



**REGIONE  
LAZIO**

**DIREZIONE REGIONALE SALUTE  
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**  
AREA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI,  
DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI E DELL'INTEGRAZIONE  
SOCIO SANITARIA



## La **VALUTAZIONE** delle attività delle aziende sanitarie realizzata dai **CITTADINI**



### AUDIT CIVICO Annualità 2012/2013

*Il diritto alla salute non è uguale per tutti*



## **Indice**

Introduzione.....	pag. 6
Il contesto .....	pag. 7
Continuità e innovazione del programma nel 2013 .....	pag.11
La rilevazione civica: dalla nascita all’evoluzione.....	pag.12
Campo di applicazione.....	pag. 13
L’approccio metodologico .....	pag. 15

### **Livello aziendale e assistenza territoriale .....pag. 20**

#### **Prima componente: orientamento ai cittadini.....pag. 21**

Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” .....	pag. 23
- Livello aziendale.....	pag. 24
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di distretto .....	pag. 26
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 29
Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”.....	pag. 31
- Livello aziendale.....	pag. 32
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 34
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 38
Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenzi” .....	pag. 41
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 42
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 44
Fattore “Informazione e Comunicazione” .....	pag. 46
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 47
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 50

Fattore “Comfort” .....	pag. 53
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 55
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 59

**Seconda componente: impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche d particolare rilievo sociale e sanitario.....pag. 62**

Fattore “Sicurezza dei pazienti”.....	pag. 64
- Livello aziendale.....	pag. 65

Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”.....	pag. 66
- Livello aziendale.....	pag. 68
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 69
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 71

Fattore “Malattie croniche e oncologia” .....	pag. 72
- Livello aziendale.....	pag. 74

Fattore “Gestione del dolore” .....	pag. 75
- Livello aziendale.....	pag. 76

Fattore “Prevenzione” .....	pag. 79
- Livello aziendale.....	pag. 80
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto .....	pag. 83
- Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori .....	pag. 85

**Terza componente: coinvolgimento delle organizzazioni  
dei cittadini nelle politiche aziendali.....pag. 87**

Fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” .....	pag. 90
- Livello aziendale.....	pag. 90

Fattore “Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda” .....	pag. 93
- Livello aziendale.....	pag. 94

**Livello pronto soccorso.....pag. 96**

**Prima componente: dati strutturali, risorse e personale.....pag.97**

**Seconda componente: qualità tecnica ..... pag. 101**

Fattore “Gestione del triage e Valutazione della criticità” ..... pag. 102

Fattore “Integrazione della rete” ..... pag. 105

Fattore “Sistema Informativo e Risorse Tecnologiche” ..... pag. 107

Fattore “Formazione e Sicurezza del Personale” ..... pag. 109

**Terza componente: umanizzazione ..... pag. 110**

Fattore “Cura della relazione con il paziente  
e rispetto della privacy” ..... pag. 111

Fattore “Impegno per la non discriminazione culturale,  
etnica e religiosa” ..... pag. 113

Fattore “Comfort e Accessibilità” ..... pag. 115

Fattore “Accesso alle informazioni, alla documentazione  
e comunicazione” ..... pag. 118

Eventi Sentinella Della Rete Dell'emergenza..... pag. 120

**Livello salute mentale .....pag. 122**

**Valutazione civica della qualita' dei servizi di salute mentale pag. 123**

Fattore “Accessibilità delle prestazioni sanitarie” ..... pag. 125

- Livello Dipartimento di Salute Mentale..... pag. 126  
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura..... pag. 127  
- Livello Centro di Salute Mentale ..... pag. 129

Fattore “Integrazione tra i servizi” ..... pag. 131

- Livello Dipartimento di Salute Mentale..... pag. 132  
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura..... pag. 134  
- Livello Centro di Salute Mentale ..... pag. 136

Fattore “Comfort” .....	pag. 138
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 139
- Livello Centro di Salute Mentale.....	pag. 142
Fattore “Sicurezza dei pazienti”.....	pag. 145
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 146
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 147
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 150
Fattore “Continuità assistenziale” .....	pag. 152
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 153
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 155
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 157
Fattore “Miglioramento della qualità e formazione del personale”	pag. 160
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 161
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 163
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 164
Fattore “Informazione e comunicazione” .....	pag. 166
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 167
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 168
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 170
Fattore “Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione”..	pag. 172
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 173
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 175
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 176
Fattore “Rapporti con le famiglie”.....	pag. 178
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 179
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 180
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 182
Fattore “Rapporti con le comunità” .....	pag. 183
- Livello Dipartimento di Salute Mentale .....	pag. 184
- Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 186
- Livello Centro di Salute Mentale .....	pag. 187

**Conclusioni ..... pag. 190**

**I risultati della politica della partecipazione civica ..... pag. 190**

- Il livello della politica istituzionale ..... pag. 190
- Il livello aziendale ..... pag. 192
- Il livello civico ..... pag. 192
- Il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione ..... pag. 193

**Il quadro d'insieme e le priorita' d'intervento ..... pag. 196**

- Direzione aziendale e Assistenza Territoriale ..... pag. 197
- Pronto soccorso ..... pag. 216
- Salute mentale ..... pag. 224

**Appendice 1 – Griglie sulle Liste d'Attesa ..... pag. 231**

- Commenti sulle liste di attesa ..... pag. 235

**Appendice 2 - dettaglio delle strutture per azienda valutata  
e campi di applicazione ..... pag. 236**

Ringraziamenti ..... pag. 238

Fonti consultate ..... pag. 241

Bibliografia ..... pag. 241

Sitografia ..... pag. 241

# **Audit Civico Lazio in Sanità**

## **Annualità 2012-2013**

### ***Introduzione***

L’Audit Civico Lazio è un’analisi critica e sistematica condotta a livello regionale e sviluppata da Cittadinanzattiva Lazio, tesa ad indagare lo stato del rispetto dei diritti del malato all’interno delle strutture sanitarie nonché l’operato delle stesse. È una forma di valutazione civica che, attraverso l’osservazione e la rilevazione sistematica di una serie di elementi, consente di offrire una lettura delle attività delle Aziende Sanitarie.

L’Audit Civico Lazio si realizza attraverso la prospettiva del cittadino la cui partecipazione si è rivelata, fin dal primo ciclo del 2007/2008, indispensabile per individuare le maggiori criticità e debolezze del Sistema Sanitario e per riuscire a stabilire le priorità di intervento all’interno delle Aziende. È dunque uno strumento promosso dal cittadino e a disposizione dello stesso, attraverso cui è possibile monitorare e valutare la qualità delle prestazioni fornite dalle strutture sanitarie. In quanto tale, l’Audit favorisce i processi di partecipazione civica alle politiche aziendali e regionali attraverso: la finalizzazione dell’interlocuzione con le direzioni per l’assunzione di impegni specifici, capacità di monitoraggio e sollecitazione dei miglioramenti in atto, e la costituzione dei Tavoli Misti Permanenti della Partecipazione (TMPP).

