica medica – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

11 aziende su 22 si collocano nella fascia alta (2 con il massimo punteggio), 8 si posizionano nella fascia media, 3 aziende si fermano nella fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Esistenza, a qualsiasi livello dell'azienda (di presidio, di UO., di distretto) di un ufficio, una persona incaricata, un servizio che si preoccupano di gestire gli aspetti relativi alla sicurezza della pratica medica ed assistenziale (7 su 22)
- ↑ Esistenza di una mappa dei rischi della pratica medica ed assistenziale (2 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

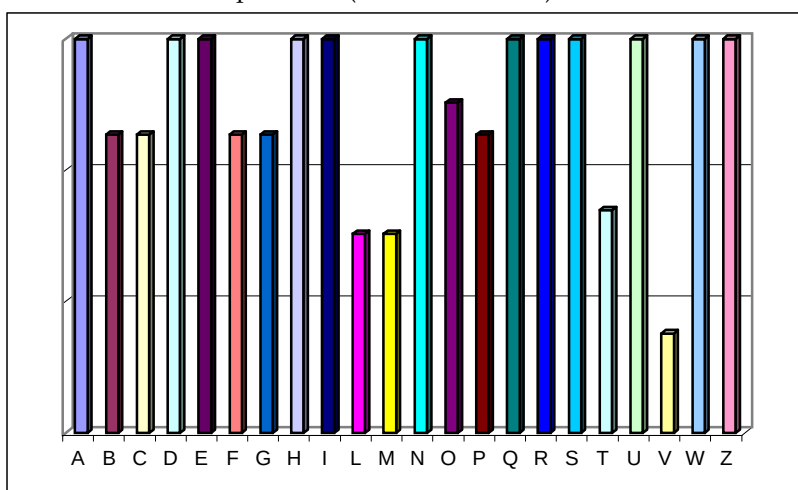
- ↓ Assenza di un Servizio di Ingegneria clinica (2 su 22)
- ↓ Assenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere (1 su 22)
- ↓ Svolgimento di corsi di formazione specifici sulla sicurezza e sull'errore nella pratica medica e assistenziale (4 su 22)
- ↓ Esistenza di commissioni aziendali per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale (3 su 22)
- ↓ Esistenza di procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso (5 su 22)

B. negli ospedali

Elementi valutati

Esistenza di studi di carattere valutativo sulle Schede di Dimissioni Ospedaliere
Esistenza di procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato un intervento (con esclusione degli interventi di cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.)
Svolgimento di indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere
Svolgimento di indagini sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche
Esistenza di protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere
Esistenza di protocolli o linee-guida per la sterilizzazione dei dispositivi medici
Esistenza di un manuale dei disinfettanti
Esistenza di un protocollo operativo per la gestione dei rifiuti sanitari

Fig. 28 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza nell'esercizio della pratica medica – livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

18 aziende su 22 si posizionano nella fascia alta (di cui 12 a punteggio pieno), 1 sola nella fascia bassa, 3 aziende si collocano nella fascia di mezzo

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza di procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria degli operatori che hanno iniziato l'intervento (3 su 22)
- ↓ Assenza di indagini periodiche e linee-guida sulle infezioni ospedaliere, di un manuale per la gestione dei rifiuti sanitari (1 su 22) e di un manuale dei

disinfettanti in uso nel presidio (3 su
22)

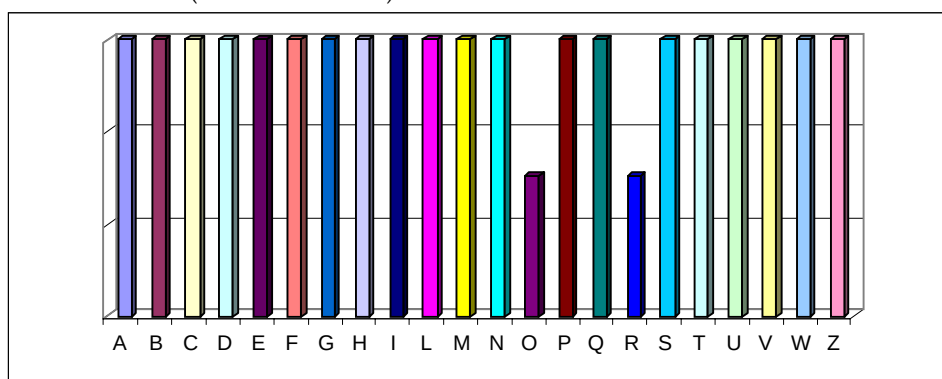
2.2. Sicurezza delle strutture e degli impianti

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Esistenza di contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini
Svolgimento di corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni

Fig. 29 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit civico

Giudizio: ottimo

20 aziende su 22 si collocano nella fascia alta con il massimo punteggio, le restanti 2 si posizionano nella fascia media (con un discreto stacco rispetto alle altre)

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

↓ Svolgimento di corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni (2 su 22)

B. negli ospedali

Elementi valutati

Presenza di accesso dedicato per le emergenze

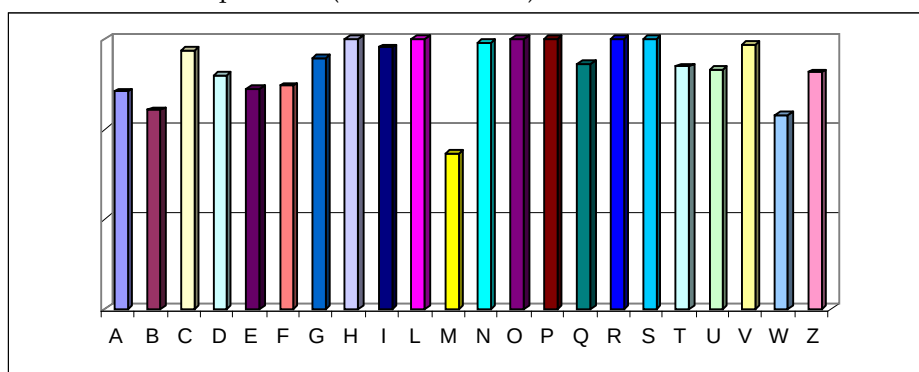
Individuazione, all'interno, del P.S dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni

Definizione per tutto il personale delle procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni

Presenza di camera calda al P.S

Presenza all'interno delle unità operative di degenza di: segnaletica per le vie di fuga, segnaletica per l'individuazione degli estintori, piantina del piano di evacuazione

Fig.30 - Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza delle strutture e degli impianti - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: ottimo

tutte le aziende sanitarie si posizionano nella fascia alta (di cui 6 a punteggio pieno), 1 sola nella fascia media

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Alta percentuale di unità operative di degenza nelle quali è presente la piantina del Piano di evacuazione (5 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Mancata individuazione all'interno del P.S dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni (1 su 22)
- ↓ Assenza di camera calda al pronto soccorso (1 su 22)
- ↓ Bassa percentuale di unità operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga (2 su 22)

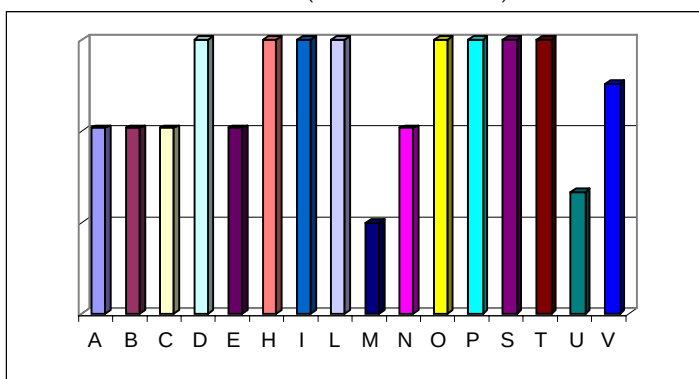
C. nella medicina di famiglia e nei distretti

Elementi valutati

Presenza nella sede di distretto di:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- piantina del piano di evacuazione

Fig. 31 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza della struttura e impianti – livello assistenza sanitaria di base (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E H I L M N O P S T U V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

Le aziende sono tendenzialmente divise tra quelle che si collocano nella fascia alta (8 su 9 a punteggio pieno) e quelle nella parte superiore della fascia media (5 su 6 al confine con la fascia superiore), *1 sola* si ferma ai limiti della fascia bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza nella sede di distretto della piantina del piano di evacuazione (8 su 16)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza nella sede di distretto di segnaletica per le vie di fuga (1 su 16)

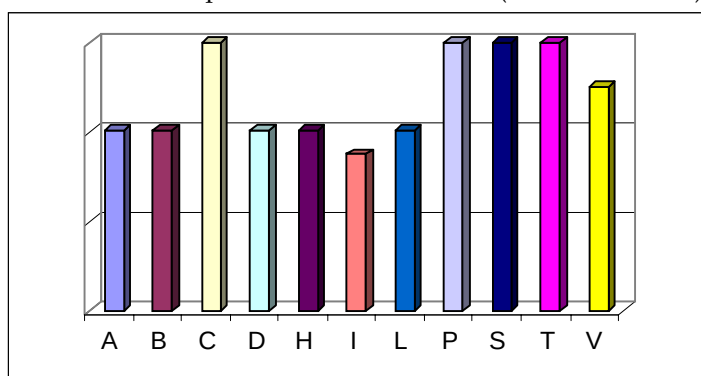
D. nei poliambulatori

Elementi valutati

Presenza nei poliambulatori di:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- piantina del piano di evacuazione

Fig. 32 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza della struttura e degli impianti – livello assistenza specialistica ambulatoriale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D H I L P S T V = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

4 aziende su si trovano ai massimi punteggi della fascia alta, 5 ai limiti superiori della fascia media *nessuna* nella fascia bassa,

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza nella sede del poliambulatorio della piantina del piano di evacuazione (4 su 14)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Assenza nella sede del poliambulatorio di segnaletica per le vie di fuga (1 su 14)

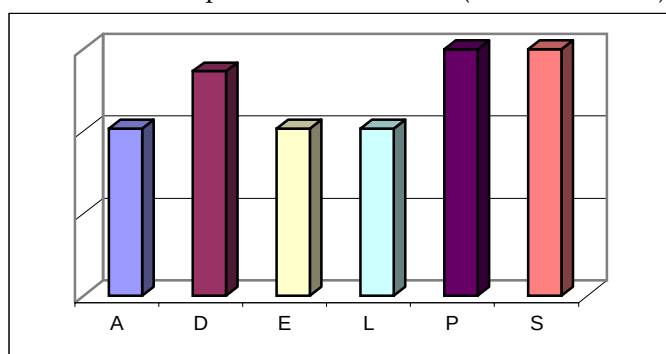
E. nell'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale

Elementi valutati

Presenza nelle sedi dei servizi di:

- segnaletica per le vie di fuga
- segnaletica per l'individuazione degli estintori
- piantina del piano di evacuazione

Fig. 33 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alla sicurezza della struttura e degli impianti – livello assistenza specialistica territoriale (valori indicizzati)



Legenda: A D E L P S = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

Giudizio: buono

Le 6 aziende (2 non rispondono) si collocano nella fascia alta o medio-alta

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

↓ Assenza di piantina per il piano di evacuazione (3 su 14)

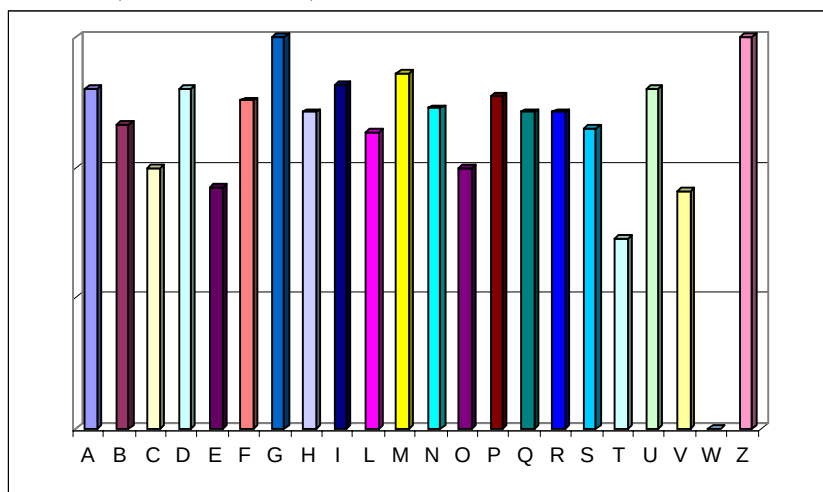
2.3. Malattie croniche e oncologia

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Centri di informazione e counselling per pazienti affetti da patologie croniche o patologie rare
Centri di riferimento o strutture di orientamento per pazienti affetti da patologie croniche o da patologie rare
Centri per la chemioterapia
Centri per il controllo del dolore (centro di terapia del dolore, centro cefalee, ecc.)
Percorsi predefiniti e semplificati per itinerari diagnostico-terapeutici per malattie croniche
Percorsi predefiniti e semplificati per itinerari diagnostico-terapeutici per malattie tumorali
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 a presidi, ausili e protesi
Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità agevoli per gli utenti
Centri di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi (interni o esterni alla azienda)
Servizi di dialisi domiciliare
Servizi di trasporto per i pazienti dializzati dal domicilio al centro dialisi e viceversa
Strutture erogatrici di cure palliative: cure domiciliari, ambulatorio, ricovero ospedaliero in day hospital, ricovero ospedaliero in regime ordinario, hospice
Svolgimento, negli ultimi tre anni, di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari
Svolgimento, negli ultimi tre anni, di iniziative rivolte alle farmacie per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari

Fig.34 - Profilo delle aziende sanitarie relative alle malattie croniche e oncologiche - livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

16 aziende su 22 si collocano nella fascia alta (2 con il massimo punteggio), 5 si posizionano nella fascia media, 1 azienda si ferma ai livelli più bassi della fascia inferiore

***E**lementi che giustificano i risultati migliori*

- ↑ Esistenza di strutture erogatrici di cure palliative (2 su 22)
- ↑ Esistenza di servizi di dialisi domiciliare (2 su 22)
- ↑ Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte alle farmacie per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari (2 su 22)

***E**lementi che giustificano i risultati peggiori*

- ↓ Assenza di centri per la chemioterapia (1 su 22)
- ↓ Assenza di centri di riferimento/orientam. per pazienti con patologie croniche o rare (3 su 22)
- ↓ Assenza di centri per il controllo del dolore (centro terapia del centro cefalee, ecc.) (2 su 22)
- ↓ Assenza di percorsi predefiniti di itinerari diagnostico-terapeutici relativi a malattie croniche e tumorali (3 su 22)

2.4. Medicina del dolore

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Esistenza di centri per il dolore

Presenza di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nella pratica medica-assistenziale dei diversi servizi dell'azienda

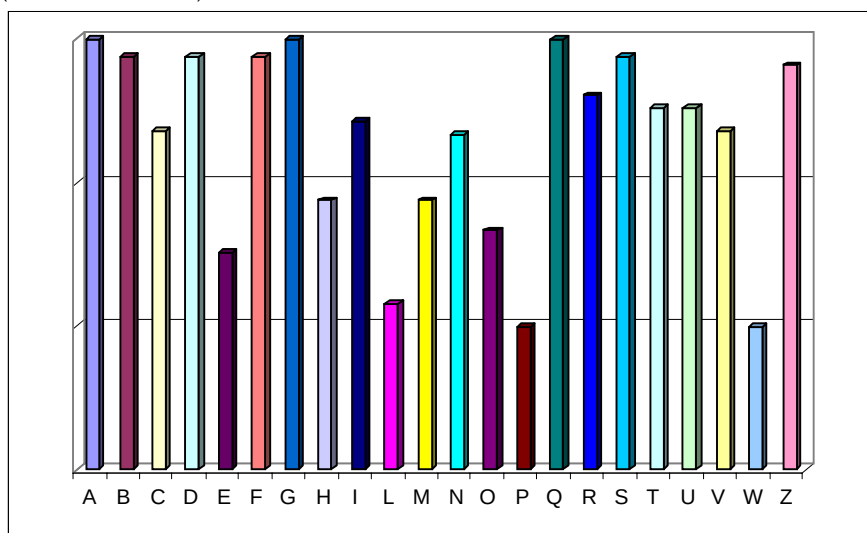
Valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati

Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte al personale sanitario ospedaliero/ medici di famiglia

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

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

Fig. 35 - Profilo delle aziende sanitarie relativo alla medicina del dolore - livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

15 aziende su 22 si collocano nella fascia alta (di cui 3 con il punteggio massimo), 5 si posizionano pienamente nella fascia media, 2 aziende raggiungono i massimi livelli della fascia inferiore

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

Elementi che giustificano i risultati peggiori

↓ Bassa percentuale di centri per il controllo del dolore (1 su 22)

↓ Assenza di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nella pratica medica-assistenziale dei diversi servizi dell'azienda (1 su 22)

↓ Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative di formazione sul dolore (2 su 22)