L’Audit civico nasce per fronteggiare tre problemi evidenziati da Cittadinanzattiva e in particolar modo dal Tribunale per i Diritti del Malato: il primo fa riferimento alla necessità di prendere atto di opinioni e critiche del cittadino e al contempo di promuoverne una partecipazione attiva nei servizi sanitari pubblici; il secondo riguarda la necessità di rendere *“trasparente e verificabile l’azione delle aziende sanitarie”* (Petrangolini; 2007, p. 282); il terzo e ultimo si riferisce all’eventualità e al rischio che un’autonomia maggiore per i governi regionali e locali determini, a livello nazionale, una differenziazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi.

L’importanza di questa metodologia non risiede esclusivamente nell’individuare criticità e punti di forza del Sistema Sanitario, ma anche e soprattutto **nell’educare e nel promuovere empowerment**.

Per troppo tempo nella storia italiana l’utente dei servizi è risultato passivo fruitore più che attore attivo all’interno della società, troppo a lungo non si è avvalso di associazioni che lo tutelassero o rappresentassero restando ai margini dei processi decisionali e partecipativi. In Italia solo verso la fine degli

anni Ottanta, grazie soprattutto al Movimento Federativo Democratico (MFD), i cittadini hanno iniziato a far sentire la loro voce per esprimere opinioni ed esigenze, hanno iniziato a comprendere che partecipare attivamente avrebbe apportato grandi benefici alla società perché le battaglie venivano combattute in nome di tutti e non si tutelavano solo gli interessi di una piccola cerchia elitaria. I cittadini prendono coscienza che partecipare è un *diritto* ma soprattutto un dovere civico: nasce così l'associazionismo dal basso, ovvero 'cittadini attivi' che si organizzano per tutelare i propri diritti e per rappresentare esigenze e bisogni altrimenti ignorati (Altieri, 2004). Proprio l'effettiva partecipazione, l'essere riconosciuti come interlocutori, e la conquista di un *ruolo di influenzamento attivo e intenzionale nei processi decisionali*, anche da parte di quelle persone che solitamente sono escluse dalla elaborazione di politiche e programmi per la salute (Altieri, 2004), hanno permesso di parlare di *empowerment*: "[...] un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita"<sup>1</sup>.

Negli anni la partecipazione dei cittadini alle politiche è considerevolmente aumentata grazie ad una sostanziale apertura istituzionale che, comprendendo l'importanza dell'instaurarsi di un rapporto tra cittadini e istituzioni politiche per determinare la qualità della democrazia del nostro Paese, ne ha favorito lo sviluppo dagli anni Novanta in poi. Ciò è sostenuto anche dall'articolo 118 della Costituzione, approvato nel 2001, che legittima i cittadini a tutelare e prendersi cura dei beni di pubblica utilità:

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province 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<sup>2</sup>.

È principalmente grazie allo slogan "fare i cittadini è il modo migliore di esserlo!" che Cittadinanzattiva Lazio promuove l'*empowerment* condividendo con i cittadini stessi le informazioni, gli strumenti, l'accreditamento istituzionale e i poteri civici di cui l'organizzazione gode. Così facendo il cittadino diventa in grado non solo di accrescere il ventaglio di possibilità che ha per risolvere il problema specifico, ma soprattutto di costruirsi una vera e propria coscienza civica e rendersi conto di far parte di una comunità più ampia.

Il valore aggiunto dell'applicazione dell'Audit Civico rispetto ad altre metodologie è che, basandosi sulla centralità del "lavorare insieme" tra cittadini e rappresentanti delle aziende sanitarie, si connota come esperienza in grado di promuovere concretamente non solo il processo di *empowerment* civico, ma anche quello organizzativo.

## Il contesto

---

<sup>1</sup> Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, December 2007).

<sup>2</sup> Contributo importante nella stesura di tale articolo è stato dato da Cittadinanzattiva che si è impegnata molto affinché si riuscisse a garantire ai cittadini un ruolo considerevole nell'ambito della partecipazione alla *res pubblica*.

Oggi ci troviamo a fare i conti con la realtà di strutture, servizi e risorse umane che cerchiamo di valutare e monitorare nel suo insieme attraverso l’Audit civico che ci segnala da un lato le problematiche, e dall’altro le buone pratiche che andrebbero sempre più diffuse. Tuttavia, la crisi economica, accanto a quella politica e sociale, ha creato un diffuso senso di sfiducia e disimpegno che rischia di determinare passi indietro anche al processo virtuoso di partecipazione e impegno civico, motivo per cui diventa sempre più importante promuovere segnali forti di inversione di tendenza e sostenere l’importanza della partecipazione per ottenere miglioramenti nell’erogazione e nella pianificazione dei servizi.

I costi sanitari sono in rapido aumento per effetto dell’invecchiamento della popolazione, dell’aumento dei prezzi e dello sviluppo di tecnologie mediche più costose ma più performanti. Per soddisfare la crescente domanda di assistenza sanitaria, in una condizione di risorse limitate e vincolate, è prioritario perseguire il **miglioramento dell’efficienza del nostro sistema sanitario**. Tuttavia, le politiche di austerità possono risultare gravemente dannose se comportano ulteriori riduzioni della spesa e rischiano di determinare uno scadimento del servizio sanitario sotto i livelli medi europei<sup>3</sup>.

Dal 2007 la Regione Lazio ha avviato un piano di rientro dal debito sanitario che si presenta difficile da realizzare e che comporta pesanti interventi sui servizi e sul sistema di assistenza. Il primo effetto di questo piano sono stati i circa 7.000 dipendenti usciti dal Servizio Sanitario Regionale pubblico e mai sostituiti a causa del blocco del *turn over*.

La difficile fase di passaggio della Sanità laziale ha anche scontato la prematura caduta dell’amministrazione Polverini che ha portato, tra l’altro, a problemi nell’applicazione dell’accordo per il rientro dal debito sanitario con ulteriori interventi sulla quantità e, in parte, sulla qualità delle prestazioni erogate. Tutto ciò ha determinato pesanti ricadute anche sul diritto all’accesso alle cure e ai servizi da parte di una parte della cittadinanza.