B. negli ospedali

Elementi valutati

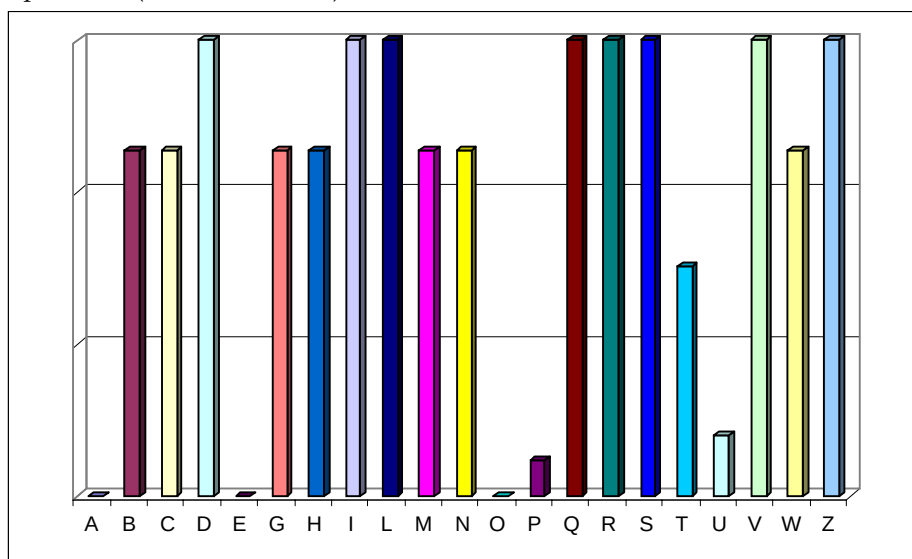
Codifica delle modalità d'informazione al paziente circa i trattamenti antalgici indicati per il dolore acuto postoperatorio

Codifica delle modalità d'informazione alle partorienti circa i trattamenti antalgici nella partoanalgesia

Codifica delle modalità d'informazione al paziente circa i trattamenti antalgici indicati per il controllo del dolore cronico

Utilizzazione di schede specifiche per il rilevamento del dolore e di altri sintomi e segni clinici correlati

Fig. 36 - Profilo delle aziende sanitarie relativo alla medicina del dolore - livello assistenza ospedaliera (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E F G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: buono

Situazione piuttosto disomogenea; esiste un notevole stacco tra 15 aziende che raggiungono la fascia alta (di cui 8 con il punteggio massimo), 1 si colloca nella fascia media, 5 (di cui 3 ai valori minimi) si fermano nella fascia più bassa

Elementi che giustificano i risultati migliori

↑ Nessuno

***E**lementi che giustificano
i risultati peggiori*

- ↓ Mancata utilizzazione di modalità specifiche per il rilevamento del dolore e di altri sintomi e segni clinici correlati (5 su 22)
- ↓ Codifica delle modalità d'informazione al paziente circa i trattamenti antalgici indicati per il dolore acuto postoperatorio (4 su 22)

3. Terza componente: coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

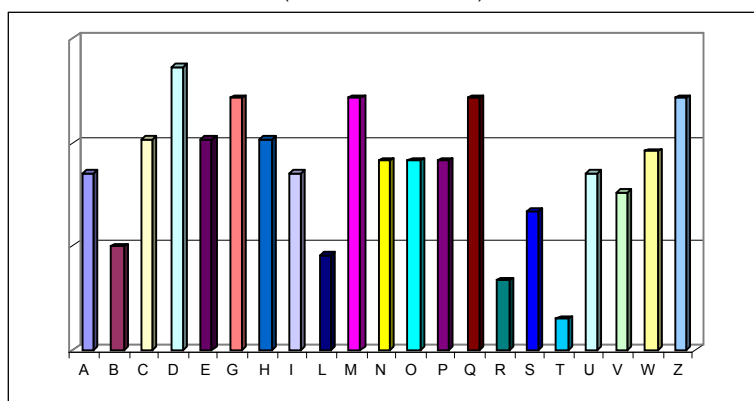
3.1. Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti nel SSN previsti dalla legislazione vigente

A. nell'Azienda

Elementi valutati

Esistenza di forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del DLgs 229/99)
Esistenza di protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 DLgs 502/92)
Esistenza di forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalla associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995, con esclusione dell'esperienza in corso di Audit Civico)
Esistenza della Commissione mista conciliativa
Esistenza dei Comitati consultivi misti (solo Emilia Romagna)
Convocazione nell'ultimo anno (2000) della Conferenza dei Servizi
Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi
Determinazione degli standards della Carta dei servizi attraverso la consultazione dei cittadini
Esistenza del Comitato Etico
Presenza di una richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato Etico

Fig. 37 - Profilo delle aziende sanitarie relativo agli istituti di partecipazione degli utenti - livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

Situazione piuttosto equilibrata e distribuita; 5 aziende si collocano nella fascia

più alta, 12 sono nella fascia media (di cui 3 al confine con la fascia superiore), 4 in quella bassa (1 al confine con la fascia media)

***E**lementi che giustificano i risultati migliori*

- ↑ Esistenza di forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (3 su 22)
- ↑ Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi (5 su 22)
- ↑ Determinazione degli standard della Carta dei servizi con la consultazione dei cittadini (3 su 22)

***E**lementi che giustificano i risultati peggiori*

- ↓ Assenza di protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (2 su 22)
- ↓ Assenza del Comitato etico (1 su 22)

3.2. Altre forme di partecipazione di partecipazione

A. nell'Azienda

Elementi valutati

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

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

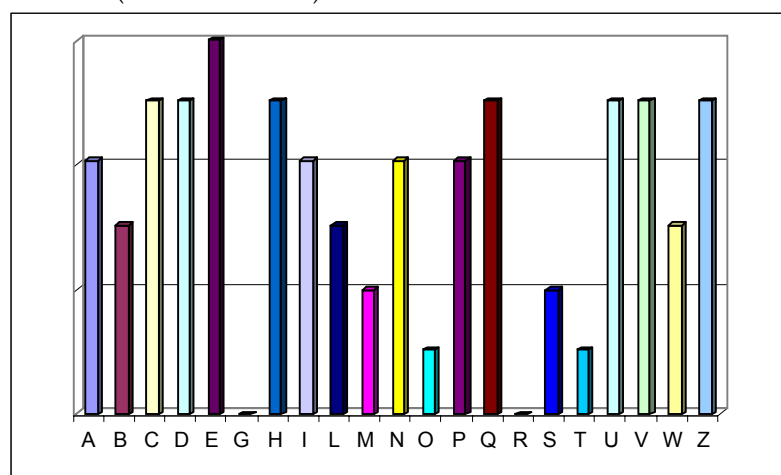
Presenza di iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini), riguardanti la qualità del servizio

Presenza di riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari

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

Presenza nei capitolati d'appalto vigenti di articoli che permettono la possibilità di controlli da parte degli utenti sulla qualità delle forniture

Fig. 38 – Profilo delle aziende sanitarie relativo alle altre forme di partecipazione degli utenti – livello aziendale (valori indicizzati)



Legenda: A B C D E G H I L M N O P Q R S T U V W Z = le aziende sanitarie coinvolte nell'Audit Civico

giudizio: discreto

8 aziende si posizionano nella fascia più alta (1 ai massimi livelli), 7 sono nella fascia media (di cui 4 al confine con la fascia superiore), 5 si fermano nella fascia più bassa (di cui 2 al confine con la fascia media e 2 ai punteggi minimi)

Elementi che giustificano i risultati migliori

- ↑ Presenza di consultazioni periodiche delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio (7 su 22)
- ↑ Presenza di iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio ((7 su 22)
- ↑ Presenza nei capitolati d'appalto vigenti di articoli che permettono la possibilità di controlli da parte degli utenti sulla qualità delle forniture (1 su 22)

Elementi che giustificano i risultati peggiori

- ↓ Mancanza di riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari (3 su 22)
- ↓ Assenza di 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 (4 su 22)

CAPITOLO TERZO

Analisi dei fattori

L'esame dei risultati complessivi dei fattori esaminati nelle prime due edizioni dell'Audit Civico (2001 e 2002) ha permesso di individuare alcune tendenze presenti nell'ambito del gruppo di aziende coinvolte. Alcuni fattori tendevano ad avere risultati buoni, altri – al contrario – presentavano risultati non adeguati o, comunque, non all'altezza delle aspettative. Tale situazione è stata quindi rappresentata attraverso la suddivisione dei fattori in **quattro gruppi**: le buone notizie; i fattori in movimento, la zona grigia e, infine, le cattive notizie.¹

I risultati di questa edizione confermano sostanzialmente le tendenze messe in evidenza negli anni scorsi. Non siamo in grado di affermare se ciò può essere riferito all'insieme di ASL e di Aziende Ospedaliere italiane - perché l'Audit, svolgendosi su base volontaria, non è effettuato su un campione *randomizzato* di strutture sanitarie - ma il rilievo di tali tendenze, anche nelle nuove aziende esaminate e per il terzo anno consecutivo, ci permette, quantomeno, di formulare alcune ipotesi circa la direzione che la sanità italiana ha preso in questi ultimi anni rispetto ai temi considerati nell'Audit Civico.

I risultati esposti quest'anno nel rapporto si arricchiscono, inoltre, dei dati complessivi dei tre cicli di Audit Civico 2001, 2002 e 2003, relativi a un totale di: 47 aziende sanitarie (35 ASL e 12 A.O.), 73 ospedali, 77 sedi di distretto, 60 poliambulatori e 58 servizi di assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale.

1. Le buone notizie

Il comfort, l'accessibilità e la sicurezza delle strutture e degli impianti sono ambiti nei quali il Tribunale per i diritti del malato ha segnalato, per anni, la presenza di disfunzioni e di disagi pesanti per i cittadini. Le buone notizie, già messe in evidenza nei primi due Audit, riguardano il fatto che,

¹ Tale suddivisione si è basata sui valori medi dell'indice di adeguatezza agli standard, calcolato per realizzare le tavole di benchmarking (cfr. cap. secondo).

rispetto agli indicatori presi in considerazione, i risultati sono buoni a testimonianza che su questo terreno è stato fatto molto.

L'impressione è che si sia usciti da una fase di "emergenza" per entrare in una fase di gestione ordinaria nella quale permangono, comunque, significativi problemi da risolvere. A questo proposito, si segnala la questione dei tempi di attesa per gli esami diagnostici e per gli interventi chirurgici che, nonostante i proclami (molti) e gli interventi (di meno) conserva tutta la sua gravità.

<i>Fattori e livelli di analisi</i>	<i>Giudizio rilevazione 2001</i>	<i>Giudizio rilevazione 2002</i>	<i>Giudizio rilevazione 2003</i>
<i>Comfort e prestazioni alberghiere</i>			
negli ospedali	Ottimo	Buono	Buono
nella medicina di famiglia e nei distretti	Ottimo	Ottimo	Ottimo
nei poliambulatori	Buono	Ottimo	Buono
nell'assistenza specialistica territoriale	Ottimo	Ottimo	Buono
<i>Accesso ai servizi sanitari</i>			
al livello aziendale	Buono	Ottimo	Ottimo
negli ospedali	Buono	Ottimo	Ottimo
nella medicina di famiglia e nei distretti	Buono	Discreto	Discreto
nei poliambulatori	Discreto	Buono	Buono
nell'assistenza specialistica territoriale	Discreto	Buono	Discreto
<i>Sicurezza delle strutture e degli impianti</i>			
al livello aziendale	Ottimo	Ottimo	Ottimo
negli ospedali	Buono	Buono	Ottimo
nella medicina di famiglia e nei distretti	Buono	Discreto	Buono
nei poliambulatori	Buono	Buono	Buono
nell'assistenza specialistica territoriale	Discreto	Ottimo	Ottimo

1.1. Il comfort e le prestazioni alberghiere

Complessivamente i risultati del comfort e delle prestazioni alberghiere sono in linea con le indicazioni emerse nel 2001 e nel 2002.

le stanze di degenza e i servizi igienici

Stanza di degenza, posti letto e servizi igienici “normali” tendono ad essere finalmente una realtà diffusa:

- le stanze con servizi igienici riservati raccolgono circa il 67% dei posti letto degli ospedali osservati (era il 60% nel 2002);
- i posti letto - dotati, senza eccezioni, di sedia, comodino e armadietto - sono presenti nel 98% delle U.O. di degenza (erano il 95% nel 2002);
- tutti i servizi igienici, dotati di scopino, tavoletta e cestino portarifiuti sono stati osservati:
 - o in 29 sedi di distretto su 35;
 - o in 26 poliambulatori su 29;
 - o in 20 ospedali su 33.

Inoltre, tranne in un caso, il rapporto tra gabinetti e degenti è di 1 gabinetto per 4 posti letti, conforme alle norme vigenti e a quanto dichiarato dalle Carte dei diritti del malato.

Restano le criticità riguardanti:

- la possibilità di chiudersi in bagno o di segnalare la condizione di libero/occupato (circa 1 ospedale su 5 ha solo alcune U.O. di degenza o nessuna con bagno di questo tipo);
- i bagni per disabili (presenti in tutti gli ambulatori ospedalieri solo nel 16% dei casi, nel 48% degli ambulatori sul territorio e nel 65% delle sedi di distretto).

le sale d’attesa

Pressoché identica alle precedenti rilevazioni è la percentuale di ospedali e strutture territoriali con tutti o quasi tutti gli ambulatori dotati di sala d’attesa con sedie. Sono il 73% degli ospedali (erano l’83% nel 2002) e il 93% dei poliambulatori (erano il 90% nel 2002).

il vitto

Sul vitto sono stati rilevati più elementi che, nel complesso, rappresentano in maniera significativa la maggiore attenzione posta a questo problema:

- posate e bicchieri per il consumo dei pasti sono forniti ai pazienti in oltre l'80% degli ospedali (il 73% nei tre anni complessivi);
- il carrello scaldavivande per la distribuzione del cibo è utilizzato nell'83% degli ospedali (l'82 % nei tre anni complessivi);
- è offerta la possibilità di scelta tra due o più opzioni per ogni componente del menù per i pazienti a dieta libera in tutte le U.O. in oltre il 90% degli ospedali (era l'80% nel 2001 e 2002).

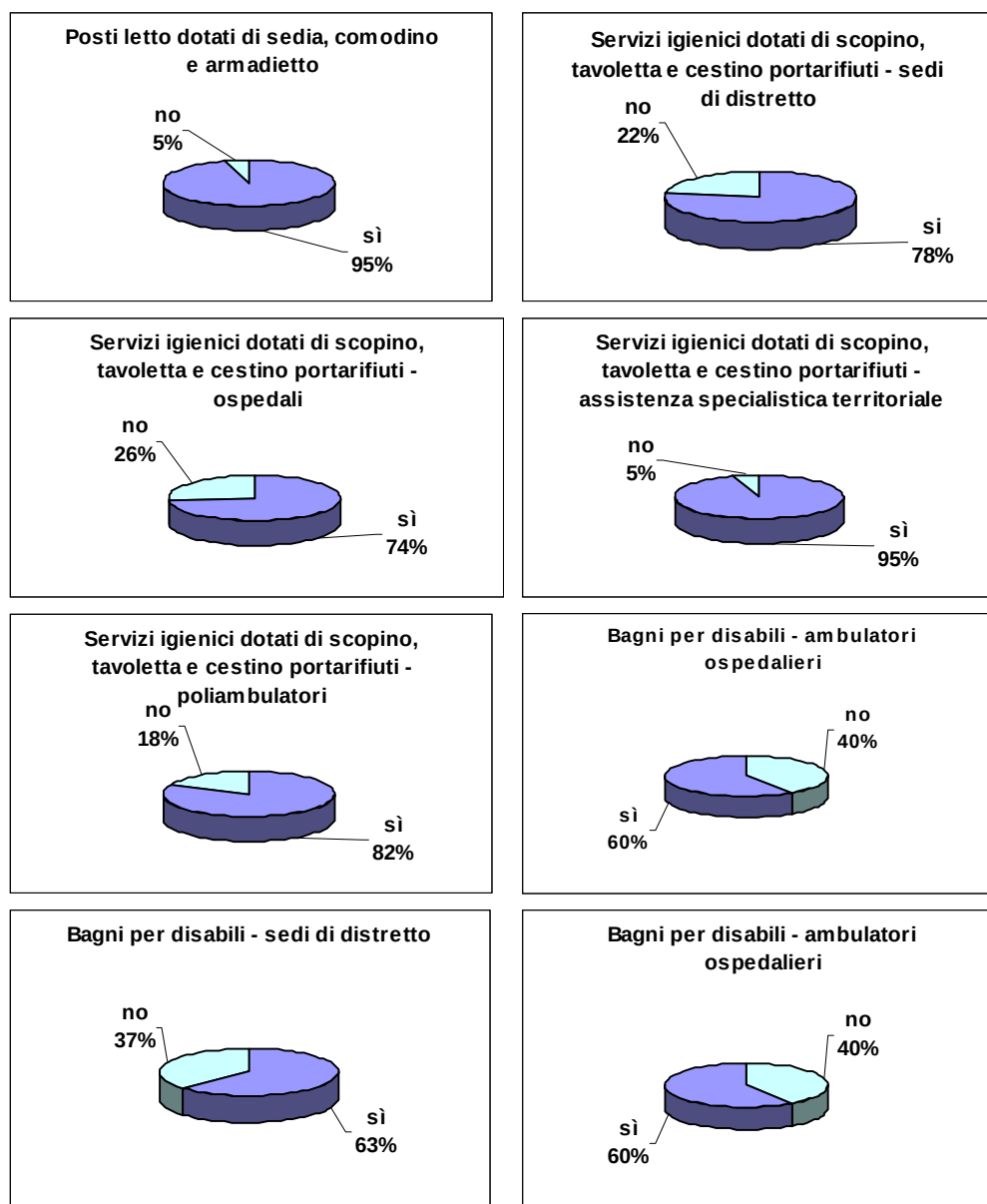
servizi

Le osservazioni svolte sui servizi generali per i degenti e per il pubblico presso gli ospedali rilevano una situazione differenziata. Bancomat e bar sono i servizi più diffusi (in oltre il 90% delle strutture sanitarie), mentre minore è la presenza di un punto vendita per acquistare accessori essenziali alla cura della persona (1 ospedale su 3), del barbiere e parrucchiere (1 ospedale su 2) e del parcheggio (1 ospedale su 2).