Nel 2012 la Regione Lazio ha previsto la cessazione di ulteriori 1.580 operatori per raggiunti limiti di età a fronte di un massimo di 158 assunzioni. La situazione si è ulteriormente aggravata nel corso del 2013 con conseguenti problemi di copertura dei servizi in alcune aree. Nonostante per il 2014 sia stato annunciato da parte della Regione il rinnovo del contratto per i 2700 precari attivi in ambito sanitario, fornendo un respiro di sollievo oltre che agli operatori sanitari anche e soprattutto ai pazienti, si è ancora lontani da quanto servirebbe.

La carenza di personale sanitario ha determinato – e lo si è visto bene nell’ambito dei Pronto Soccorso e della salute mentale – un sovraccarico di lavoro da parte di medici ed infermieri che non solo ha determinato stress eccessivo, ma anche pericolo per i pazienti. Ciò è stato recentemente messo in evidenza dalla decisione della Commissione Europea di deferire l’Italia alla Corte di Giustizia Europea per non aver applicato correttamente la direttiva sull’orario di lavoro dei medici del Servizio Sanitario Nazionale, consentendo di fatto che il personale sanitario lavori fino a 70 ore settimanali. I turni diventano infiniti: sulla carta dovrebbero essere di 48 ore settimanali, ma arrivano anche a 60 o a 70, e spesso non viene rispettato né garantito il riposo

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://www.economiaepolitica.it/index.php/politiche-fiscali-e-di-bilancio/austerita-sistemi-sanitari-europei-e-diritto-all-a-salute/>

settimanale. Bisogna metter mano a questa situazione velocemente intervenendo sul blocco del *turn over* del personale sanitario reiterato negli ultimi anni.

Per il 2013, i dati dell'applicazione del Piano di Rientro e dei relativi risultati non sono ancora disponibili in versione finale, ma di nuovo si parla di riduzione dei posti letto, interventi sulle liste d'attesa, integrazione tra medicina territoriale e ospedali. Nel 2013, anno di realizzazione del quarto ciclo dell'Audit civico, nulla di tutto questo è stato implementato. Soprattutto le province hanno risentito di un impoverimento progressivo dell'offerta di servizi sanitari con ripercussioni sul diritto di accesso alle cure.

Si è inoltre registrato, come ulteriore aggravante, che in molte ASL e AO l'attesa della nomina dei nuovi direttori generali, avvenuta tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014, ha reso difficile la partenza di questo Audit sia dal punto di vista amministrativo sia da quello "politico", con poco sostegno offerto alle equipe da parte di alcuni vertici aziendali.

Nonostante i servizi sanitari riescano a garantire ai cittadini le prestazioni per il gran lavoro quotidiano degli operatori, siamo comunque molto preoccupati per il livello di stress che ci è stato spesso segnalato durante le rilevazioni dell'Audit civico, soprattutto in alcune aree delle aziende sanitarie.

Abbiamo assistito, finora, ad alcune disattivazioni di strutture sanitarie soprattutto nelle province, dove questi servizi erano l'unico "punto di salute" per i cittadini residenti. Non è stato, purtroppo, rispettato il principio della contestualità sostenuto da Cittadinanzattiva Lazio attraverso la rete del Tribunale per i Diritti del Malato: "laddove si chiudono servizi si debbono creare reali alternative per i cittadini". In alcuni casi i cittadini sono rimasti senza nessuna alternativa valida di salute, i residenti nel territorio coperto dalla ASL RM G, ad esempio, sono da mesi privi di servizi di emodinamica.

I malati cronici, gli anziani e i disabili di tutte le età sono tra i soggetti fragili che di più sentono la scarsità dei servizi a loro dedicati. *Abbiamo bisogno di servizi costruiti intorno alla persona e alle sue necessità*. Per noi questa è la presa in carico: l'attivazione ed il funzionamento di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) completi che accompagnino la persona tenendo conto in maniera integrata delle sue esigenze, sia nel settore sanitario che in quello sociale. Quel che serve è qualcosa che la programmazione regionale prevede e che ancora non è stato realizzato: strutture idonee a soggetti fragili in cui sia garantita assistenza, anche sanitaria, ma non con l'intensità, i costi e le caratteristiche tipiche dell'Ospedale per acuti.

Insieme a questo serve che si attivi al più presto la disponibilità dei 2000 posti letto delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) previsti nei decreti dei commissari *ad acta* e che contemporaneamente vengano rivisti i criteri per le rette ancora troppo inique per i soggetti più fragili.

C'è bisogno inoltre della diffusione di buone pratiche come quella presente a Roma in Piazza Istria nella ASL RM A dove 55 medici di base si sono organizzati e forniscono un servizio di eccellenza. Dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 è un normale studio medico ma nel fine settimana e in tutti i giorni festivi diventa un piccolo pronto soccorso con medici e infermieri. In un anno sono stati effettuati 6.000 codici bianchi. Il costo annuale è di 140.000 euro. Estenderlo a 4 distretti per ognuna delle altre 7 ASL della provincia di Roma costerebbe 4 milioni di euro, cioè 1,35 euro a cittadino. Se pensiamo che solo un codice verde in ospedale costa almeno 200 euro, è evidente il risparmio – guadagno che comporterebbe. Questo sistema, alla fine del 2013, non è stato ancora esteso mentre assistiamo a situazioni ormai insostenibili in quasi tutti i Pronto Soccorso della Regione.

Durante la realizzazione di questo quarto ciclo dell’Audit civico abbiamo ricevuto segnalazioni che sottendevano un bisogno sociale, mettendo nuovamente in evidenza l’importanza della visione integrata socio-sanitaria. La proposta di legge 321 del 10 ottobre 2013, recentemente presentata in Commissione VII in Regione, è un passo avanti ma richiede modifiche e integrazioni anche importanti, e Cittadinanzattiva Lazio ha presentato una serie di emendamenti basati sul riscontro della realtà proveniente dalle esperienze dirette delle 22 sezioni del Tribunale per i Diritti del Malato presenti sul territorio regionale. Emergono riflessioni che vanno ben oltre la logica del numero dei posti letto ma che sono orientate piuttosto a proposte di miglioramento della medicina di base nonché alla definizione di strutture per il trattamento di patologie acute, di strutture intermedie che prevengano il ricovero, di strutture territoriali diffuse ed efficienti.