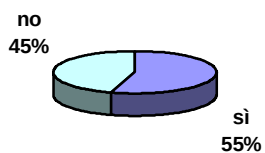
Al contrario dello scorso anno, in questo gruppo di ospedali sono stati osservati segni di fatiscenza sulle pareti nelle parti comuni (13 ospedali su 33, 7 poliambulatori su 29,), finestre che non si chiudono (7 ospedali su 33), rifiuti o altro materiale abbandonato (6 ospedali su 33), muri o soffitti con ragnatele (7 ospedali su 33). Episodiche, invece, tali osservazione nelle altre strutture sanitarie considerate, a conferma del buono stato generale delle sedi di distretto, dei poliambulatori e dei servizi territoriali, rilevato negli anni scorsi.

Infine, la situazione complessiva dei tre anni di Audit Civico, 2001, 2002 e 2003, per alcuni dei dati raccolti sul comfort, è illustrata nelle seguenti rappresentazioni grafiche.

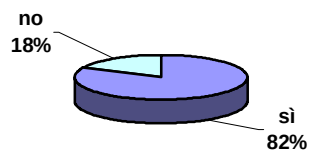
Fig.1 – Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002, 2003, relativi al comfort e alle prestazioni alberghiere



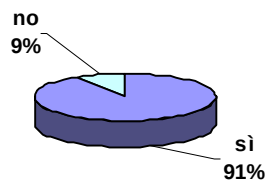
Bagni per disabili - ambulatori sul territorio



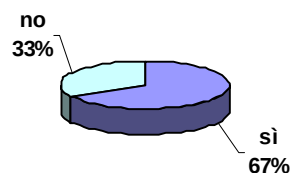
Ambulatori dotati (la maggior parte) di sala di attesa con sedie - ospedali



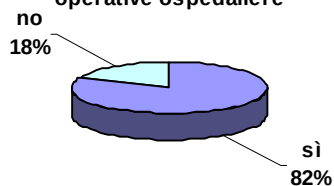
Ambulatori dotati (la maggior parte) di sala di attesa con sedie - poliambulatori



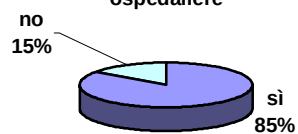
Stanze con servizi igienici riservati



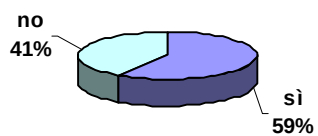
Carrello scaldavivande per la distribuzione del cibo - unità operative ospedaliere



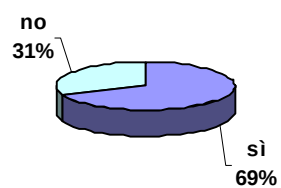
Possibilità di scelta tra più opzioni per ogni componente del menu per i pazienti a dieta libera - unità operative ospedaliere

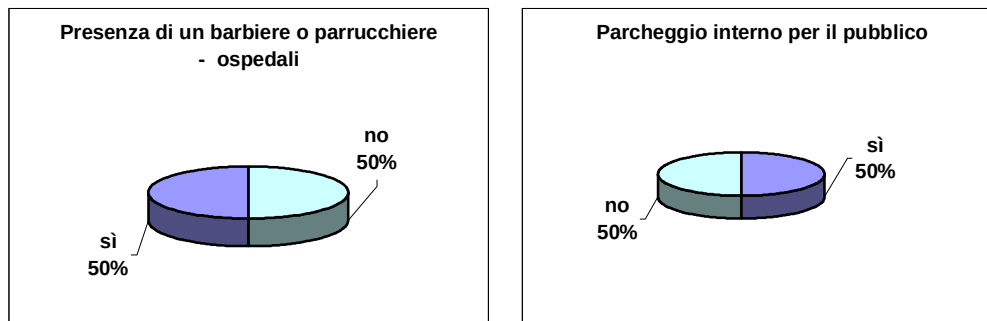


Presenza di un bar - ospedali



Presenza di un bancomat - ospedali





fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

1.2. L'accesso alle prestazioni sanitarie

La questione dell'accesso presenta una duplice realtà: da una parte ci sono una serie di strutture e prassi consolidate ormai presenti nella quasi totalità delle aziende osservate, dall'altra emerge con sempre maggiore presenza il "nodo" delle liste di attesa. Sul primo versante si può rilevare:

- la presenza di numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico nella quasi totalità delle aziende sanitarie rilevate (20 aziende su 22);
- la presenza di un Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) nella totalità delle aziende sanitarie nelle quali si è svolta la rilevazione;
- la presenza di punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi in 16 aziende su 22;
- la presenza di un sito web aziendale in 19 aziende su 22;
- la presenza di punti di riscossione di ticket nei quali è possibile pagare con modalità diverse (19 ospedali su 32);
- la possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici attraverso il Centro Unico di Prenotazione (29 ospedali su 32, 26 poliambulatori su 29);
- la possibilità di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici attraverso contatto telefonico con il Centro Unico di Prenotazione (25 ospedali su 32; 21 poliambulatori su 29);

- la possibilità di ottenere appuntamenti ad orari differenziati per tutte o la maggior parte delle visite e prestazioni diagnostiche (18 ospedali su 33 e 21 poliambulatori su 29);
- la possibilità di consultare il registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria (27 ospedali su 32);
- l'assenza di barriere architettoniche (27 ospedali su 33; 28 sedi di distretto su 35, 26 poliambulatori su 29);
- la possibilità di scendere dall'auto, per gli utenti con difficoltà di deambulazione, nella totalità degli ospedali;
- la presenza di mezzi pubblici di trasporto che si recano presso le strutture sanitarie (la quasi totalità delle 118 strutture osservate).

Sul secondo versante si confermano le tendenze già rilevate precedentemente, vale a dire:

- **il permanere diffuso del fenomeno delle “prenotazioni bloccate”** per uno o più esami diagnostici in circa la metà degli ospedali (uguale percentuale nel 2002) e in poco meno della metà dei poliambulatori (era il 60% nel 2002);
- **l'esistenza di tempi di attesa non accettabili** soprattutto per le prestazioni di diagnostica per immagini;
- **tempi di attesa sempre più critici presso i poliambulatori** (il gruppo di poliambulatori osservato nel 2003 ha attese che superano anche di 5 volte quelle rilevate per gli stessi esami nel gruppo di poliambulatori del 2002);

Tab. 1 - Strutture con prenotazioni per esami diagnostici sospese negli ultimi 30 gg.

Presidi ospedalieri	54%
Presidi ambulatoriali	45%

fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

La rilevazione di questo anno, però, permette di mettere a fuoco un fatto inedito, vale a dire una maggiore diffusione dei **protocolli di accesso**

differenziato in relazione alla gravità dei casi, adottati per alcuni esami diagnostici da 2 ospedali su 3 (era 1 ospedale su 2 nel 2002). Il dato riveste un certo interesse perché in questi casi, come illustrato nelle tabelle 2 e 3, si assicurano le prestazioni “urgenti” in tempi abbastanza ragionevoli (con tempi medi che vanno dai 3-4 gg agli 8 gg. negli ospedali e dai 6 ai 15 gg nei poliambulatori).

Tab. 2 - Tempi di attesa di alcune prestazioni diagnostiche negli ospedali che differenziano l'accesso in rapporto alla gravità e all'urgenza

2003			
	max	media	min
Ecodoppler cardiaco: 18 ospedali			
urgente	20	5	0
non urgente	365	84	18
ECG dopo sforzo: 15 ospedali			
urgente	15	4	0
non urgente	150	65	7
Ecografia addominale: 18 ospedali			
urgente	15	5	0
non urgente	225	77	20
Mammografia: 19 ospedali			
urgente	15	4	0
non urgente	200	129	5
TAC total body: 16 ospedali			
urgente	14	3	0
non urgente	90	36	7
RMN total body: 7 ospedali			
urgente	15	8	0
non urgente	100	64	26

fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

Tab. 3 - Tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche presso i poliambulatori

2003			
	max	media	min
Ecodoppler cardiaco: 7 poliambulatori			
urgente	7	2	0
non urgente	220	99	10
Ecografia addominale: 4 poliambulatori			

urgente	14	6	2
non urgente	120	71	18

Mammografia: 4 poliambulatori

urgente	10	6	2
non urgente	260	204	170

Visita cardiologica: 10 poliambulatori

urgente	8	4	0
non urgente	295	74	11

fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

Nell'Audit Civico è stato mantenuto, al momento, per l'assistenza sanitaria erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, il sistema di indicatori proposto dal Decreto del Ministero della Sanità del 15 ottobre 1996, nonostante sia stato di fatto superato dal Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria".

Questa scelta è stata presa per mantenere la possibilità di operare un confronto tra le diverse ASL coinvolte nei tre anni di Audit. Questo confronto, nonostante l'incompletezza di alcune risposte delle direzioni aziendali, si rivela molto prezioso per le informazioni che ne possono derivare in quanto la raccolta di questi indicatori è stata definitivamente abbandonata da Regioni e Ministero.

La lettura della tabella 4, nella quale sono raccolti i valori di questi indicatori, mette bene in evidenza le grandi differenze esistenti su elementi significativi come gli orari di apertura degli studi medici: in una ASL nessun medico di famiglia tiene aperto il proprio studio 1 ora dopo le 18, mentre in un'altra ASL questo avviene per la maggioranza dei medici.

E' da rilevare, comunque, come dato positivo, che nella maggioranza delle ASL (18 su 35) sono presenti le forme associative tra medici di medicina generale previste dall'ultima Convenzione (medicina in associazione, in rete, di gruppo).

Tab. 4 – Risultati della rilevazione in 35 ASL degli indicatori per l’assistenza dei medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, suggeriti dal Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996

Numero di medici che hanno predisposto l’apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un’ora su numero di medici

risposte 2001: 4 valori minimi e massimi rilevati: 14% - 79%
risposte 2002: 8 valori minimi e massimi rilevati: 30% - 82%
risposte 2003: 10 valori minimi e massimi rilevati: 27% - 88%

Numero di pediatri che hanno predisposto l’apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un’ora su numero di pediatri

risposte 2001: 4 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 79%
risposte 2002: 8 valori minimi e massimi rilevati: 21% - 65%
risposte 2003: 10 valori minimi e massimi rilevati: 8% - 68%

(segue)

(continua)

Tab. 4 – Risultati della rilevazione in 35 ASL degli indicatori per l’assistenza dei medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, suggeriti dal Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996

Numero di ambulatori di medicina con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori

risposte 2001: 3 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 5%
risposte 2002: 6 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 36%
risposte 2003: 10 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 60%

Numero di ambulatori di pediatria con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori

risposte 2001: 5 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 5%
risposte 2002: 6 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 22%
risposte 2003: 10 valori minimi e massimi rilevati: 0 % - 56%

Minuti di apertura settimanale degli ambulatori dei pediatri per assistito

risposte 2001: 5 valori minimi e massimi rilevati: 0,92 - 5,00
risposte 2002: 6 valori minimi e massimi rilevati: 0,42 - 2,44
risposte 2003: 7 valori minimi e massimi rilevati: 0,52 - 2,00

Minuti di apertura settimanale degli ambulatori dei medici di medicina generale per assistito

risposte 2001: 7 valori minimi e massimi rilevati: 0,73 - 4,00
risposte 2002: 6 valori minimi e massimi rilevati: 0,56 - 2,28

risposte 2003: 8 valori minimi e massimi rilevati: 0,66 - 1,75

N° medici di medicina generale che hanno messo in atto le forme associative di assistenza previste dalla Convenzione volte (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo)

risposte positive 2001: 9 valori minimi e massimi rilevati: 21% - 53%

risposte positive 2002: 7 valori minimi e massimi rilevati: 16% - 73%

risposte positive 2003: 6 valori minimi e massimi rilevati: 4% - 79%

fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

1.3. La sicurezza delle strutture e degli impianti

La sicurezza delle strutture e degli impianti si conferma un ambito in cui le aziende sanitarie sembrano operare positivamente e, per il secondo anno consecutivo, i risultati del gruppo di aziende considerato sono leggermente migliori del gruppo dell'anno precedente (negli ospedali e nelle sedi di distretto).

Si mettono in rilievo:

- la normale prassi delle aziende di stipulare regolari contratti di assistenza per manutenzione e la riparazione delle apparecchiature;
- l'attenzione alla formazione (20 aziende su 22 hanno promosso negli ultimi 3 anni uno o più corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti (erano 13 su 13 nel 2002);
- il rispetto della regola circa la necessità di individuare, all'interno del Pronto Soccorso, i responsabili della verifica e del controllo

delle attrezzature e delle dotazioni (27 ospedali su 33) e di definire per tutto il personale le procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni (tutti gli ospedali);

- la buona situazione degli accessi dedicati per le emergenze (tutti gli ospedali con esclusione di uno);

Circa la segnaletica di emergenza, si è rilevato che:

- i cartelli per le vie di fuga sono presenti in 19 ospedali su 33 (in tutte le U.O.), in 24 sedi di distretto su 35, in 27 poliambulatori su 29 e in 14 servizi specialistici territoriali su 21;
- i cartelli per l'individuazione degli estintori sono presenti in 24 ospedali su 33 (in tutte le U.O.), in 30 sedi di distretto su 35, in 27 poliambulatori su 29 e in 15 servizi specialistici territoriali su 21.

2. I fattori in movimento

Fattori e livelli di analisi	Giudizio rilevazione 2001	Giudizio rilevazione 2002	Giudizio rilevazione 2003
<i>Sicurezza nell'esercizio della pratica medica</i>			
al livello aziendale	discreto	discreto	buono
negli ospedali	buono	buono	ottimo
<i>Medicina del dolore</i>			
al livello aziendale	discreto	discreto	ottimo
negli ospedali	discreto	discreto	buono

La situazione rilevata in questo ultimo anno sembra dare ragione al titolo prescelto per questo paragrafo con cui, due anni fa, si voleva dare risalto agli interessanti risultati di questi fattori, nei quali l'Italia deve scontare un grande ritardo rispetto a quanto presente in altri paesi. Infatti, in ambedue i fattori – la sicurezza nell'esercizio della pratica medica e la medicina del dolore – si ha un netto miglioramento rispetto a quanto osservato nel 2001 nel primo gruppo di aziende sanitarie. Questo non significa che sia una tendenza generalizzata a tutte le aziende sanitarie ma solo che si tratta, evidentemente, di una realtà difficile a fotografare perché in rapida evoluzione.

2.1. Sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale

Numerosi paesi stanno costruendo, nell'ambito dei propri servizi sanitari, un regime di controllo dei danni nei pazienti a causa di cure mediche e procedure diagnostico-terapeutiche, che rappresentano un importante problema di sanità pubblica, sia in termini di qualità dell'assistenza, sia in termini di costi e di risorse impiegate.

Anche in Italia si stanno realizzando iniziative analoghe e i dati raccolti dall'Audit Civico fanno ben sperare in quanto mostrano che circa la metà delle aziende sanitarie coinvolte nei tre anni, si sono messe in moto sul terreno della "gestione del rischio", e questo pur in assenza di una precisa politica sanitaria nazionale in questa direzione. Se questo fosse vero anche per l'intera realtà italiana, sarebbe una notizia molto significativa, ma anche facendo riferimento a

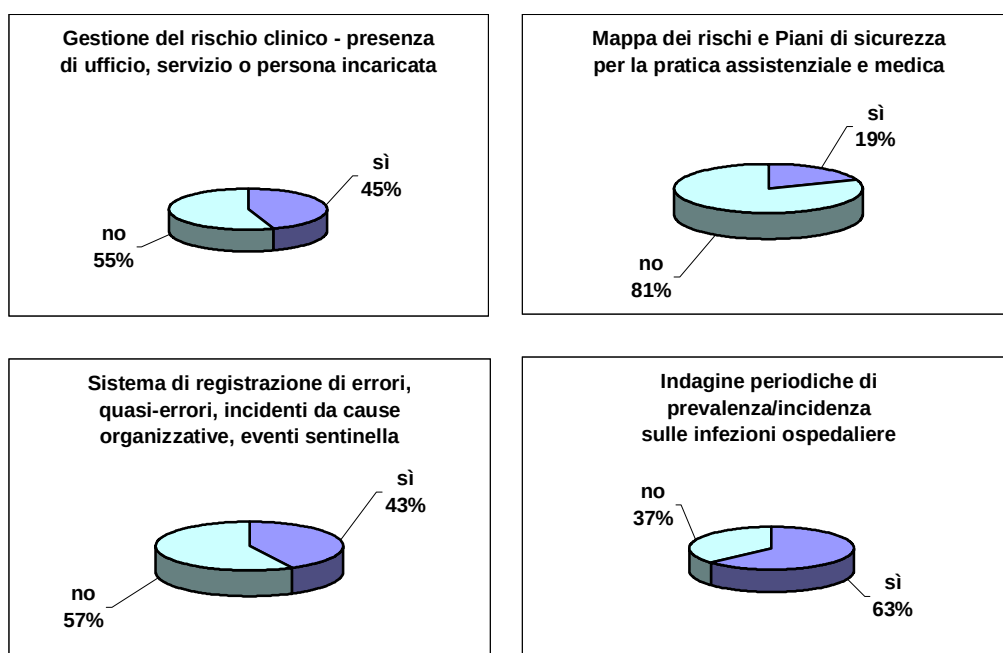
uno scenario meno ottimista, si può affermare che c'è in Italia, attualmente, una grande opportunità per una reale diffusione di queste iniziative.

In particolare, nell'Audit Civico 2003 sono emersi i seguenti dati:

- 10 aziende sanitarie su 22 hanno un ufficio, una persona incaricata, o un servizio per gestire gli aspetti relativi alla sicurezza nell'esercizio della pratica assistenziale e medica;
- in 11 aziende su 22 è presente un sistema di registrazione degli errori, quasi - errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella;
- in 4 aziende sanitarie su 22 esistono una mappa dei rischi della pratica assistenziale e medica e i piani di sicurezza;
- la quasi totalità delle aziende hanno istituito un Servizio di Ingegneria medica e hanno formato la Commissione per il buon uso del sangue;
- 30 ospedali su 33 hanno effettuato nell'ultimo anno studi di carattere valutativo sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- in 24 ospedali su 33 sono segnalate indagini sulle infezioni ospedaliere e in 20 ospedali tali indagine sono effettuate anche per singole specialità chirurgiche;
- 30 ospedali su 33 hanno adottato un manuale dei disinfettanti e hanno redatto un protocollo per la sterilizzazione;
- 31 ospedali su 33 hanno formalizzato una procedura operativa per i rifiuti sanitari.