Alcuni obiettivi sono comuni all’edizione precedente dell’Audit civico e condivisi a tutti i livelli:

- **Adeguare il finanziamento regionale in considerazione del ruolo di Roma** valutando sia l’impatto che hanno le presenze e le iniziative istituzionali e politiche, sia i costi indotti dalla presenza di 5 Policlinici Universitari e 8 IRCSS;
- **Ridefinire cosa sia oggi la “malattia” e l’“acuzie”**, puntando ad evitare risposte sanitarie al disagio sociale ed alle fragilità, che bisogna affrontare con altri tipi di reti e servizi, con un sistema integrato a livello territoriale che consenta efficienza ed efficacia a costi ridotti;
- **Restituire alla Regione un ruolo di programmazione, pianificazione e controllo** lasciando alle ASL la responsabilità di garantire le prestazioni ai propri assistiti, attraverso accordi di fornitura con i soggetti erogatori che potrebbero essere preferibilmente pubblici integrati da privati. Tutti gli erogatori, pubblici e privati, tuttavia, dovranno garantire la qualità del servizio che i cittadini ricevono, rispettare gli standard strutturali ed organizzativi e sottoporsi a rigorose verifiche di efficienza, qualità e appropriatezza, con la partecipazione civica nei monitoraggi. Sono necessari inoltre verifiche e controlli puntuali ed efficienti per prevenire sprechi e ottimizzare le risorse.
- **Una assistenza organizzata per Percorsi di Cura, con cui si sostanzia l’integrazione territorio - ospedale.** Si tratta di costruire un sistema in cui il paziente venga accompagnato da un professionista (*case manager*) con cui concordare il percorso diagnostico-terapeutico stabilendo non solo le cose da fare ma anche dove, come e quando farle. Su questo punto ci sono buone pratiche in tante ASL e Cittadinanzattiva ha sviluppato una serie di analisi e proposte nel progetto, presentato a metà del 2013, sul sistema di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
- **I MMG ed i pediatri di famiglia insieme agli infermieri ed altri professionisti dovranno costituire il fulcro dell’assistenza sul territorio** integrata dal sistema delle “case della salute” programmate, dando vita in ogni distretto socio-sanitario della Regione un Presidio territoriale delle cure primarie aperto 24 ore al giorno per 7 giorni su 7 per trattare tutti quei codici bianchi e verdi che impropriamente si recano nei Pronto Soccorso.<sup>4</sup>
- Infine, ciò che ci aspettiamo per far funzionare meglio questo sistema, è un meccanismo chiaro, trasparente, verificabile e applicabile di **valutazione dei Dirigenti Sanitari** (e non solo dei Direttori Generali) e **la trasparenza di tutti**

---

<sup>4</sup> Estratto dal rapporto Audit Civico Lazio 2011.

**gli atti**, dai bandi per gli approvvigionamenti alla selezione del personale. La rimodulazione dei Distretti Sanitari e delle Unità Operative Complesse sono provvedimenti che vanno nella direzione giusta, si deve intervenire sulla garanzia dell'accesso alla salute (tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA – e dell'appropriatezza delle cure), e recuperare risorse rimodulando il sistema delle convenzioni con le strutture private e con le università, e riducendo i primariati nonché i reparti inefficienti (come mostrato dalla recente ricerca di AGENAS sugli esiti<sup>5</sup>).

Tutto questo sarà possibile solo se ci sarà un impegno da parte di tutti gli *stakeholder* della Sanità regionale ad affrontare “laicamente” i problemi – che si riflettono soprattutto su cittadini e pazienti – superando ostacoli ideologici e posizioni corporative.

## Continuità e innovazione del programma nel 2013

Attraverso l'applicazione dell'Audit civico nel 2013 – *il ciclo dell'evoluzione* – in continuità con il percorso avviato negli anni precedenti, Cittadinanzattiva Lazio ha cercato di offrire un punto di vista civico al sistema della politica della Sanità laziale in merito alle priorità, dal punto di vista civico, dalle quali sarebbe utile partire per una gestione del SSR più orientata al cittadino, allo sviluppo di alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale nonché alla promozione del coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali. Anche quest'anno obiettivo principale del progetto ha riguardato la **valutazione civica del SSR** nonché l'individuazione dei punti di forza, di debolezza e delle priorità civiche d'intervento attraverso l'applicazione della consolidata metodologia di valutazione dell'Audit civico alle ventuno strutture sanitarie aziendali che hanno aderito al programma.

L'elemento innovativo di quest'anno – con una decisione finalizzata soltanto nello scorso mese di novembre e resa operativa il giorno 6 dicembre 2013 con la giornata dedicata alla formazione delle equipe aziendali e civiche – è rappresentato dalla partenza dell'Audit civico dedicato all'*Umanizzazione* delle strutture ospedaliere attraverso un progetto intitolato *“La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”*. Questo nuovo e ulteriore programma, pur rappresentando un aspetto virtuoso e positivo dello sforzo per migliorare la conoscenza della Sanità nella nostra Regione, ha avuto un impatto organizzativo e operativo pesante. Si tratta di un importante passaggio che fa convergere i due progetti, senza aggravio di costi per la Regione, con l'obiettivo unitario e coerente di monitorare criticamente, costruttivamente e in modo partecipato la qualità dei servizi sanitari nonché la loro rispondenza con le aspettative dell'utenza. Ciò permetterà di identificare gli interventi correttivi da inserire all'interno di politiche sanitarie regionali nel prossimo futuro.

Si è chiesto molto in questi mesi ai volontari che, contenti di queste opportunità di partecipazione, seppur dovendo fronteggiare numerose difficoltà, hanno dedicato alle attività promosse dal Movimento tempo ed energie inestimabili. Il loro aiuto, unitamente alle loro esperienze,

---

<sup>5</sup> <http://95.110.213.190/PNEed13/> (ultimo accesso 9 marzo 2014).

costituiscono un bagaglio prezioso per Cittadinanzattiva Lazio ed una risorsa indispensabile per garantire all'organizzazione forza e vitalità.

Un encomio è necessario sia rivolto anche ai referenti aziendali che hanno attivamente partecipato alle attività previste dal progetto.

Per questo ciclo di Audit si è chiesto molto anche alla struttura regionale e nazionale di Cittadinanzattiva che hanno sostenuto concretamente le equipe fornendo loro l'aiuto necessario oltre che processato, elaborato, analizzato e restituito in forma leggibile una quantità enorme di dati.

### **La rilevazione civica: dalla nascita all'evoluzione**

Una rilevazione simile all'Audit civico si ebbe già nel 1980, quando il Ministero della Salute commissionò il Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini all'ex Movimento Federativo Democratico (MFD), e nel 1990, anno in cui venne stipulata una convenzione tramite la quale il Ministero affidava al Movimento la redazione di un rapporto, pubblicato due anni più tardi, sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario. Proprio in questo periodo iniziano a formalizzarsi gli standard e gli indicatori che sono poi confluiti nell'odierno Audit civico<sup>6</sup>.

Il primo ciclo di Audit parte sperimentalmente, come è stato precedentemente detto, negli anni 2007-2008 e vennero valutate 57 strutture sanitarie; il secondo ciclo partì il biennio immediatamente successivo, 2009-2010, e vi parteciparono 10 ASL, 8 AO, e 2 IRCCS; al ciclo 2010-2011 aderirono invece tutte le ASL della Regione, 7 AO e 3 IRCCS per un totale di 22 aziende sanitarie e 132 strutture monitorate. È proprio in questi anni che l'Audit civico si consolida come risorsa per il sistema di valutazione civica delle aziende sanitarie a livello regionale e di partecipazione alle politiche sanitarie.

Dal penultimo Audit nasce, nel 2011, il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione in quanto, dai precedenti cicli di applicazione del progetto, è emersa la scarsa partecipazione civica alle politiche aziendali. Il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione (TMPP) è uno strumento di partecipazione, civica e attiva, alle politiche delle aziende sanitarie e ospedaliere<sup>7</sup>; è una forma di accreditamento istituzionale sia del monitoraggio condotto dai cittadini sia dell'Audit civico come mezzo per la valutazione dei Direttori Generali. La denominazione "permanente" definisce uno spazio *stabile* e *duraturo* di proposizione delle rappresentanze civiche e di rendicontazione delle Aziende

---

<sup>6</sup> Estratto dalla Tesi di Laurea "Pratiche lavorative e competenze relazionali: studio di caso al Tribunale per i Diritti del Malato" di Silvia Guida (a.a. 2012/2013).

<sup>7</sup> L'art. 14 del D.Lgs. 502/92 individua nella partecipazione attiva delle associazioni di tutela e di volontariato un elemento utile alle decisioni aziendali, in particolar modo per quelle che hanno una ricaduta diretta sui cittadini e utenti. «E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio e di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, e dalle leggi regionali attuative» (Fonte <http://xoomer.virgilio.it/pgiuff/dlgs502-92.pdf>).

sugli aspetti delle politiche sanitarie che assumono una particolare rilevanza per i cittadini. L'aggettivo “misto” ne contraddistingue invece una proprietà legata alla partecipazione dell'Azienda e delle organizzazioni di rappresentanza civica<sup>8</sup> che con essa interagiscono e ad un loro incontro costruttivo.

Il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione essendo uno strumento di politica civica, e non un tavolo di progettazione, mira a soddisfare l'interesse generale rivolto al miglioramento della qualità e dell'organizzazione dei servizi sanitari. Parteciparvi richiede inoltre un impegno propositivo e di continuità. Proprio per garantire il rispetto dell'interesse collettivo, a scapito di inclinazioni soggettive, e per responsabilizzare i partecipanti ad un impegno costante e produttivo è necessario che venga predisposto un regolamento interno atto ad assicurarne il funzionamento.

L'importanza dei Tavoli risiede, oltre che nello sviluppare e consolidare la partecipazione civica come risorsa privilegiata per lo sviluppo di politiche concretamente orientate e informate dal punto di vista civico (Deliberazione n. 36 del 23 gennaio 2014), nel rendere possibile la conversione dei risultati emersi dall'Audit in *obiettivi da raggiungere* nonché *in politiche* al fine di migliorare le criticità specifiche di ogni struttura.

Gli obiettivi principali che si vogliono raggiungere attraverso i TMPP sono: attuare gli impegni assunti dall'Azienda, effettuare una cognizione sulle attuali forme di partecipazione presenti nell'Azienda e sul loro effettivo funzionamento, elaborare un piano di priorità per lo sviluppo della partecipazione.

## Campo di applicazione

Oggi L'Audit civico vede nel Lazio la compartecipazione di tutte, o quasi, le Aziende Sanitarie Locali e della maggior parte delle Aziende Ospedaliere. In particolare al quarto ciclo del progetto, realizzato nel biennio 2012-2013, hanno aderito 11 ASL<sup>9</sup> e 10 AO (di cui tre Policlinici Universitari e due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico -IRCCS-).

Si è scelto di monitorare **144 servizi**, incrementando il numero delle strutture monitorate rispetto alle 132 dell'edizione precedente, seguendo la suddivisione in livelli (Livello Aziendale, Livello dell'Assistenza ospedaliera – declinato con la valutazione del Pronto Soccorso, Livello dell'Assistenza Territoriale, e Livello della Salute Mentale).

---

<sup>8</sup> Le associazioni che partecipano al Tavolo sono raggruppate per aree tematiche d'interesse collettivo individuate precedentemente. Vi parteciperà un rappresentante per ogni area tematica indicato dalle associazioni.

<sup>9</sup> In questo ciclo di Audit hanno partecipato 11 ASL anziché 12, la ASL RM G non è stata infatti inclusa per via di problematiche emerse per la nomina ufficiale di un nuovo referente aziendale che ha richiesto un arco temporale incompatibile con le tempistiche previste dal progetto.

La Tabella 1 fornisce il prospetto delle strutture sanitarie laziali monitorate attraverso l’Audit civico ‘12-’13:

<b>ASL/ AO/IRCCS</b>	<b>Direzioni Generali</b>	<b>PS</b>	<b>Sedi di Distretto</b>	<b>Poliambulatori</b>	<b>DSM</b>	<b>SPDC</b>	<b>CSM</b>
ASL RM A	1	1	1	2	1	/	3
ASL RM/B	1	1	2	2	1	1	4
ASL RM/C	1	1	2	2	1	/	2
ASL RM/D	1	1	2	2	1	1	2
ASL RM/E	1	1	4	1	1	2	2
ASL RM/F	1	1	2	2	1	/	3
ASL RM/H	1	2	3	3	1	1	4
ASL LATINA	1	4	2	5	1	2	4
ASL RIETI	1	1	1	1	1	1	2
ASL VITERBO	1	1	1	2	1	1	3
ASL FROSINONE	1	1	4	1	1	1	2
POLICLINICO TOR VERGATA	1	1					
AO SANT’ANDREA	1	1					
AO SAN CAMILLO	1	1					
AO SAN FILIPPO NERI	1	1					
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	1	1					
IRCCS BAMBIN GESU’	1	1					
IRCCS IFO	1	/					
IRCCS SPALLANZANI	1	1					
POLICLINICO GEMELLI	1	1					
POLICLINICO UMBERTO I	1	1					
<b>Totali</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>31</b>