Nelle successive rappresentazioni grafiche viene riportata la situazione complessiva dei tre anni di Audit civico in merito ai principali risultati relativi a questo fattore.

Fig.2 – Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002, 2003, relativi alla sicurezza nella pratica medica e assistenziale



fonte: Tribunale per i diritti del malato -Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

2.2. Medicina del dolore

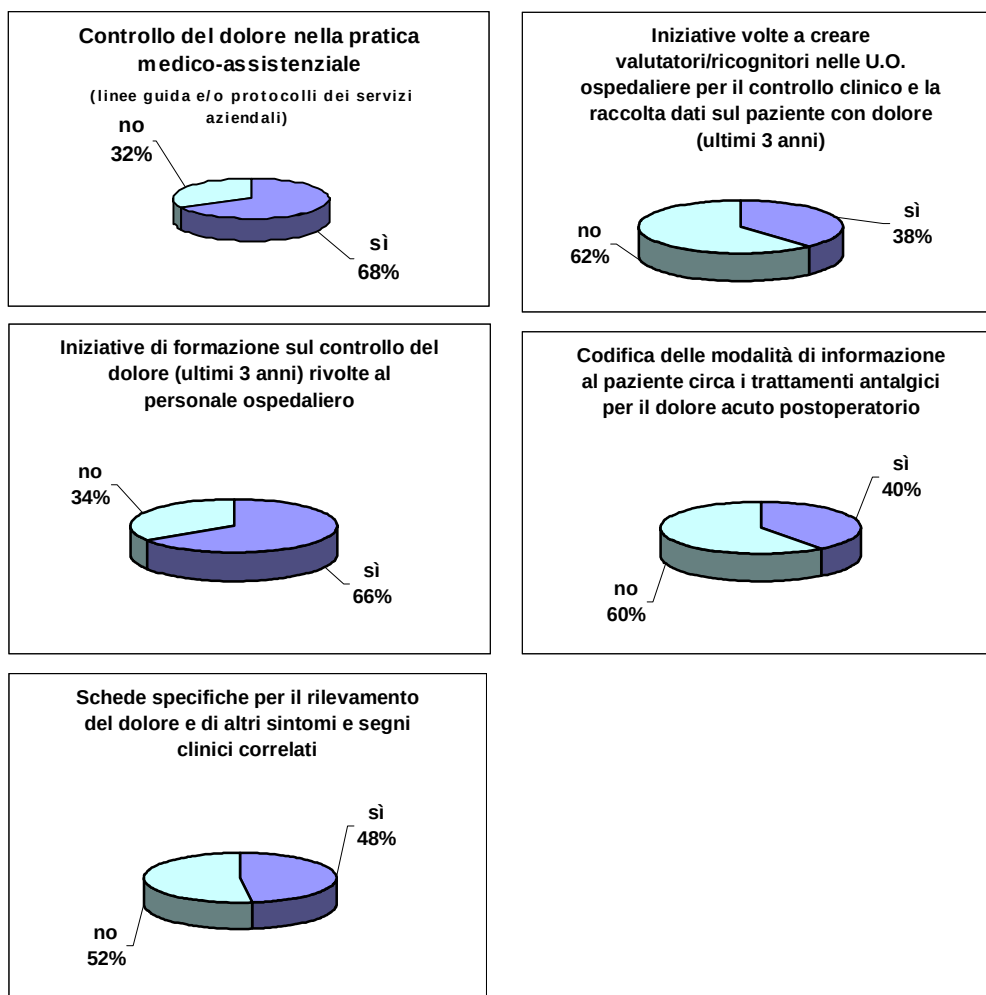
L'insieme degli indicatori utilizzati dall'Audit Civico per indagare sul controllo del dolore mostra una discreta diffusione delle iniziative realizzate dalle aziende in questa direzione.

In particolare:

- 18 aziende su 22 dichiarano la presenza di centri per la cura del dolore postoperatorio, dolore postraumatico, cefalee, dolore da cancro, dolore nelle malattie cronico-degenerative, dolore nel parto (erano 4 su 11 nel 2002);
- 20 aziende su 22 segnalano l'utilizzo nell'ambito dei propri servizi di linee guida per il controllo del dolore (erano 6 aziende su 11 nel 2002);
- in 5 aziende su 22 c'è la prassi in tutte le U.O. di valutare a intervalli regolari l'intensità del dolore nei pazienti ricoverati (erano 5 aziende su 11 nel 2002) e, in altre 11, tale prassi è praticata solo da alcune U.O. (5 nel 2002);
- 12 aziende su 22 hanno realizzato negli ultimi tre anni iniziative finalizzate a creare valutatori/ricognitori per il controllo clinico nelle U.O. del paziente con dolore (erano 4 aziende su 11 nel 2002);
- 15 ospedali su 33 hanno codificato le modalità con le quali informare la partorienti della partoanalgesia (erano 4 su 11 nel 2002);
- 16 ospedali su 33 hanno codificato le modalità con le quali informare i pazienti operati dei trattamenti antalgici indicati per il controllo del dolore acuto postoperatorio (erano 5 su 11 nel 2002);

Nei grafici successivi viene riportata la situazione complessiva dei tre anni di Audit civico in merito ai principali risultati relativi a tale fattore.

Fig. 3 – Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002, 2003, relativi al controllo del dolore



fonte: Tribunale per i diritti del malato -Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

3. La zona grigia

Nella “zona grigia” sono stati raccolti i fattori i cui risultati complessivi si situano in una situazione intermedia e che riguardano tematiche di grande rilevanza. L’Audit Civico ha messo in rilievo la presenza di strutture e di procedure importanti accanto alle quali, però, coesistono carenze e comportamenti inadeguati.

<i>Fattori e livelli di analisi</i>	<i>Giudizio rilevazione 2001</i>	<i>Giudizio rilevazione 2002</i>	<i>Giudizio rilevazione 2003</i>
<i>Malattie croniche e oncologia</i>			
al livello aziendale	Buono	Buono	Buono
<i>Supporto ai degenti e alle famiglie</i>			
negli ospedali	Discreto	Scadente	Discreto
<i>Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti</i>			
al livello aziendale	Discreto	Discreto	Discreto
<i>Istituti di partecipazione degli utenti previsti dalla legislazione</i>			
al livello aziendale	Discreto	Discreto	Discreto
<i>Altre forme di partecipazione dei cittadini</i>			
al livello aziendale	Discreto	Discreto	Discreto

3.1. Malattie croniche e oncologia

Per quanto riguarda le malattie croniche e l’oncologia, l’Audit ha permesso di accertare la presenza, nel territorio delle ASL coinvolte, di strutture particolarmente significative in questo ambito, quali:

- centri per la chemioterapia (presenti in 14 ASL su 16, erano 10 ASL su 10 nel 2002);
- centri di riferimento o strutture di orientamento per pazienti affetti da patologie croniche o da patologie rare (presenti in 13 ASL su 16, erano 8 ASL su 11 nel 2002);
- servizi di trasporto dal domicilio al centro dialisi e viceversa per i pazienti dializzati (fruibili in 14 ASL su 16, lo scorso anno erano 5 ASL su 7);

- centri di cure palliative (presenti in tutte le 16 ASL, lo scorso anno erano in 5 ASL su 7), tra cui 4 *hospice*;
- centri di riferimento aziendali per la manutenzione di presidi, ausili e protesi (interni o esterni alla azienda, presenti in 11 ASL su 16, lo scorso anno erano 6 ASL su 7).

I servizi di dialisi domiciliare, al contrario di quanto rilevato nelle ASL coinvolte nell'Audit degli scorsi anni, sono risultati meno diffusi (6 ASL su 16, 4 ASL su 7 nel 2002 e 8 ASL su 10 nel 2001).

Oltre a questi servizi, sono state messe in evidenza una serie di procedure che sarebbe auspicabile fossero praticate dalla totalità delle aziende. Queste procedure, infatti, sono finalizzate a rendere più veloce e meno gravoso - dal punto di vista burocratico - l'accesso alle strutture sanitarie per chi, come i malati cronici, è costretto a ricorrere ad esse in maniera sistematica e non episodica.

Tra queste procedure, si segnalano:

- le procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità agevoli per gli utenti (previste in 14 ASL su 16, erano 6 ASL su 7 nel 2002);
- la presenza di percorsi definiti e semplificati per itinerari diagnostico-terapeutici per malattie croniche (prevalentemente per diabete, broncopneumopatie croniche, cardiopatie, malattie cerebrovascolari) e tumori (rispettivamente 17 aziende sanitarie su 22 e 16 aziende sanitarie su 22);
- la realizzazione di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari (11 ASL su 16, erano 5 ASL su 7 nel 2002);
- la formalizzazione di procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia e per il rinnovo delle esenzioni per patologia (12 ASL su 16, erano 6 ASL su 7 nel 2002);

Ancora meno diffusa è la formalizzazione di procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi (2 ASL su 16, erano 2 ASL su 10 nel 2002) e per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi (7 ASL su 16, erano 4 ASL su 7 nel 2002).

3.2. Supporto ai degenti e alle loro famiglie, documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti

Ci sono particolari situazioni connesse con il ricovero ospedaliero nelle quali il degente e i propri familiari si trovano ad avere necessità – per motivi legati alla malattia, a condizioni materiali o di carattere psicologico – di un particolare supporto dai servizi sanitari.

A questo proposito, l'Audit ha messo in rilievo la **buona diffusione** della prassi di mettere in atto procedure prestabilite in caso di dimissioni protette (26 ospedali su 33, erano 13 ospedali su 19 nel 2002) e di trasferimento in strutture per lungodegenti o RSA (16 ospedali su 32, erano 10 ospedali su 19 nel 2002). Meno rappresentate sono le procedure per affrontare particolari esigenze economiche (7 ospedali su 32, erano 9 ospedali su 19 nel 2002) o situazioni come la morte del paziente (13 ospedali su 32, erano 4 ospedali su 19 nel 2002).

Circa la documentazione sanitaria e la comunicazione tra medici curanti, ci sono alcuni dati abbastanza positivi che riguardano:

- la possibilità di avere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso (29 ospedali su 32, erano 17 su 19 nel 2002);
- la presenza di servizi e/o procedure per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale (23 ospedali su 32, erano 13 presidi ospedalieri su 19 nel 2002).

Altri dati, al contrario, confermano l'esistenza di alcuni punti deboli relativi:

- alla consegna allatto delle dimissioni di due documenti distinti: la relazione sanitaria per il medico curante e il foglio di dimissioni per

il paziente (segnalata per alcune unità operative solo in 8 ospedali su 33, erano 7 ospedali su 19 nel 2001 e nel 2002);

- alla presenza di procedure specifiche e/o accordi tra i medici della U.O. e i medici di famiglia sul territorio per la guida, l'orientamento e l'assistenza dei degenti in caso d'intervento chirurgico (13 ospedali su 32, erano 8 ospedali su 19 nel 2002);
- alla consegna della copia della cartella clinica, consegnata in media dopo 17 gg, con punte massime di 30 gg).

3.3. Istituti di partecipazione degli utenti nel SSN previsti dalla legislazione e altre forme di partecipazione

I risultati relativi a questi due fattori offrono un quadro abbastanza articolato e con molte ombre. Circa la metà dell'aziende esprime la volontà di rapportarsi con i cittadini e con le loro organizzazioni, sia attraverso gli strumenti previsti dalla legislazione vigente, sia attraverso la sperimentazione di altre forme di partecipazione. Nel gruppo di 33 aziende coinvolte nell'Audit Civico 2003, tale volontà si manifesta infatti:

- dalle 18 aziende sanitarie che hanno stipulato protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini;
- dalle 15 aziende sanitarie che hanno richiesto formalmente alle organizzazioni di cittadini rappresentanti da inserire in gruppi di lavoro aziendali;
- dalle 13 aziende sanitarie che hanno richiesto in maniera formale pareri e suggerimenti alle organizzazioni dei cittadini;
- dalle 17 aziende sanitarie che svolgono riunioni periodiche con rappresentanti delle organizzazioni dei cittadini.

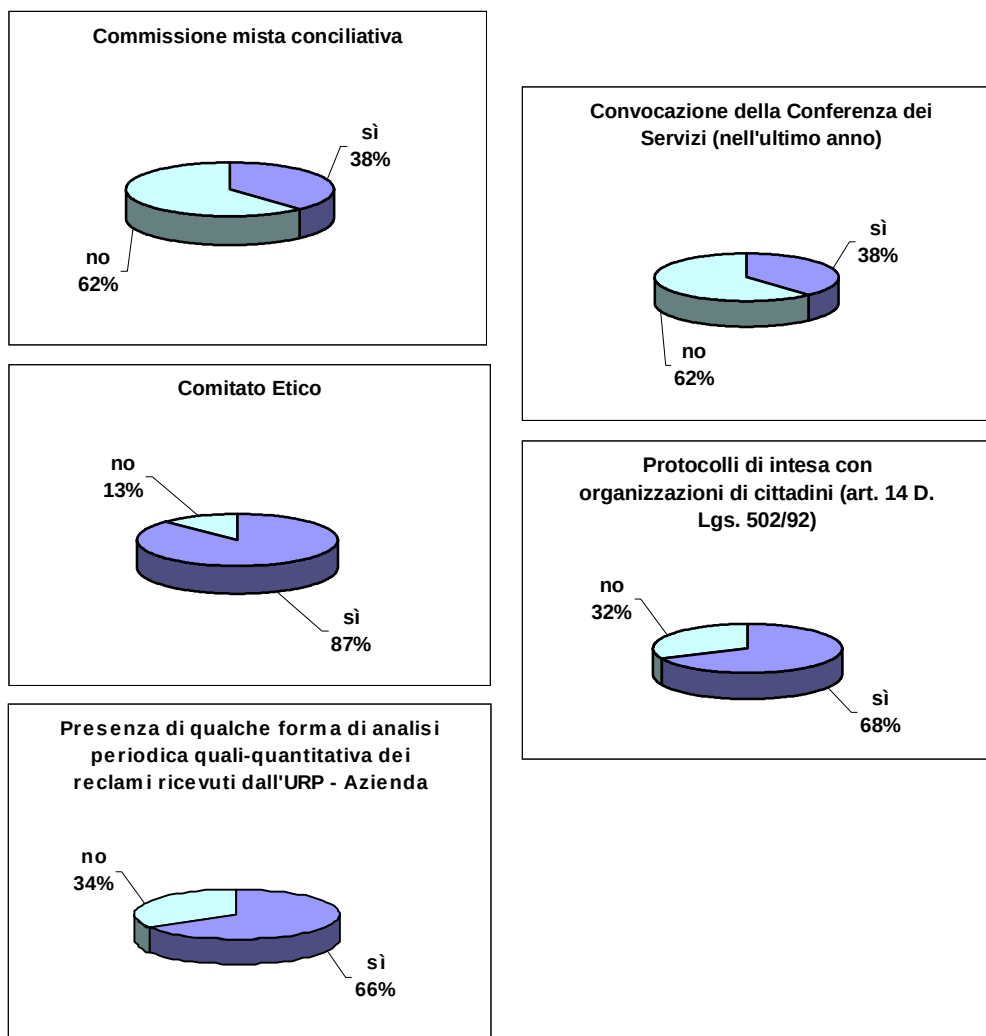
Accanto a questi dati, però, ce ne sono altri che mettono in luce una diffusione ancora minore di queste prassi partecipative:

- solo 9 aziende su 22 hanno costituito la Commissione mista conciliativa;
- solo 10 aziende su 22 hanno convocato la Conferenza dei servizi nell'ultimo anno;

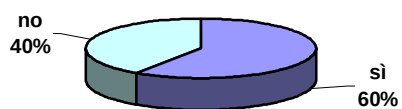
- solo in 7 casi gli standard della Carta dei servizi sono stati determinati con la partecipazione dei cittadini;
- solo 1 azienda ha previsto, nei capitolati d'appalto, la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture e dei servizi resi.

La situazione complessiva relativamente ai tre anni di Audit Civico viene mostrata nei seguenti grafici.

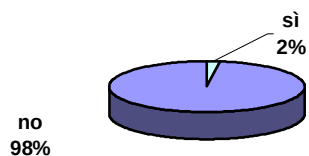
Fig.4 - Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002 e 2003, relativi alla partecipazione



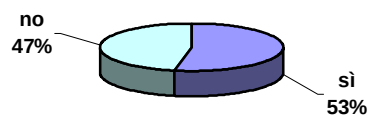
Richieste formali da parte dell'Azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro (ultimi 2 anni)



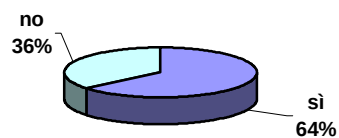
Capitolati d'appalto vigenti in merito ad articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture

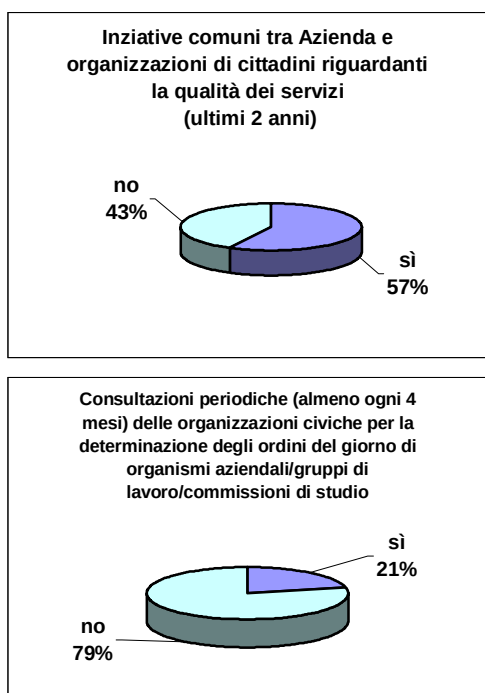


Richieste formali da parte dell'Azienda alle organizzazioni di cittadini in merito a suggerimenti o pareri, progetti da realizzare (ultimi 2 anni)



Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e dell'Azienda su tematiche di carattere generale o particolare





fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

4. Le cattive notizie

In questo paragrafo sono raccolti i fattori i cui risultati sono definibili, in qualche misura, come “cattive notizie”. Così come nei due anni precedenti, *l'Informazione logistica e sanitaria*, il *Rispetto dell'identità e delle relazioni personali*, la *Tutela dei diritti* e i *Programmi di miglioramento della qualità* hanno avuto risultati non positivi e, comunque, non in linea con quelle che possono essere le aspettative dei cittadini. Questi fattori, infatti, raccolgono molti temi che sono da anni al centro del dibattito nel

mondo sanitario e nei confronti dei quali sono state pubblicizzate numerose iniziative.