Tabella 1 - Quadro di sintesi delle strutture monitorate

I dati raccolti attraverso l’Audit civico fanno riferimento a 21 direzioni generali, 24 Pronto Soccorso, 24 Sedi di Distretto, 23 Poliambulatori, 11 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), 31 Centri per la Salute Mentale (CSM) e 10 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Il Progetto è stato realizzato grazie all'impegno e alla dedizione di 21 equipe miste, composte cioè da referenti aziendali e referenti civici, individuate per ogni struttura, che hanno collaborato per raccogliere i dati utili alla ricerca attraverso la somministrazione di questionari, la compilazione di griglie di osservazione e la stesura di un Diario di Bordo (in cui sono state raccolte tutte le informazioni di carattere qualitativo che non hanno trovato spazio all'interno degli strumenti sopra menzionate ma che si crede rivestano un'importanza significativa nel fornire una visione complessiva della struttura presa in esame). Il prezioso lavoro svolto dalle equipe non si esaurisce, tuttavia, nella fase di raccolta dei dati e nel loro inserimento nel sistema informatico, bensì continua attraverso l'attivazione di un percorso politico di confronto e condivisione che permetta di attuare quei miglioramenti necessari per rendere meno dolorosa e più umana<sup>10</sup> la vita dei cittadini all'interno delle strutture ospedaliere. Proprio per creare uno spazio politico decisionale all'interno dell'azienda le equipe redigono, una volta ricevuti dalla sede regionale di Cittadinanzattiva i dati elaborati, un Rapporto Locale in cui riportano specificatamente criticità, punti di forza e azioni di miglioramento inerenti la struttura studiata.

## L'approccio metodologico

L'Audit civico è quindi una forma di valutazione civica promossa dai cittadini che consente di fornire un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie attraverso un processo centrato sulla *partnership* tra Cittadinanzattiva e istituzioni di riferimento. Come precedentemente detto, la peculiarità e la forza dell'Audit civico sta nella sua capacità di integrare i vantaggi di un impianto metodologico di valutazione che fa riferimento agli standard che dovrebbero caratterizzare l'erogazione dei servizi sanitari e il processo di accreditamento e valorizzazione del punto di vista civico sulle politiche sanitarie.

I risultati quantitativi prodotti dall'Audit civico, in termini di Indici di Adeguamento agli Standard (IAS), rappresentano lo strumento per mettere in evidenza i **punti di forza e debolezza del sistema sanitario osservato** con lo scopo di fungere da base per porre all'attenzione della politica, da un punto di vista civico, le priorità d'intervento per il miglioramento del sistema dei servizi sanitari.

La struttura di valutazione dell'Audit civico è un sistema ad albero articolato in **componenti** (“Orientamento al cittadino”, “Impegno dell'azienda nella promozione di alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario” e “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”), ognuna delle quali rappresenta una macroarea di valutazione; le macroaree di valutazione sono poi articolate in **fattori di valutazione**, a loro volta costituiti da gruppi di **indicatori**.

---

<sup>10</sup> A tal proposito è partito nel Dicembre 2013 il progetto “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino” promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (AgeNaS) e coordinato dalla sede nazionale di Cittadinanzattiva e dalla ASL RM E.

Di seguito sono riportati i fattori che compongono le singole componenti:

Livello Aziendale e Assistenza territoriale

*Prima Componente: Orientamento al Cittadino*

Fattori

- 1.1 Accesso alle Prestazioni sanitarie
- 1.2 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità
- 1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti
- 1.4 Informazione e comunicazione
- 1.5 Comfort

*Seconda Componente: Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario*

Fattori

- 2.6 Sicurezza dei pazienti
- 2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti
- 2.8 Malattie croniche e oncologia
- 2.9 Gestione del dolore
- 2.10 Prevenzione

*Terza Componente: Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali*

Fattori

- 3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione
- 3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda

## Livello Assistenza ospedaliera – Pronto Soccorso

### *Prima Componente: Dati strutturali, Risorse e Personale*

Fattori

- 1.1 Dati di Attività
- 1.2 Dotazione di Personale
- 1.3 Funzioni

### *Seconda Componente: Qualità Tecnica*

Fattori

- 2.1 Organizzazione del Servizio
- 2.2 Gestione del Triade (gestione del dolore) e Valutazione della Criticità
- 2.3 Integrazione della Rete
- 2.4 Sistema informativo e risorse tecnologiche
- 2.5 Formazione e sicurezza del personale

### *Terza Componente: Umanizzazione*

Fattori

- 3.1 Cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy
- 3.2 Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa
- 3.3 Comfort e accessibilità
- 3.4 Accesso alle informazioni. Alla documentazione (semplificazione e trasparenza) e comunicazione

## Livello Salute Mentale

### *Valutazione civica della qualità dei servizi di Salute Mentale*

#### Fattori

- 1 Accessibilità
- 2 Integrazione tra i servizi
- 3 Comfort
- 4 Sicurezza dei pazienti
- 5 Continuità assistenziale
- 6 Miglioramento della qualità e formazione del personale
- 7 Informazione e comunicazione
- 8 Personalizzazione delle cure, Privacy e Umanizzazione
- 9 Rapporti con le famiglie
- 10 Rapporti con la comunità

Gli indicatori che confluiscano nei differenti fattori consentono di rilevare fenomeni elementari significativi del modo di funzionare della realtà esaminata e della sua corrispondenza a norme, regole di buona prassi e di tutela dei diritti dei cittadini. Tutti gli indicatori che contribuiscono alla determinazione degli IAS sono associati ad uno **standard riconosciuto<sup>11</sup>**. Accanto a questo tipo di indicatori, l'Audit consente la rilevazione anche di altri indicatori che, pur non essendo associati a standard riconosciuti, risultano particolarmente utili per la formulazione dei giudizi (NO IAS).

La struttura di valutazione dell'Audit civico prevede **livelli di applicazione** che corrispondono ai differenti ambiti del Servizio Sanitario nei quali è fatta la rilevazione; i livelli adottati in questo ciclo sono:

- Livello Aziendale: Direzioni Generali
- Livello dell'Assistenza Ospedaliera: Pronto Soccorso
- Livello dell'Assistenza Territoriale articolato in:
  - Livello assistenza sanitaria di base: Distretti
  - Livello assistenza specialistica territoriale: Poliambulatori

---

<sup>11</sup> Le fonti per il riconoscimento degli IAS sono le raccomandazioni delle istituzioni internazionali, le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei Servizi, la Carta dei diritti del Malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

- Livello assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale: DSM, SPDC, CSM

L'applicazione della struttura di valutazione dell'Audit civico consente di ottenere, per ogni Azienda osservata, una matrice di dati in grado di fornire il quadro degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS) conseguiti da quell'azienda sia per la singola componente sia relativamente ai fattori ed indicatori rilevati ai differenti livelli di osservazione (Livello aziendale, dell'assistenza ospedaliera, delle Cure primarie nelle sue varie articolazioni).

L'IAS è un valore medio compreso tra 0 e 100 che esprime in quale misura l'azienda, in relazione al fattore (Es. "Competenza Teritoriale") e al livello considerato (Es. "Assistenza Ospedaliera"), rispetta gli standard di riferimento.

A livello regionale, invece, i risultati prodotti riguardano il confronto (con la definizione di un *benchmarking*) degli IAS ottenuti dalle aziende che hanno aderito al programma, e costituiscono l'oggetto del Rapporto Regionale.

L'analisi di questo tipo di risultati è particolarmente funzionale alla messa in evidenza delle differenze di *performance* tra le aziende e complessivamente del grado di variabilità tra le stesse.

Quest'anno, la presentazione dei risultati di *benchmarking* è arricchita inoltre del confronto tra i risultati attuali e quelli del ciclo precedente relativamente all'andamento medio dei fattori. Tale confronto, particolarmente approfondito nell'ambito del Livello Aziendale e di Assistenza Territoriale, consente di mettere in evidenza le tendenze di miglioramento/peggioramento a livello regionale.

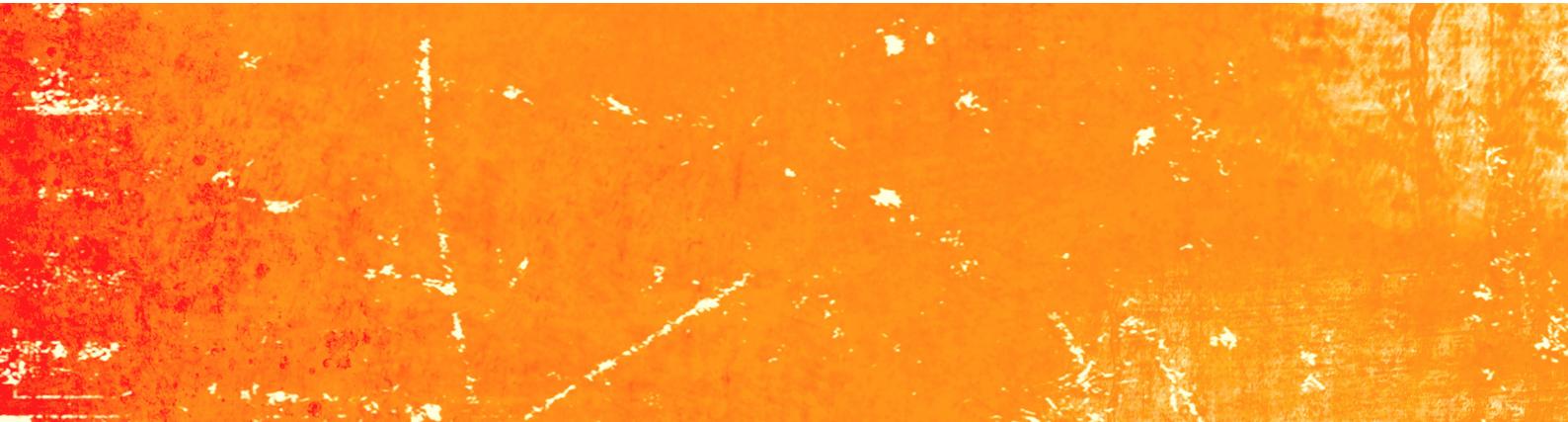
Al fine di una lettura più articolata dei risultati in termini di "giudizi" del sistema sanitario laziale si è adottata la seguente tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS:

<b>GIUDIZIO</b>	<b>CLASSI DI PUNTEGGIO IAS</b>
<b>OTTIMO</b>	<b>IAS 100-81</b>
BUONO	IAS 80-61
DISCRETO	IAS 60-41
SCADENTE	IAS 40-21
<b>PESSIMO</b>	<b>IAS 20-0</b>

Tabella 2 - Equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi.

Chiaramente, nel confronto degli IAS e nella lettura in termini di "giudizi" è importante tener presente sia che i dati si riferiscono solo ai servizi presi in considerazione in questo ciclo, sia che si tratta di valori "medi" che risentono quindi del peso dei differenti fattori e che, pertanto, la loro lettura non può prescindere da una loro contestualizzazione sul piano locale.

## **Livello Aziendale e Assistenza Territoriale**



## **Prima componente**

### **Orientamento al cittadino**

Nella *Prima Componente* - “Orientamento al Cittadino” confluiscono i seguenti cinque fattori:

- 1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie
- 1.2 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità
- 1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti
- 1.4 Informazione e comunicazione
- 1.5 Comfort

Tali fattori si articolano a loro volta in diversi indicatori ritenuti importanti per valutare l’organizzazione dei servizi sanitari concretamente orientata al cittadino. Di seguito si riportano le tabelle relative ai livelli di analisi considerati per lo studio di questa prima componente (Tab. 1), la classificazione dei punteggi in termini di giudizi (Tab. 2) ed i valori medi degli IAS per i corrispondenti livelli di analisi (Tab. 3):

LIVELLI
L1 = Livello Aziendale (Direzione Generale)
L3 = Assistenza Territoriale L3a = Sedi dei Distretti Sanitari L3b = Poliambulatori

Tabella 3 – Livelli esaminati con la Prima Componente

CLASSI DI PUNTEGGIO IAS (Indice di Adeguamento agli Standard)	LEGENDA COLORI DELLE TABELLE
<b>IAS 100 – 81 = OTTIMO</b>	
<b>IAS 80 – 61 = BUONO</b>	
<b>IAS 60 – 41 = DISCRETO</b>	
<b>IAS 40 – 21 = SCADENTE</b>	
<b>IAS 20 – 0 = PESSIONIMO</b>	

Tabella 4 - equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi

<b>Prima componente: Orientamento al Cittadino</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>MEDIO</b>
				<b>72</b>
<b>FATTORI</b>				
1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie	81	63	91	<b>76</b>
1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	76	34	47	<b>68</b>
1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza degenti	/	28	88	<b>73</b>
1.4 Informazione e Comunicazione	/	43	48	<b>47</b>
1.5 Comfort	/	67	64	<b>66</b>

Tabella 5 – Valori medi di L1, L3a, L3b relativamente ai fattori della Prima Componente

L’orientamento al cittadino è stato analizzato sia per il Livello Aziendale sia per il Livello dell’Assistenza Territoriale, ma i fattori 1.3, 1.4 e 1.5 sono stati studiati solo in riferimento alle Sedi di Distretto ed ai Poliambulatori per ragioni di attinenza tematica, essendo indicatori prettamente inerenti strutture predisposte alla presa in carico della persona.