<i>Fattori e livelli di analisi</i>	<i>Giudizio rilevazione 2001</i>	<i>Giudizio rilevazione 2002</i>	<i>Giudizio rilevazione 2003</i>
<i>Informazione logistica e sanitaria</i>			
negli ospedali	Scadente	Discreto	Discreto
nella medicina di famiglia e nei distretti	Discreto	Discreto	Discreto
nei poliambulatori	Discreto	Buono	Discreto
nell'assistenza specialistica territoriale	Discreto	Scadente	Scadente
<i>Rispetto dell'identità e delle relazioni sociali</i>			
negli ospedali	Discreto	Discreto	Discreto
<i>Tutela dei diritti</i>			
al livello aziendale	Buono	Buono	Buono
negli ospedali	Scadente	Buono	Buono
nella medicina di famiglia e nei distretti	Scadente	Discreto	Discreto
nei poliambulatori	Scadente	Buono	Discreto
nell'assistenza specialistica territoriale	Scadente	Scadente	Scadente
<i>Programmi di miglioramento della qualità</i>			
negli ospedali	Scadente	Discreto	Buono
nella medicina di famiglia e nei distretti	Scadente	Scadente	Pessimo
nei poliambulatori	Scadente	Scadente	Scadente
nell'assistenza specialistica territoriale	Scadente	Discreto	Discreto

4.1. Il rispetto dell'identità e le relazioni sociali

Dalla rilevazione dell'Audit Civico 2003 viene una conferma di quanto già messo in rilievo in precedenza circa alcune rigidità dell'organizzazione ospedaliera che impediscono passi in avanti nel rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati e nel mantenimento, per quanto possibile, delle loro relazioni sociali con il mondo esterno.

Tali rigidità sembrano riguardare, in particolare:

- gli orari di visita, limitati nella maggior parte dei casi dalla due alle sei ore giornaliere;
- gli orari dei pasti (nella quasi totalità dei casi si cena prima delle 19);
- l'organizzazione degli spazi che tende a sacrificare quelli destinati alle aree di socializzazione dei degenti (solo in 5 ospedali su 33 ci sono tutte le U.O. dotate di salottini per i malati e 11 Unità operative di pediatria su 26 non hanno spazi per il gioco dei bambini).

Sono presenti situazioni, tuttavia, nelle queste rigidità, o per particolari situazioni contingenti (ad esempio strutture di nuova progettazione e realizzazione¹) o per una volontà specifica, sono state superate. E' il caso:

- degli 8 ospedali che hanno un orario di visita superiore alle sei ore giornaliere (di cui 4 ospedali sopra le 12 ore);
- dei 3 ospedali nei quali è possibile cenare dopo le 19 (per il pranzo va meglio, è dopo le 12 in 24 ospedali);
- delle 19 Unità Operative di pediatria, su 26, che sono dotate di arredi adatti all'età dei piccoli degenti;
- del supporto fornito ai genitori per stare accanto ai propri bambini ricoverati con la messa a disposizione di una poltrona letto per la notte (18 Unità operative di pediatria su 26) e della mensa aziendale per i pasti (22 Unità operative di pediatria su 26);

¹ A questo proposito si ricorda che il 10% degli ospedali italiani sono stati costruiti prima del 1800, il 6% dal 1801 al 1900, il 20%: dal 1901 al 1940, il 30% dal 1941 al 1970 e il 34% dal 1971 al 2000 (Fonte: Ministero della sanità, 2001)

- dei 4 ospedali su 33 nelle quali tutte le U.O. di degenza assicurano la privacy dei malati terminali destinando loro una stanza singola.

Si deve segnalare, infine, la prassi positiva di circa la metà delle aziende (14 su 22) di istituire servizi di mediazione culturale con il compito di informare, coinvolgere e integrare le etnie minoritarie.

4.2. Informazioni logistica e informazione sanitaria

L'aumento del livello di informazione e di conoscenze sulla salute e sulle strutture sanitarie rappresenta un obiettivo prioritario più volte ribadito dalla legislazione italiana ed europea in materia di sanità pubblica.

Pur non essendo questa la sede per analizzare un tema così complesso, desta molte perplessità quanto rilevato con l'Audit Civico e già denunciato, precedentemente nei rapporti Audit 2001 e 2002. Risultano infatti inadeguate una serie di misure elementari che dovrebbero, insieme ad altre, favorire un ricorso più agevole e appropriato dei cittadini alle strutture sanitarie. Tra queste si possono segnalare:

- la disponibilità di opuscoli informativi in 10 ospedali su 33;
- la presenza di un prospetto riassuntivo nell'atrio principale delle specialità presenti in 14 ospedali su 33;
- l'indicazione in tutti o nella maggior parte degli ascensori delle Unità Operative ai piani in circa la metà degli ospedali (15 su 33);
- la presenza di un cartello con i nominativi e le qualifiche dei medici in almeno il 75% delle U.O. di degenza in circa un terzo degli ospedali (in 6 ospedali tutte le U.O. mostrano la presenza di tale cartello);
- avvisi circa gli orari della giornata o l'orario di ricevimento del personale in tutte le U.O. di degenza in meno di un terzo degli ospedali;
- la comunicazione del medico di riferimento in tutte le U.O. solo in 2 ospedali;

- l'invio ai medici di medicina generale di opuscoli informativi per il pubblico sull'assistenza domiciliare e sulle prevenzioni di malattie nella metà dei distretti visitati (17 su 35);
- la presenza di opuscoli informativi sulle prestazioni offerte in un terzo degli poliambulatori (10 su 29).

Per quanto riguarda l'informazione ai cittadini circa la possibilità di scelta del luogo di cura, questa è assicurata in 4 ospedali su 32.

4.3. Tutela dei diritti e miglioramento della qualità

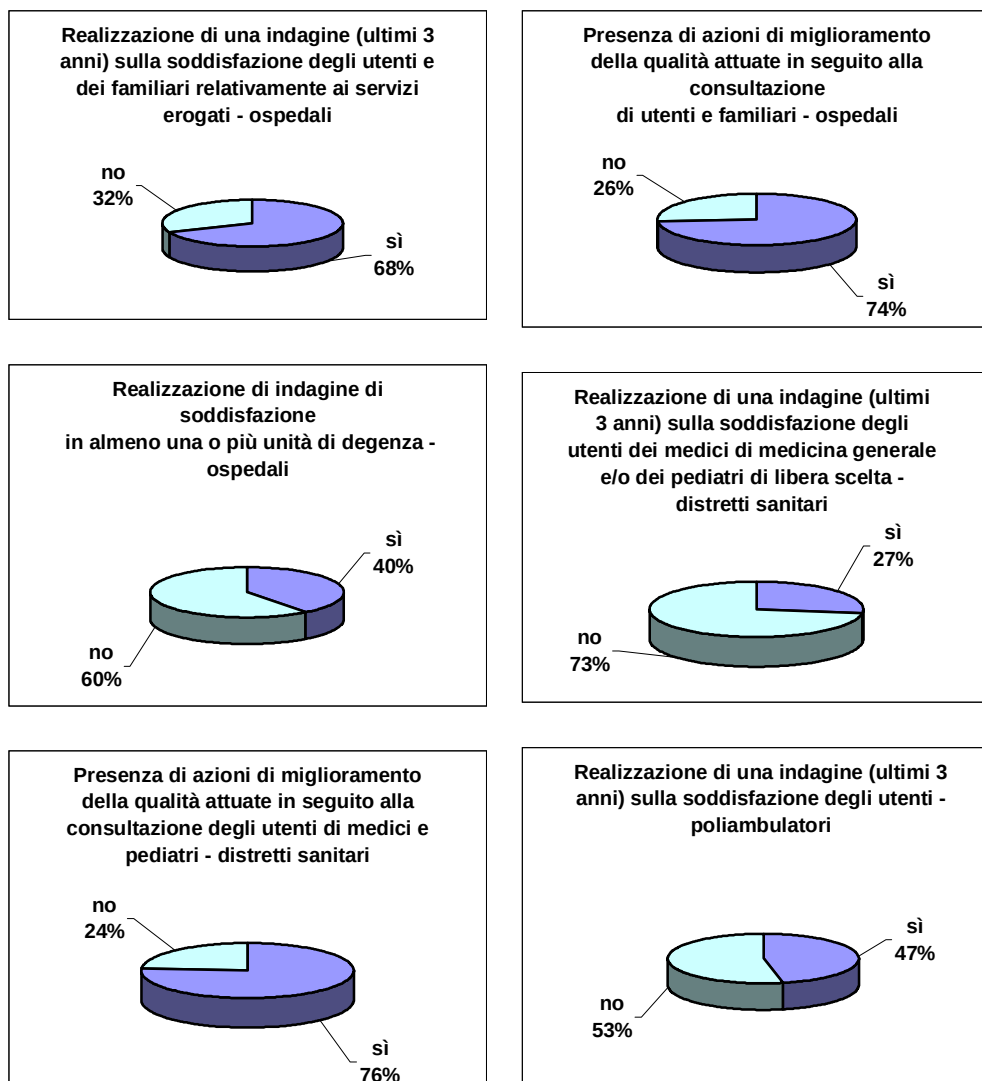
La situazione relativamente a questi due fattori, "tutela dei diritti" e "miglioramento della qualità", rimane abbastanza insoddisfacente. Ciò è abbastanza grave in quanto sono qui considerate una serie di azioni elementari che dovrebbero alimentare il circolo virtuoso: ascolto delle lamentele degli utenti su eventuali fatti specifici e raccolta periodica della loro "soddisfazione", analisi dei dati raccolti, realizzazione di azioni correttive per il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

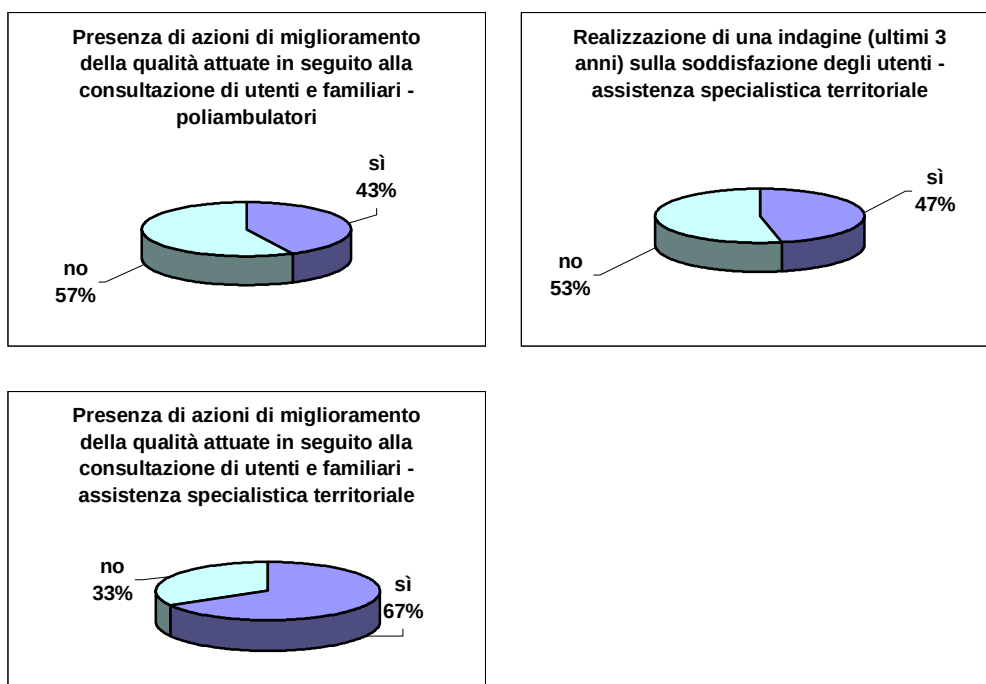
Fatta eccezione per le indagini sulla soddisfazione degli utenti degli ospedali e dei servizi specialistici territoriali, tali azioni vengono svolte in non più del 30% - 60% dei casi. In particolare l'Audit ha rilevato:

- la presenza di un'analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP in 13 aziende sanitarie su 22 e la realizzazione di interventi correttivi in 9 di esse;
- la disponibilità al momento dell'ingresso di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami in 16 ospedali su 33; in 12 poliambulatori su 29; in 12 distretti su 35 e in 7 servizi specialistici territoriali su 21;
- l'esistenza di schede e di punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini in 21 ospedali su 33; in 15 poliambulatori su 29; in 14 distretti su 35 e in 8 servizi specialistici territoriali su 21;
- la realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti negli ultimi 3 anni in 22 ospedali su 33; in 6 distretti sanitari su 35; in 14 poliambulatori su 29 e in 16 servizi specialistici territoriali su 21.

Nelle figure successive verranno riportati i risultati - relativi ai dati complessivi dei tre anni dell'Audit Civico - emersi come maggiormente soddisfacenti rispetto, soprattutto, alla situazione generale del miglioramento della qualità.

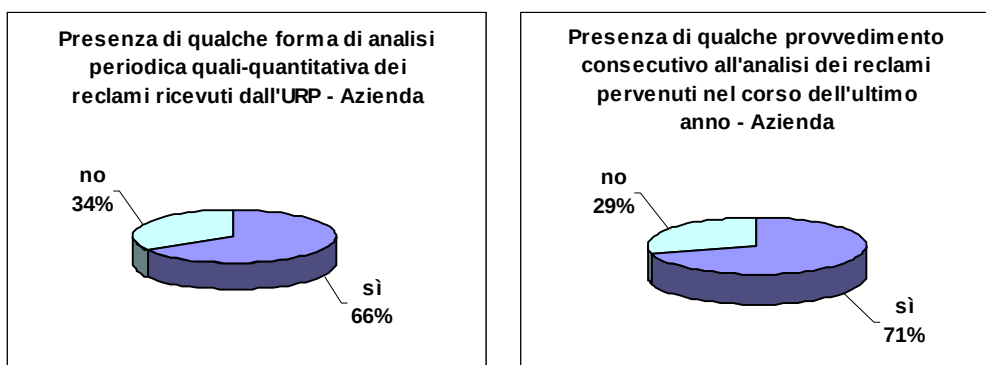
Fig. 5 - Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002, 2003 relativi al miglioramento della qualità



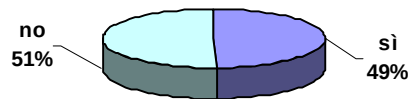


fonte: Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, Rapporto Audit Civico 2003

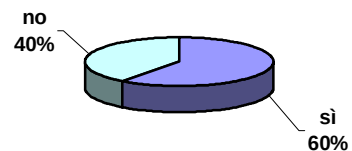
Fig. 6 - Alcuni risultati sui dati complessivi Audit 2001, 2002, 2003, relativi alla tutela dei diritti



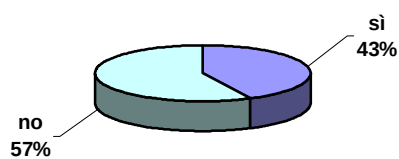
Disponibilità di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti e/o suggerimenti - ospedali



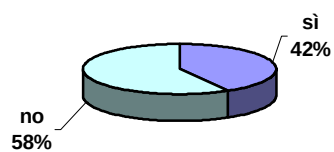
Esistenza di schede e punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini - ospedali



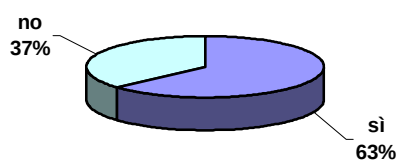
Disponibilità di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti e/o suggerimenti - distretti sanitari



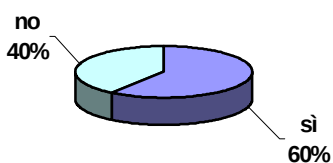
Esistenza di schede e punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini - distretti sanitari



Disponibilità di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti e/o suggerimenti - poliambulatori



Esistenza di schede e punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini - poliambulatori



Disponibilità di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti e/o suggerimenti - assistenza specialistica territoriale



Esistenza di schede e punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini - assistenza specialistica territoriale



Capitolo 4

Gli effetti dell'Audit Civico

Dopo tre esperimenti di applicazione sembra legittimo affermare che l'Audit Civico, produce, o sta producendo, tre effetti rilevanti.

Il primo è quello di avere finalmente messo a disposizione uno strumento capace di rappresentare in forma significativa e non subalterna il punto vista del cittadino nelle procedure di valutazione dei servizi. Il secondo effetto è di ordine cognitivo e riguarda il modo con cui i cittadini osservano e valutano le aziende sanitarie. Il terzo effetto è di natura operativa in quanto la realizzazione dell'Audit Civico ha, abbastanza regolarmente, promosso o facilitato azioni di miglioramento.

4.1. La centralità del punto di vista del cittadino

Fare in modo che la centralità del cittadino nel servizio sanitario, quindi non restasse un semplice (anche se fondamentale) assunto etico ma assumesse anche una dimensione, per così dire, disciplinare, è una ragione fondativa dell'Audit civico. Per comprendere meglio la natura del problema 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 prospettiva, il punto di vista è il luogo, esattamente determinato, da cui si osserva una specifica realtà ed, è possibile, quindi, 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, 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, il modo (e quindi produrre una rappresentazione) 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. E' chiaro che la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà ma è necessario confrontarsi con pari dignità (anche tecnica) con tutti gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, quello dei medici, quello, degli infermieri, quello degli amministratori regionali ai diversi livelli, 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 alla capacità di soddisfazione concreta ai bisogni esistenti. E' del tutto evidente la necessità di intervenire sulla individuazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e sulla individuazione 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 nei quali i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione.

Sulla base dei risultati ottenuti si può affermare che l'Audit Civico ha inciso, in qualche misura, sull'attribuzione dei criteri di rilevanza e sulla definizione degli ordini di priorità. Lo conferma l'aumento di attenzione verso aspetti cruciali del rapporto fra i cittadini e i servizi sanitari - come la comunicazione o la cura del dolore - precedentemente

trascurati nella prassi corrente da professionisti e dall'amministrazioni. Un riflesso concreto di questo mutamento sono gli effetti operativi illustrati successivamente. La variazione dei criteri di valutazione ha facilitato l'individuazione di azioni correttive pertinenti, spesso con un costo relativamente basso o addirittura nullo.

Resta da dire che l'Audit civico non esaurisce completamente la rappresentazione delle esperienze dei cittadini nel servizio sanitario. Non comprende infatti - per motivi di costo e di rapidità di esecuzione - la rilevazione delle esperienze compiute dai cittadini indagate attraverso gli strumenti della customer satisfaction e, soprattutto, della qualità percepita. I due approcci, tuttavia, non devono essere considerati alternativi, anzi possono essere proficuamente integrati e dovrebbe essere questa una precisa linea di azione per il futuro.

4.2. Gli effetti cognitivi: una griglia di lettura e di valutazione

L'effetto cognitivo dell' Audit Civico - quello relativo alle modalità con le quali i cittadini osservano e valutano l'operato delle aziende, è collegato con la possibilità di accedere al benchmarking per verificare, sulla base di notizie attendibili, quali sono le caratteristiche ricorrenti - positive e negative - del sistema e, per converso, quali sono i meriti o i demeriti specifici dell'azienda.

Ad esempio, l'Audit permette di appurare che l'eventuale assenza del Centro Unico di Prenotazione è causata, ormai, quasi esclusivamente dalle omissioni dei dirigenti locali, mentre la trascuratezza nello scambio di informazioni rappresenta un fenomeno ricorrente e la diffusione delle pratiche di prevenzione degli errori medici è ancora piuttosto lenta. Questa constatazione non produce un ordine differenziato di tolleranza, ma aiuta a smontare alibi (se tutti gli altri hanno fatto il CUP, l'azienda non può accampare come giustificazione l'esistenza di inevitabili difficoltà) e a cogliere meglio la sostanza dei problemi, elevando il contenuto e la rilevanza delle interlocuzioni con l'azienda.

Per descrivere più analiticamente gli effetti cognitivi, è possibile applicare alle tavole di bechmarking una “griglia di lettura” che raccoglie tanto gli elementi positivi che contraddistinguono le aziende con i punteggi migliori nei vari fattori, che, al contrario, le omissioni e le carenze che caratterizzano le aziende con i punteggi più bassi.

In primo luogo è possibile individuare un elenco di azioni, provvedimenti e dotazioni che contraddistinguono positivamente non più del 30% delle 47 aziende sanitarie coinvolte nel corso dei tre di anni di Audit Civico, ma che si differenziano profondamente fra di loro per quanto riguarda il significato.

Alcuni di questi elementi, infatti, dovrebbero essere diffusi nella grande maggioranza delle aziende sanitarie per l’esistenza di disposizioni legislative o per la loro corrispondenza con un sentire comune largamente diffuso o, ancora, per il costo basso o nullo dei provvedimenti da assumere. Il fatto che siano, al contrario, condivisi da una minoranza di aziende, fa assumere a questi elementi il significato di “**pietre d’inciampo**” che la maggioranza delle aziende dimostra di non sapere (o di non volere) superare per migliorare i propri servizi.

Altri elementi, invece, sembrano assumere il significato di “**buone pratiche**” perché sembrano rivelare l’esistenza di una particolare “sensibilità” di una minoranza di aziende nei confronti di particolari tematiche.

Una ulteriore osservazione permette, infine, l’individuazione delle **omissioni** e degli elementi negativi rispetto alle quali la grande maggioranza delle aziende provvede positivamente.

4.2.1 Le “pietre d’inciampo”

L’elenco delle “pietre d’inciampo”, riportato nella tabella qui di fianco, contiene una serie di

- Dotazione negli ospedali di tutti gli sportelli per prenotazione di visite ed esami con sistemi di controllo e regolamentazione delle file

elementi eterogenei la cui scarsa diffusione presso le aziende sanitarie, documentata attraverso l'Audit Civico, pone inevitabilmente domande su quali siano gli ostacoli veri di provvedimenti a volte apparentemente semplici.

Probabilmente, in alcuni casi esiste una sottovalutazione, da parte delle culture professionali, della rilevanza di questi aspetti. Talvolta il ritardo può essere semplicemente dovuto al fatto che, nel momento 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.

In altri casi ancora il cambiamento organizzativo e culturale richiesto è decisamente rilevante.

- Orario della distribuzione della cena ai pazienti dopo le 19
- Numero di ore di apertura giornaliera ai visitatori nei giorni feriali (oltre le 4 ore al giorno)
- Rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza
- La disponibilità al momento dell'ingresso nell'ospedale di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
- L'indicazione con un cartello nelle unità operative ospedaliere dei nominativi e delle qualifiche dei medici
- La disponibilità all'ingresso dei poliambulatori di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte
- La disponibilità di opuscoli informativi sui presidi ospedalieri (regolamento, diritti)

Resta il fatto, considerata la loro rilevanza, le questioni in gioco, permangono, a tempo indeterminato, nel limbo delle decisioni rinviate ad un momento "più opportuno". E' necessario che - almeno su alcune di queste "pietre d'inciampo" - si **apra una riflessione per ridefinire, una volta per tutte, la loro rilevanza e le priorità che esse devono assumere politiche nelle aziendali.** Nel seguito, per alcune di esse, viene proposto un primo contributo.

Dotazione negli ospedali di tutti gli sportelli per prenotazione di visite ed esami con sistemi di controllo e regolamentazione delle file. Questi sistemi di controllo tendono ad essere ormai una realtà generalizzata in tutti quei luoghi (pubblici e privati) nei quali i cittadini devono attendere in fila il disbrigo di questioni burocratiche. Non hanno certo un costo proibitivo e i vantaggi sono evidenti. Il loro utilizzo è diffuso anche nelle aziende sanitarie, ma “a macchia di leopardo”. Poche sono le aziende che ne fanno un utilizzo sistematico, dandone dotazione a tutti gli sportelli per il pubblico.

Numero di ore di apertura giornaliera ai visitatori nei giorni feriali (oltre le 4 ore). La maggior parte degli ospedali rimane ancorata a un orario che va dalle due alle quattro ore, non favorendo certo, in questo modo il contatto dei malati con i propri familiari e amici. Probabilmente, nella prassi comune gli orari non vengono fatti rispettare in maniera fiscale e, di fatto, è possibile visitare i ricoverati a qualunque ora. Ma non sarebbe meglio utilizzare un approccio più pragmatico, estendendo gli orari o – meglio - indicando le ore in cui non è possibile effettuare visite?

Capacità di registrare il numero di pazienti colpiti, durante il ricovero, da piaghe da decubito (dal secondo grado in su). E' un genere di registrazione che appare indispensabile per tenere sotto controllo un fenomeno che aggrava pesantemente lo stato di pazienti già duramente colpiti dalla malattia.

Rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza. Dare assistenza di qualità significa anche far sì che l'esperienza dolorosa della morte sia vissuta con dignità e rispetto. Probabilmente esigenze di spazio ostacolano la prassi di riservare durante la degenza ospedaliera una stanza ai malati terminali, ma alcune unità operative di alcuni ospedali ci riescono.

La disponibilità, nelle varie sedi (ingresso nell'ospedale, unità operative, poliambulatori, di documenti o avvisi relativi alle prestazioni offerte, alla libera scelta del luogo di cura, ai nominativi

dei professionisti presenti, ai diritti degli utenti. Non si tratta di misure sofisticate. Comunicare ai cittadini quali sono le prestazioni erogate, i professionisti che operano in una determinata struttura, i diritti di cui sono titolari. A ben vedere 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 da parte dei cittadini** delle strutture alle quali 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 degli amministratori, ai diversi livelli, è un atto elementare al quale la Pubblica Amministrazione è tenuta nei confronti dei cittadini.

4.2.2. Le buone pratiche

Nella tabella a fianco è riportata

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• La prassi di comunicare ai pazienti ricoverati il nome di un medico di |
|--|

una serie di elementi che trovano un riscontro positivo in una minoranza di aziende sanitarie. Ciò sta a significare che ad ognuna delle questioni trattate è stato riservato il dovuto spazio di attenzione e di decisione, trovando le risorse umane ed economiche necessarie per produrre una soluzione positiva.

E' giusto riconoscere una particolare sensibilità a chi si è impegnato su questioni considerate poco importanti (non si sa sulla base di quali criteri) o praticamente irrisolvibili. Non si può, però, accettare che azioni come lo sviluppo di una politica di rilevazione e di riduzione dello stato di dolore dei pazienti sul territorio o l'adozione e l'utilizzazione sistematica di strumenti per la verifica della qualità percepita e la consultazione dei pazienti per il miglioramento della qualità dei servizi erogati, possano essere attuate a meno, secondo la valutazione discrezionale di questa o quella direzione o dei singoli medici.

Fatti salvi i tempi ineliminabili di verifica, di formalizzazione e di comunicazione, l'emergere di una buona pratica, dovrebbe obbligare tutti gli attori a considerare che certi problemi possono essere risolti e trarne le dovute conseguenze. Nel seguito, sono commentate alcune

riferimento

- Presenza di servizi e procedure per supportare i degenti e le famiglie (in caso di morte dei loro cari, di necessità di carattere economico)
- Introduzione del sistema qualità ISO 9000 nell'intero presidio
- Introduzione del sistema qualità ISO 9000 in uno o più servizi del presidio sanitario
- Alta percentuale di UO nelle quali è stata effettuata (negli ultimi 2 anni) almeno un'inchiesta sul grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari
- Esistenza di una mappa dei rischi della pratica medica e assistenziale
- Esistenza di un Piano per la sicurezza per la pratica medica ed assistenziale
- Esistenza di procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso
- Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi
- Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte alle farmacie per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari
- Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore
- Presenza di consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio ecc.
- Presenza di Capitolati d'appalto che permettono la possibilità di controllo da parte degli utenti sulla qualità delle

buone pratiche relative a problemi particolari.

forniture

Nel seguito sono commentate alcune buone pratiche relative a problemi particolari.

La prassi di comunicare ai pazienti ricoverati il nome di un medico di riferimento. L'esperienza di questi 20 anni di testimonianze e segnalazioni pervenute al Tribunale per i diritti del malato mette bene in evidenza l'importanza, per il malato e i suoi familiari, di avere un punto di riferimento certo all'interno della struttura sanitaria in grado di offrire, in maniera comprensibile, informazioni sui tempi di ricovero, sui risultati degli accertamenti diagnostici, sulla eventuale patologia diagnosticata. Tale prassi è importante, non solo per favorire una gestione consapevole della propria malattia da parte del malato, ma anche per evitare errori, ritardi diagnostici e incomprensioni che sono generati proprio attraverso una comunicazione tra malati e sanitari.

Presenza di servizi e procedure per supportare i degenti e le famiglie (in caso di morte dei loro cari, di necessità di carattere economico) Queste misure riguardano la "presa in carico" del paziente nella sua interezza offrendogli assistenza non solo per tutti gli aspetti strettamente medici, ma supportandolo in alcune specifiche evenienze. L'Audit Civico ha mostrato che esiste una piccola realtà di aziende che riesce ad assicurare l'insieme di queste misure ai cittadini ricoverati presso gli ospedali.

Svolgimento, nel corso ultimi tre anni, di iniziative rivolte alle farmacie per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari. Si tratta di una iniziativa importante rivolta a coloro che utilizzano i servizi sanitari, che valorizza la presenza capillare delle farmacie sul territorio e la professionalità dei farmacisti.

Presenza di Capitolati d'appalto che permettono la possibilità di controllo da parte degli utenti sulla qualità delle forniture. E' una pratica pressoché sconosciuta che denota la mancata consapevolezza da parte dell'amministrazione pubblica di come i cittadini possano essere

una vera e propria risorsa per effettuare quei controlli sui servizi appaltati all'esterno (vitto, pulizia) che, non venendo effettuati, determinano situazioni di scarsa qualità.

4.2.3. Le omissioni

E' compresa in questo gruppo una serie, ancora troppo lunga, di indicatori che rivelano che nel nostro servizio sanitario, è ancora possibile sottrarsi ad adempimenti fondamentali, senza incorrere in sanzioni. Il fatto che possano ancora esistere aziende senza l'Ufficio per le relazioni con il pubblico, 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 del sistema, ma chiama direttamente in causa la capacità o la buona volontà dei dirigenti. Nessuna azienda che hanno partecipato all'Audit civico presenta contemporaneamente tutte le carenze, ma il solo fatto che nell'ambito di 47 Aziende che hanno testimoniato la propria volontà di miglioramento aderendo all'iniziativa si possano riscontrare ancora lacune di questo genere deve indurre una seria riflessione. Il modo migliore, forse, per apprezzare il problema può essere quello di indicare, per ogni fattore di qualità, gli indicatori che denotano la sopravvivenza di aree critiche, certamente minoritarie ma ancora troppo estese.

Accesso alle prestazioni.

- Assenza di numero telefonico aziendale per le informazioni al pubblico
- Assenza di un Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)
- Assenza di un sito web aziendale
- Assenza di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.)
- Impossibilità di prenotare visite ed esami diagnostici attraverso il Centro Unico di prenotazione (CUP).
- Impossibilità di prenotazione telefonica tramite CUP
- Non possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale
- Presenza di ingressi con barriere architettoniche e non dotati di scivoli, ascensori, ecc.

- Assenza di sportelli per la prenotazione delle visite e degli esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (apparecchiatura per la distribuzione dei numeri e display luminoso per la visualizzazione del numero funzionanti)
- Assenza di prestazioni ambulatoriali per le quali vengono dati appuntamenti differenziati
- Assenza di mezzi pubblici che si rechino presso il complesso sanitario

Rispetto dell'identità personale, sociale e culturale del malato e relazioni sociali.

- Bassa percentuale di unità operative di degenza dotate di salottini o di altre aree di socializzazione per i degenti

Informazione logistica, informazione sanitaria, comunicazione ed educazione

- Assenza di cartellonistica stradale all'esterno della struttura sanitaria in grado di indicare la ubicazione di ospedali e distretti
- Assenza di cartellonistica esterna per l'identificazione del servizio
- Assenza, nell'atrio principale, di un prospetto riassuntivo dei servizi presenti nel poliambulatorio
- Mancanza di depliant informativi sui servizi e sui diritti dei cittadini
- Assenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini nelle strutture sanitarie

Comfort e prestazioni alberghiere

- Bassa percentuale di U.O. di degenza con bagni dotati di specchio, mensola, contenitori portarifiuti
- Bassa percentuale di U.O. di degenza con gabinetti dotati di tavoletta, campanello di allarme, possibilità di chiusura o di sistema per indicare se è libero o occupato
- Presenza di segni di fatiscenza delle pareti, vetri rotti, insetti nei presidi ospedalieri e distretti ambulatori
- Presenza di U.O. con stanze di degenza con più di 4 posti letto
- Bassa percentuale di unità operative dove si utilizza il carrello scaldavivande
- Bassa percentuale di ambulatori dotati di bagni per il pubblico localizzati
- Bassa percentuale di posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti
- Bassa percentuale di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità dell'ambulatorio stesso
- Bassa percentuale di U.O. di degenza con bagni dotati di specchio, mensola, contenitori portarifiuti all'interno di ospedali, distretti, ambulatori

- Bassa percentuale dei gabinetti degli ambulatori dotati di tavoletta, campanello di allarme, possibilità di chiusura o di sistema per indicare se è libero o occupato
- Bassa percentuale di UO con posti letto dotati di sedia, comodino e armadietto
- Bassa percentuale di U.O. di degenza con bagni dotati di tavoletta, campanello di allarme, possibilità di chiusura o di sistema per indicare se è libero o occupato
- Bassa percentuale di ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere
- Bassa percentuale di ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità dello stesso ambulatorio
- Bassa percentuale dei bagni per il pubblico dotati di specchio, mensola, contenitore portarifiuti

Supporto ai degenti e alle loro famiglie

- Assenza di servizi e procedure per supportare le famiglie (in caso di morte dei loro cari, di necessità di carattere economico, di trasferimento in strutture per lungodegenti o RSA, di dimissioni protette).

Documentazione sanitaria e comunicazione tra i medici curanti.

- Assenza totale di servizi e/o procedure per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale.
- Impossibilità di ottenere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso

Tutela dei diritti

- Assenza di qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)
- Assenza di locali riservati ad associazioni di volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini
- Assenza di schede e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami dei cittadini all'interno di ospedali e poliambulatori a altri servizi
- Assenza di locali riservati ad associazioni di volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini
- Indisponibilità, al momento dell'ingresso nella struttura di documenti rivolti al pubblico o presenza di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami all'interno di poliambulatori

Programmi di miglioramento della qualità

- Mancata realizzazione negli ultimi tre anni, di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari attraverso interviste o questionari relativa ai servizi erogati dall'azienda nel presidio azienda in genere
- Mancato coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio di assistenza territoriale
- Assenza di azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito alla consultazione degli utenti e dei familiari

Sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale.

- Assenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
- Assenza del Comitato per il buon uso del sangue
- Assenza di commissioni aziendali per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale
- Esistenza di procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra il settore amministrativo e i reparti clinici nella gestione del contenzioso
- Mancanza di studi di carattere valutativo sulle Schede di Dimissioni Ospedaliere
- Assenza di indagini periodiche circa il numero di casi d'infezione ospedaliere presenti
- Assenza di protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni
- Assenza al pronto soccorso della procedura del triage.

Sicurezza delle strutture e degli impianti.

- Mancato svolgimento di corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni
- Mancata Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni
- Assenza di camera calda all'interno del Pronto Soccorso
- Mancata definizione per tutto il personale delle procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni
- Assenza di accesso dedicato alle emergenze

Malattie croniche ed oncologia

- Assenza di strutture erogatrici di cure palliative: cure domiciliari, ambulatorio, ricovero ospedaliero in day hospital, ricovero ospedaliero in regime ordinario, hospice
- Assenza di servizi di dialisi domiciliare e servizi di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati
- Assenza di percorsi predefiniti di itinerari diagnostico-terapeutici relativi a malattie tumorali
- Mancato svolgimento, nel corso degli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari

- Assenza di procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia e procedure di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologia
- Assenza di centri di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi
- Assenza totale di strutture erogatrici di cure palliative

Medicina del dolore

- Assenza di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nella pratica medica e assistenziale dei diversi servizi dell'azienda
- Assenza di centri per il controllo del dolore (centro terapia del centro cefalee, ecc.)
- Assenza di valutazione, a intervalli regolari, dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati

Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti previsti dalla legislazione

- Assenza del Comitato Etico
- Assenza di una richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni di cittadini per la designazione dei propri rappresentanti (Comitato Etico)
- Assenza di protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini

4.3. La ricognizione sugli effetti operativi

L'Audit Civico, come dimostra la ricognizione sugli esiti realizzata in undici aziende¹, ha indotto azioni di cambiamento (talvolta già durante il corso dell'esecuzione) e ha sostenuto progetti di miglioramento già in atto. La formulazione dei quesiti generali e la definizione degli indicatori, in effetti, suggeriscono, volutamente, priorità e standard e

¹ Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Azienda Ospedaliera di Caserta, Azienda Ospedaliera Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Nuoro, Legnago, Salerno; Piacenza, Torino 1 e Torino 4.

favoriscono, quindi, la definizione delle azioni correttive. Il motore vero, tuttavia, è dato dal fatto che quando le aziende e le organizzazioni dei cittadini si mettono d'accordo per svolgere un Audit Civico hanno già deciso di impegnarsi insieme per produrre miglioramenti.

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

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

I risultati sono esposti nella tabella 1.

Nelle 11 aziende sono state prese complessivamente in considerazione 165 aree critiche. Utilizzando le classificazioni proposte nel terzo capitolo, si ottiene la seguente ripartizione:

- 40 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;

- 19 sono comprese nei fattori definiti “in movimento” e cioè la sicurezza nella pratica medica e assistenziale e la medicina del dolore;
- 46 riguardano la cosiddetta “zona grigia”, che comprende le malattie croniche e oncologia, il supporto 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;
- 60 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 due ultime categorie potrebbe essere considerata una conferma dell’impatto cognitivo dell’Audit Civico. Se, però, si considera l’operatività delle valutazioni si rileva che in 19 casi alla presa in esame dell’area critica non ha fatto seguito l’individuazione puntuale di una azione correttiva, e la maggior parte delle defaillances riguarda precisamente i fattori compresi nelle “cattive notizie” (9 casi) e nell’“area grigia” (5 casi).

Inoltre, le équipes locali hanno giudicato scarsamente pertinenti 19 azioni intraprese (circa un terzo del totale). Si può pensare quindi che la maggiore attenzione non sia ancora sufficiente a colmare il gap culturale – e cioè una rilevante difficoltà nella interpretazione dei problemi esaminati che probabilmente è alla base delle cattive performances rilevate.

Superata la difficoltà della individuazione, le azioni procedono con buoni livelli di celerità e di efficacia. In più della metà delle situazioni considerate l’azione è stata conclusa o ha comunque raggiunto un livello elevato di attuazione, mentre in un terzo dei casi non è stata superata la fase di studio, spesso a causa della complessità intrinseca del problema. Giova ricordare, a questo proposito, che in 39 situazioni l’Audit Civico si è potuto giovare di politiche di miglioramento già in corso esercitando una funzione di facilitazione.

Le équipes locali hanno emesso 123 giudizi in merito alla pertinenza delle azioni correttive ritenuta alta in 96 casi e bassa soltanto in 27 (e ben 19 volte, come si è visto, il giudizio negativo ha riguardato i fattori più critici).

La “reattività” delle aziende è alquanto differenziata, in sei 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 due casi, probabilmente per effetto di cambi nella direzione dell’azienda, mediocre, in tre casi l’impatto è stato alquanto scadente (poche azioni correttive hanno superato la fase dello studio).

La tipologia delle azioni 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, ecc;
- **adeguamenti organizzativi:** sono stati aperti due Cup e un sistema di prenotazione telefonica, un terzo è stato posto allo studio, è stato istituito un triage, sono stati distribuiti telefoni mobili, è stato adeguato l’orario di visita ai ricoverati in un ospedale, 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 due aziende sono stati avviati progetti di risk management;
- **realizzazione** (o avvio) **di azioni informative** - un punto di informazione nell’atrio, cartellonistica esterna o di reparto, opuscoli informativi (in almeno metà delle aziende, definizione di punti per la raccolta dei reclami e altro- in misura però decisamente inferiore alle lacune poste in evidenza dall’audit;

- due aziende hanno attivato o sviluppato il **servizio di mediazione culturale**;
- sono stati **aggiornati gli istituti di partecipazione** con l'istituzione di un Comitato etico, di un comitato misto consultivo e sono state avviate procedure di consultazione periodica delle organizzazioni civiche e protocolli di intesa.

Le azioni che prevedono un ruolo attivo dei cittadini sono circa 25, una quantità significativa ma ancora ridotta rispetto alla 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. Sono confermati infatti anche tre limiti.

Il primo riguarda l'effettiva volontà della direzione di impegnarsi in una politica di miglioramento, come dimostra il dislivello dell'incidenza constatata nelle diverse aziende. Bisogna ammettere che, probabilmente, in alcuni casi (molto limitati) l'adesione è stata di tipo diplomatico, in quanto la direzione ha delegato totalmente la gestione del progetto all'Ufficio qualità o all'URP (in questi casi comunque i funzionari hanno fatto buon uso dei risultati della valutazione).

Il secondo si riferisce alle difficoltà di superamento delle pietre di inciampo che deprimono sistematicamente la qualità dei fattori relativi alla informazione e alla comunicazione fra i soggetti (operatori e cittadini). Oltre ai dati già esposti si può considerare che, per esempio, le azioni di miglioramento della informazione logistica e sanitaria sono state soltanto 17, delle quali solo 9 concluse. Solo un'azienda ha segnalato interventi sulle "bacheche di reparto", nonostante il loro costo esiguo.

Il terzo limite viene dalla difficoltà a mantenere un rapporto sistematico, fondato su programmi di lavoro comuni, fra cittadinanza attiva e direzione delle aziende. Bisogna ancora superare abitudini consolidate, da una parte e dall'altra. Un segnale positivo a tale

proposito è rappresentato dalla discreta propensione a rendere permanenti le équipes costituite per la realizzazione dell'Audit e per la definizione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Tabella 1: 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	20	6	2	11	12	7	14	3
Rispetto dell'identità del malato	13	5		6	7	4	4	6
Relazioni sociali	8	2		3	3	2	4	1
Informazione logistica e sanitaria	17	3	3	9	14	1	10	2
Assistenza alla persona	6	3	2	1	3	3		1
Comfort e prestazioni alberghiere	12	4	1	6	6	6	7	4

Supporto ai degenti e alle loro famiglie	6	2	1	1	3	1	1	2
Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici curanti	7	6			5	1	4	1
Tutela dei diritti	10	1	3	5	6	3	6	2
Fattori	Aree critiche considerate	Azioni			Connessione		Livello di pertinenza	
		Individuate	Decise	Attuate	Si	No		
Programmi di miglioramento della qualità	12	1	2	8	8	3	9	1
Sicurezza nell'esercizio della pratica medica e assistenziale	11	3	1	6	9	1	8	1
Sicurezza delle strutture e degli impianti	8	2	1	4	6	2	6	

Malattie croniche e oncologia	7	3		4	7		4	1
Medicina del dolore	8	1	2	4	4	3	7	
Istituti di partecipazione degli utenti nel Ssn previsti dalla legislazione vigente	11	6	2	3	11		8	
Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/ azienda sanitaria	9	3		4	4	1	4	2
Totali	165	51	20	75	108	39	96	27

CAPITOLO QUINTO

Conclusioni

I risultati del 2003 confermano quasi integralmente quelli constatati con i cicli sperimentali del 2001 e 2002. Questa conferma è confortante, in quanto l'arruolamento delle aziende sanitarie coinvolte nei primi due anni dell'Audit Civico è stato orientato a strutture ritenute in qualche modo più sensibili e preparate a relazionarsi con gruppi di cittadini sul terreno della qualità e della valutazione. Tutto ciò, evidentemente, non è avvenuto nell'Audit del 2003 nel quale l'offerta a partecipare al programma è stata allargata a tutte le aziende e ciò avrebbe potuto influenzare sensibilmente i risultati.

Questa constatazione autorizza due conclusioni.

La prima riguarda la **conferma della validità e della applicabilità** dell'impianto generale della metodologia e dei repertori di indicatori adottati.

L'altra riguarda la significatività dei risultati stessi. Esclusa, per evidenti motivi, qualunque pretesa di rappresentatività statistica, è però legittimo ritenere che i **fenomeni rilevati abbiano una portata generale e non limitata alle 47 realtà indagate**. E' vero che la scelta di utilizzare uno strumento come l'Audit Civico probabilmente tende a selezionare le aziende più attente ai rapporti con i cittadini, ma questo non dovrebbe avere effetti sostanziali sui dati di ordine strutturale e semmai enfatizza il valore delle questioni rilevate in ordine alla comunicazione, alla informazione, alla tutela e alla partecipazione dei cittadini. In particolare, **vengono avvalorate due considerazioni proposte nelle conclusioni del Rapporto del 2002**.

1. Centralità del malato, art. 118 e cittadinanza attiva

La prima riguardava il significato concreto dell'espressione **"centralità del malato"** nella cultura dei professionisti e degli amministratori. Si era verificato che tale **cultura ha certamente acquisito la centralità del malato quando esso tende ad essere un puro fruitore dei servizi** (comfort, prenotazioni, ecc.) **o portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare** (terapia del dolore o prevenzione delle infezioni) **ma stenta a cogliere il cittadino come concreto attore del**

sistema (scambio di informazioni e tutela dei diritti); In altri termini è una cultura che considera il malato come un ospite da trattare possibilmente con cura, ma non ancora un cittadino titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Nell'ultimo anno sono state avviate azioni che potrebbero modificare sensibilmente la situazione, come gli accordi stipulati da Cittadinanzattiva con le regioni Lazio ed Emilia Romagna, che riconoscono l'Audit e più in generale la valutazione civica come una modalità di attuazione dell'art. 118 - ultimo comma - della Costituzione¹; l'iniziativa potrebbe estendersi ad altre regioni. Del resto, Toscana e Marche hanno autonomamente provveduto ad inserire i cittadini nelle procedure di accreditamento e in un discreto numero di aziende l'Audit ha contribuito a riformare e rafforzare i rapporti fra organizzazioni civiche e direzioni. E' presto per dire che il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche regionali e aziendali sta finalmente uscendo dall'ambito della residualità ma il movimento è evidente.

Non è facile comprendere perché, anche in questi casi permane una resistenza a esplicitare il possibile legame fra le diverse iniziative e l'attuazione delle norme sulla partecipazione ed in particolare con il Dpcm del 16/5/95 (che, come si è già detto, ha dato un contributo culturale non secondario allo sviluppo dell'Audit). Le Carte dei servizi potrebbero essere il luogo in cui si pubblicano gli standard e gli impegni concordati e la Conferenza dei servizi l'occasione pubblica attraverso la quale, anno dopo anno, le aziende incontrano i cittadini e le organizzazioni civiche per fare il punto sulla tutela dei diritti e discutere le azioni correttive. Certo questo sistema non può esaurire la partecipazione civica ma può ancora offrire un ottimo sostegno istituzionale e organizzativo alla interlocuzione e alla collaborazione. Il problema, a nostro parere, meriterebbe una adeguata riflessione.

Resta la necessità di individuare le strategie che permettono di fare un passo avanti nella valorizzazione delle risorse offerte dalla cittadinanza attiva, secondo lo spirito e la lettera dell'art. 118. Prima di proseguire in questo senso conviene portare l'attenzione sulla **seconda considerazione** proposta dai risultati di tre anni di lavoro.

¹ 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.

2. Soglie minime non derogabili

Il Rapporto del 2002 affermava che **“l’esperienza dell’Audit Civico permette di definire una soglia minima praticabile al di sotto della quale non ha senso parlare di qualità dei servizi”** e che soltanto se si supera questa soglia, “l’attenzione può essere portata alla possibilità di instaurare e consolidare politiche di miglioramento continuo fondate sul circolo virtuoso dell’ascolto del punto di vista dei cittadini, sulla formulazione esplicita dei programmi di miglioramento, sulla realizzazione dei programmi e sul controllo della loro attuazione.

Si sostiene, in altri termini, che esistono ormai standard minimi di funzionamento che le aziende non possono considerare discrezionali, anche quando non sono determinati (come pure spesso avviene) da specifiche disposizioni normative. Nel contesto della federalizzazione, ciò significa, forse, individuare una possibile misura di salvaguardia dell’universalità del servizio.

Per comprendere più concretamente il significato di questa affermazione è utile riprendere le considerazioni fatte sulle omissioni, sulle buone pratiche e sulle pietre di inciampo.

le omissioni

Dopo tre anni di rilevazioni, le buone notizie relative alla situazione del comfort e delle prestazioni alberghiere, dell’accesso alle strutture sanitarie e della sicurezza delle strutture e degli impianti possono essere considerate un fatto consolidato. Dopo anni di investimenti, soprattutto con i fondi messi a disposizione dall’art. 20, è sensibilmente migliorato il livello di adeguatezza degli edifici, l’informatizzazione ha permesso una radicale riforma delle procedure di accesso e di prenotazione, e l’attenzione verso i temi dell’umanizzazione, della sicurezza e del rispetto del tempo dei cittadini sta guadagnando spazio nelle culture professionali. Resta la nota dolente dei tempi di attesa che però hanno da tempo una priorità elevata nelle agende delle aziende, del governo nazionale e della maggior parte dei governi regionali.

In misura meno frequente, anche fra gli altri fattori, si constatano buone prassi consolidate, come la crescente attenzione verso la

realizzazione di hospices e strutture per le cure palliative, alla rilevazione dei casi di infezioni ospedaliere o ancora l'analisi dei reclami.

Diventa sempre più difficile, quindi, accettare la permanenza di cattive pratiche - come l'impossibilità di accedere alle prestazioni tramite un CUP, la mancata utilizzazione dei carrelli scaldavivande o la disattenzione verso i temi appena citati - perché si stenta a comprendere quali ragioni obiettive possano legittimare simili ritardi.

L'elenco delle omissioni riportato al punto 4.2.3. quindi potrebbe essere considerato come l'anticipazione di una chek list di prerequisiti che le aziende dovrebbero soddisfare in misura percentualmente molto elevata per aspirare all'ingresso nel circolo virtuoso della qualità ma che dovrebbero avere anche uno specifico peso nella valutazione dei dirigenti.

le buone pratiche

L'Audit civico ha rilevato segni promettenti di crescita dell'attività e dell'interesse nell'ambito della sicurezza nell'esercizio della pratica medica e del management del dolore, a cui si possono associare altre buone pratiche, come quella di comunicare ai ricoverati il nome di un medico di riferimento o l'impiego sistematico degli strumenti di valutazione della qualità. Permangono, tuttavia, elementi di forte discontinuità: in alcune aziende, infatti, le iniziative sono, tutto sommato, sistematiche in altre del tutto assenti.

E' ancora vero quindi, che quanto si sta realizzando in questi ambiti è ancora dovuto alla particolare sensibilità da parte della dirigenza di alcune aziende sanitarie o di gruppi di professionisti piuttosto che ad una strategia promossa o almeno incoraggiata dai diversi livelli di governo o a una definitiva maturazione delle culture professionali. Negli ultimi due anni, però, sono state avviate e promosse alcune azioni sistematiche, basti pensare alla Campagna "Ospedale senza dolore" del Ministero, ai programmi avviati dal Tribunale per i diritti del malato sullo stesso tema ("Aboliamo i dolori forzati" e per la promozione delle unità di risk management del programma sulla sicurezza nella pratica medica e assistenziale, e ancora altri programmi sostenuti dalla F.I.A.S.O. e da altre organizzazioni. Gli esiti sono stati confortanti ma il sistema resta in ritardo.

Accertata questa difficoltà resta da chiedersi se un'azienda sanitaria possa legittimamente non assumere alcuna iniziativa in questi ambiti.

Forse è giunto il momento di affermare che quando una buona pratica ha testimoniato sul campo la propria validità e la capacità di dare risposte positive a problemi cruciali, la sua adozione (fatte salve le ovvie necessità di adattamento) **non può più essere considerata un fatto discrezionale.** Le amministrazioni regionali possono avere un ruolo determinante a questo proposito, anche con la messa in campo di un sistema adeguato di incentivi e di sanzioni.

le pietre di inciampo

Infine, l'Audit civico ha messo in evidenza che le peggiori performances, quelle dell'area grigia, (fra cui la cura delle malattie croniche e oncologiche, il sostegno dei malati e delle loro famiglie) e delle "cattive notizie" (rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati, informazione logistica e sanitaria, tutela diritti e programmi di miglioramento della qualità) fanno capo, in diverse forme, alla incapacità di mettere e mantenere in comunicazione operativa i diversi attori del servizio sanitario.

Quando è necessaria una costante opera di contatto, orientamento, informazione e consiglio con il concorso di più soggetti indipendenti il sistema, spesso, è in crisi e stenta addirittura a mantenere su livelli soddisfacenti quella che dovrebbe essere l'attività ordinaria di scambio delle informazioni sanitarie e di comunicazione fra medici curanti.

Non è un caso che si concentrino in questi aree anche le "pietre di inciampo" che potrebbero essere rimosse senza un particolare dispendio di risorse finanziarie (come la frequente assenza di cartelli informativi elementari nei reparti o l'assenza, al momento dell'ingresso nell'ospedale, di documenti o avvisi rivolti al pubblico relativi al diritto di libera scelta del luogo di cura). Nel 2001, per spiegare un ritardo difficile da comprendere, erano state proposte tre spiegazioni:

- il permanere di pesanti limiti di autoreferenzialità nell'organizzazione e nei comportamenti professionali e la conseguente presenza di ostacoli alla tutela dei diritti e al rispetto delle identità personali, sociali e culturali;
- la propensione a ridurre la trasparenza dell'organizzazione per mantenere in condizioni di subalternità i malati e i loro congiunti;
- il dato che obiettivamente il controllo e la gestione delle informazioni richiedono un elevato livello di attenzione specifica, difficile da

garantire per un personale formato e orientato alle prestazioni assistenziali.

Non è possibile però accettare a tempo indeterminato la persistenza di ritardi e carenze in ambiti che, a ben vedere, denotano l'esistenza di gravi e continue violazioni di fondamentali diritti della persona.

Sull'insieme delle pietre di inciampo, come si è già detto, si deve aprire urgentemente una riflessione che definisca, una volta per tutte, le priorità che devono essere date a questi elementi nelle politiche aziendali e stabilisca come immediata conseguenza l'inderogabilità dei relativi standards. Non si tratta tanto di emettere una nuova normativa, quanto piuttosto di rendere definitivamente cogenti decisioni già assunte.

3. Tre linee di lavoro

Considerare in parallelo la centralità del cittadino letta nell'ottica dell'art. 118 e le soglie minime non derogabili, significa sottolineare che il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche sanitarie può essere **una risorsa decisiva da spendere per ridurre e superare le difficoltà in cui versano i servizi sanitari.** Non si vogliono ingenuamente ignorare problemi cruciali, come quello del finanziamento, ma mettere in evidenza che l'intervento della cittadinanza attiva si sta già confrontando con questioni centrali.

La **prima pista di lavoro**, come è ovvio, riguarda **l'intervento dei cittadini nei processi di controllo, di valutazione e di accreditamento.** L'Audit Civico (e in un altro ambito Ospedale sicuro) hanno dimostrato sul campo la pertinenza e la attendibilità della valutazione civica, sgombrando definitivamente il campo (almeno si spera) dalle obiezioni di difetto di competenza. Una evidente conferma, a questo proposito, proviene dal nuovo atteggiamento, già ricordato, di varie amministrazioni regionali e dall'interesse testimoniato dalle oltre cento aziende che hanno liberamente aderito ai due programmi citati. L'art. 118, più volte ricordato, conferisce un valore costituzionale a questa collaborazione.

Il centro dell'attenzione deve trasferirsi dalla questione di principio alla ricerca delle soluzioni disciplinari, organizzative e operative che permettono di spendere la valutazione civica in una grande scommessa, quale potrebbe essere quella di compiere un salto di qualità nella trasparenza e nella controllabilità del sistema.

Una **seconda linea operativa** potrebbe riguardare una più intensa **partecipazione alla progettazione delle azioni che comportano il coinvolgimento di più attori**, e cioè nell'area più critica messa in evidenza dall'Audit. La rappresentanza del punto di vista dei cittadini, fin dalla prime fasi della progettazione, nelle commissioni e nei gruppi di lavoro che affrontano temi come le dimissioni critiche, lo sviluppo dei servizi domiciliari, la conduzione del percorso chirurgico, ecc. può portare un contributo prezioso di informazioni, favorire una migliore valutazione della praticabilità delle soluzioni e sulla possibilità di valorizzare il ruolo attivo dei malati e delle loro famiglie e, insieme, sollecitare la tempestività degli interventi e la collaborazione dei professionisti.

La **terza direzione di lavoro** concerne **la possibilità di realizzare nuovi servizi**. Gli esempi positivi di collaborazione tra amministrazioni e organizzazioni civiche, a questo proposito, si contano ormai a centinaia e autorizzano a ritenere che sia ormai maturo il passaggio dalla eccezionalità alla sistematicità delle politiche che potrebbero contribuire a dare soluzioni per altre aree particolarmente critiche segnalate dall'Audit, come lo sviluppo di forme innovative di accoglienza, di azioni di informazione ed educazione sanitaria e del counselling, ecc.

APPENDICE A

Elenco dei responsabili delle équipe aziendali e delle strutture sanitarie coinvolte nell’Audit Civico 2003

Azienda Sanitaria Unica Regionale di ASCOLI PICENO - Zona Territoriale n. 13

Responsabile per l’Azienda: Donatella Mascetti, Responsabile URP
Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Alberto Franco
Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Rosanna Ferretti,
Emanuela Acquaviva, Francesca Capotosti

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Ascoli Piceno
Presidio Ospedaliero di Amandola
Distretto di Ascoli Piceno
Distretto di Amandola
Distretto di Offida
Poliambulatorio di Ascoli Piceno
Poliambulatorio di Amandola
Poliambulatorio di Offida
SERT di Ascoli Piceno
Centro Salute Mentale di Ascoli Piceno
Struttura Riabilitativa Semi Residenziale - Centro Diurno “Il Sentiero” di
Ascoli Piceno
Struttura Riabilitativa Semi Residenziale - Centro Diurno “Il Gabbiano
Blu” di Comunanza
Struttura Riabilitativa Residenziale di Ascoli Piceno

Azienda Sanitaria Regionale di AOSTA

Responsabile per l’Azienda: Giorgio Galli
Equipe Aziendale: Rita Ippolito, Corrado Allegri, Silvio Giono Calvetto
Responsabili per l’organizzazione: Antonella Mattei e Maria Grazia
Iannizzi, Istituto tecnico per Geometri

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero Regionale di Aosta
Distretto di Morgex
Distretto di Aosta (+ intero territorio regionale)
Poliambulatorio di Morgex
Poliambulatorio di Aosta

Azienda Sanitaria Locale 1 di AVELLINO

Responsabili per l'Azienda: Pietro Corvino

Equipe Aziendale: Mario Ferrante

Responsabili per il Tribunale per i diritti del malato: Luigi Melito

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Cristina D'Amico

Strutture visitate:

Ospedale di Ariano Irpino
Distretto di Triveneto/CB Est
Unità Operativa di Salute Mentale n. 1 di Ariano Irpino

Azienda Ospedaliera di "Moscati" di AVELLINO

Responsabile per l'Azienda: Maria Egidia Gabrieli, Responsabile URP

Equipe Aziendale: Angela Petruzzello

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Carlo Caramelli

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Michele Rescigna, De Simone, Fuzzati.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero "Moscati" di Avellino

Azienda Ospedaliera di BERGAMO

Responsabile per l'Azienda: Luisella Barberis, Responsabile URP

Equipe Aziendale: Luigia Iamele

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Paolo Messina

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Cristina Malatrasi

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero "Ospedali Riuniti" di Bergamo

Azienda Sanitaria Locale di BOLOGNA NORD

Responsabile per l'Azienda: Lara Nanetti

Equipe Aziendale: Laura Biagetti, Valentina Evangelisti, Lorena Neri, Loredana Fauni

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Roberto Poppi

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Piero Almeoni, Valentina Borghesani, Vincenzo Forni, Luigi Mozzanti, Ivano Nascimbeni, Luigi Natale, Anselmo Pirani, Enea Selleri, Maurizio Serra, Andrea Tesini

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Bentivoglio

Distretto di Pianura Ovest

Poliambulatorio di Crevalcore (Distretto Pianura Ovest)

Poliambulatorio di Castenaso (Distretto Pianura Est)

Azienda Sanitaria Locale di CESENA

Responsabile per l'Azienda: Maria Giovanna Madrigali, direzione comunicazione e relazioni pubbliche, Rossella Mottarelli

Equipe Aziendale: Mariella Marioli, Renato Zanotti

Responsabili per il Comitato Consultivo Misto: Franca Soppese, Peppino Botticelli, Pierantonio Marongiu, Matteo Mogliani, Romana Moretti, Alieto Pagliacci

Equipe civica: Daniele Casadei, Franco Collini

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero "Bufalini"

Distretto di Cesena –Valle Savio
Poliambulatori presso il Bufalini

Azienda Sanitaria Locale n. 13 Regione Veneto - MIRANO/DOLO (VE)

Responsabile per l'azienda: Raffaella Brendolan

Equipe Aziendale: Bianca Colucci, Gradisca Minchio

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Annalisa Somnavilla

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Sandra Boscolo, Francesco Borsello, Gino Bedin, Anton Berton, Sergio Maschera

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Mirano

Presidio Ospedaliero di Noale

Presidio Ospedaliero di Dolo

Distretto di Mira

Distretto di Camponogara

Distretto di Mirano

Distretto di Martellago

Azienda Sanitaria Locale n. 2 di LECCE

Responsabile per l'Azienda: Franca Carluccio

Equipe Aziendale: Maria Vita Canitano, Borgio Aronzo, Francesca Tarantino, Antonio Colazzo, Salvatore Della Bona

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Anna Maria De Filippi

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Maglie/Casarano (*dati aggregati*)

Distretto di Maglie

Poliambulatorio di Maglie

Sert di Maglie

Azienda Sanitaria Locale di LUCCA

Responsabile per l'Azienda: Fernanda Monti

Equipe Aziendale: Lucia Regoli, Marco Farné, Sergio Ardis

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Annunziata Biagi

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Maria Stella Pieroni,
Luciano Giannini, Grazia Poli, Roberta Benedetti, Giuseppe Benetti

Strutture visitate:

Ospedale Campo di Marte - Lucca

Ospedale San Francesco - Barga

Ospedale Santa Croce – Castelnuovo Garfagnana

Zona Piana di Lucca (Capannoni, San Leonardo, Lucca Centro, San Vito, Sant'Anna)

Zona Valle del Serchio (Piazza al Serchio, Castelnuovo Garfagnana, Galliciano, Fornaci di Barga)

Distretto Sant'Anna

Distretto San Vito

Distretto Lucca centro

Distretto Capannoni

Distretto Piazza al Serchio

Distretto Castelnuovo Garfagnana

Distretto Galliciano

Distretto Fornaci di Barga

Poliambulatorio Via Barsanti e Matteucci

Poliambulatorio Marlia

Poliambulatorio Turchetto

Poliambulatorio Castelnuovo Gargagnana

Poliambulatorio Fornaci di Barga

Poliambulatorio Fornoli

Centro di Salute Mentale di Lucca

Centro di Salute Mentale Castelnuovo Gargagnana

Centro di Salute Mentale Fornaci di Barga

Azienda Sanitaria Locale di LUGO (Ravenna)

Responsabile per l'Azienda: Roberto Bertoni

Equipe Aziendale: Mario Baldini

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Francesca Rani

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Hedda Forlivesi

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero Umberto I
Distretto di Lugo
Poliambulatorio principale di Lugo
Poliambulatorio Umberto I
Poliambulatorio Materno-infantile
Poliambulatorio di Chirurgia Specialistica
Poliambulatorio di Radiologia-Nuovo Pronto Soccorso
Poliambulatorio di Alfonsine, Bagnacavallo, Conselice, Cotignola,
Fusignano, Massa Lombarda

Azienda Ospedaliera “Carlo Poma” di MANTOVA

Responsabile per l’Azienda: Ida Breviglieri

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Mentore Carra

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Dino Truzzi, Alberta
Cavallona, Silvana Fretta

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero “Carlo Poma”

**Azienda Ospedaliera “Civico A.R.N.A.S. Benfratelli e M.
Ascoli ” di PALERMO**

Responsabile per l’Azienda: Micciché Giovanna e Colimberti Domenico

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Cristina Marrone

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Maria Finocchiaro,
Fortunato Sparacio, Marilena Comande, Katia Arena

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero “ARNAS Benfratelli”

Presidio Ospedaliero “M. Ascoli”

Azienda sanitaria locale di PIACENZA

Responsabile per l’Azienda: Giovanni Ferrari, responsabile URP

Equipe aziendale: Rossana Ferrante, Mario Sassi (Comitato Consultivo Misto)

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Anna Maria Pagani

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Gianni Maggi

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero della Val d'Arda

Distretto della Val Tidone

Poliambulatorio di Piacenza

SERT di Val d'Arda

SERT di Piacenza e Montagna

Centro di salute mentale di Val d'Arda

Centro di salute mentale di Val Tidone

Centro di salute mentale di Piacenza e montagna

Azienda Sanitaria Locale di PRATO

Responsabili per l'azienda: Claudio Sarti, Mauro Pallini

Equipe aziendale: Claudia Begliuomini, Sandra Vannucci

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Elena Pagnini

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Fabio Baldi

Strutture visitate:

Ospedale di Misericordia e Dolce

Distretto di Centro Est

Poliambulatorio Centro Est

Sert di Prato

Azienda Ospedaliera di RUMMO (BN)

Responsabile per l'Azienda: Marina Pinto

Equipe aziendale: Anna Rita Della Camera, Milena Pregnotato

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Pasquale Bizzarro

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Luigi Ambrosone, ,

Pasquale De Nicola, Domenica Zanin, Matteo Simone.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Rummo

Azienda sanitaria locale n. 3 di TORINO

Responsabile per l'azienda: Dott.ssa Rosella Zerbi

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

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Elisabetta Sasso, Parini.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero Maria Vittoria di Savoia

Presidio Ospedaliero Amedeo di Savoia

Distretto di Torino 1

Distretto di Torino 2

Poliambulatorio di Corso Toscana

Poliambulatorio di Via del Ridotto

Poliambulatorio di Via Pacchiotti

Poliambulatorio di Viale Chiuse

Patologie da dipendenza

Rete servizi anziani

Centro di Salute Mentale 1

Centro di Salute Mentale 2.

Azienda Ospedaliera di TRIESTE

Responsabile per l'Azienda: Loredana Braico

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

Braida e Bianchetti Geletti Anna Maria

Equipe civica: Menin Rubina, Federconsumatori.

Legacons. Acli, Benito Bortolozzo

Tutela consumatori, Prof. Nemez Luisa

Mov. Donne Trieste, Lori Gambassini: 040417754

Avo, Pellarini.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero "Maggiore"

Presidio Ospedaliero "Gattinara"

Azienda Sanitaria Locale n. 4 di UDINE

Responsabile per l'Azienda: Paola Paschini

Equipe aziendale: Eliodora Battiston, Paolo Di Benedetto, Nadia Di Monte, Alessandrino Fanzutto, Paolo Franz, Anna Germano, Elsa Luretig, Maria Misto, Desolina Moro, Luigino Vidotto, Agostino Zampa

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Flavia Cumini

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Magda Mintoti, Remo Pietroantonio, Giancarlo Valentis

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Riabilitazione "I.M.F.R. Gervasutta"

Distretto di Cividale

Poliambulatorio di Cividale 1 (c/o Distretto)

Poliambulatorio di Cividale 2

Sert di Udine

Azienda Sanitaria Locale di URBINO

Responsabile per l'Azienda: Alessandro Bedini

Equipe aziendale: Maria Luisa Massi, Marisa Atripaldi

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

Equipe del Tribunale per i diritti del malato: Lucia Calabria, Lucio Becchetta, Rasori.

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero "Maria della Misericordia" di Urbino

Distretto di Urbino

Poliambulatorio di Urbino

Azienda Sanitaria Locale di VERCELLI

Responsabile per l'Azienda: Dott. ssa Mele

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Pier Antonio Rigolino

Strutture visitate:

Presidio Ospedaliero di Vercelli

Presidio Ospedaliero di Santhià
Presidio Ospedaliero di Borgosesia
Presidio Ospedaliero di Gattinara
Distretto di Vercelli
Distretto di Santhià/Gattinara (*dati aggregati*)
Distretto di Borgosesia/Varallo (*dati aggregati*)
Poliambulatorio di Vercelli
Poliambulatorio di Santhià/Gattinara (*dati aggregati*)
Poliambulatorio di Borgosesia/Varallo (*dati aggregati*)

Azienda Sanitaria Locale n. 6 di VICENZA

Responsabili per l'Azienda: Roberta Barolo, Gianfranco Berno, Giovanna Gazzola

Responsabile per il Tribunale per i diritti del malato: Franco Figoli

Strutture visitate:

Ospedale di Vicenza
Distretto di SS. Apostoli - Vicenza
Distretto Est- Sandrigo
Distretto Ovest
Distretto Sud Est