La componente “Orientamento al Cittadino” ottiene complessivamente un buon punteggio in termini di Indice di Adeguamento agli Standard - IAS (IAS medio = 72) e, come è possibile notare dalla Tab. 3, il fattore con il valore medio maggiore è quello relativo all’ “Accesso alle prestazioni sanitarie” che riporta un IAS di 76. Al contrario, il valore IAS minore fa riferimento alla “Informazione e comunicazione” instaurate con il cittadino (IAS = 47) che risultano essere particolarmente carenti all’interno delle Sedi di Distretto.

È quindi necessario evidenziare come, nonostante l’accessibilità alle prestazioni sanitarie sia garantita e si posizioni ad un buon livello, l’informazione e la comunicazione, che comunque costituiscono un diritto fondamentale e di primaria importanza per il cittadino, rappresentino una evidente criticità nelle strutture sanitarie regionali. Rispetto al precedente ciclo di Audit tale fattore è inoltre leggermente peggiorato di qualche punto. Questo è un segno di inversione di tendenza che registriamo proprio nel momento in cui, al contrario, da parte dei cittadini si richiede partecipazione e informazione, soprattutto ora che gli stessi dimostrano sfiducia e insicurezza verso un Sistema Sanitario vittima della riduzione dei servizi e della mancanza di nuove assunzioni, con conseguenti carenze di personale, a causa del duro piano di rientro che non si è riusciti a portare avanti in modo efficace fino al momento dell’esecuzione di questo Audit civico.

Nel grafico successivo si riportano i valori medi IAS per le 21 strutture esaminate attraverso la Prima Componente:

## BUONO (IAS medio del fattore = 72) (68 nel 2011)

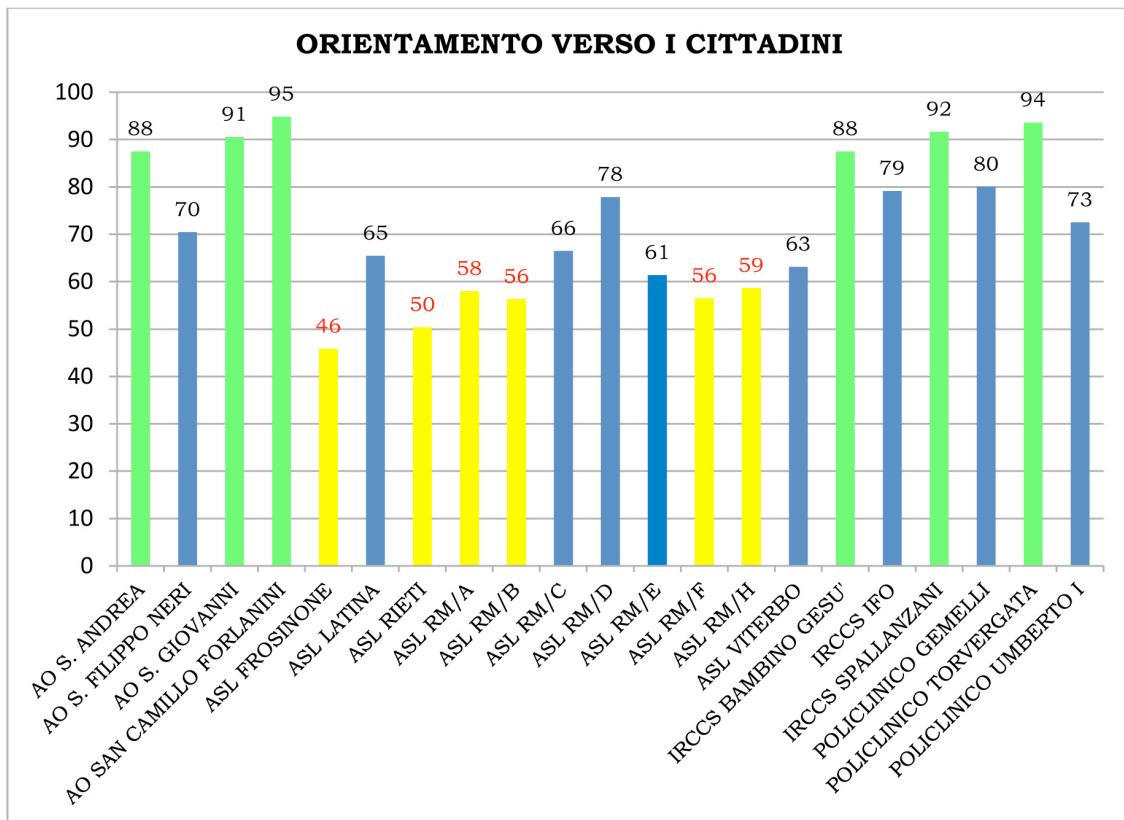


Grafico n. 1 – Confronto dell’andamento degli IAS della prima componente “*Orientamento al cittadino*” – Livello Aziendale e Assistenza Territoriale

Il grafico fornisce una visione generale della situazione delle strutture sanitarie prese in esame in riferimento alla Prima Componente. Entrando più nel dettaglio, la maggior parte delle strutture si colloca intorno ad un valore medio buono. L’IAS migliore lo ottiene l’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (IAS medio = 95) mentre il punteggio più basso la ASL di Frosinone con un IAS di 46. Nessuna azienda ottiene invece valori scadenti o pessimi.

I prossimi paragrafi sono dedicati alla presentazione dei dati del *benchmarking* dei risultati ottenuti dalle 21 aziende che hanno partecipato all’Audit civico 2012–2013. Per ogni fattore di valutazione della Prima Componente è descritto l’andamento dei valori medi degli IAS aziendali in relazione ai differenti livelli di analisi.

I dati ed i relativi commenti che seguiranno fanno riferimento esclusivamente alle strutture che costituiscono il campo di applicazione dell’Audit e agli aspetti rilevati dagli indicatori di riferimento per ogni fattore di valutazione.

### **Fattore “Accesso alle Prestazioni Sanitarie”**

L’accesso alle prestazioni sanitarie, come evidenziato poco sopra, rappresenta il punto di forza del Sistema Sanitario Regionale (SSR) per quanto riguarda la componente “Orientamento al cittadino”. Nel grafico seguente si riportano le evidenze delle strutture rispetto al fattore in questione:

## BUONO (IAS medio del fattore = 76) (81 nel 2011)

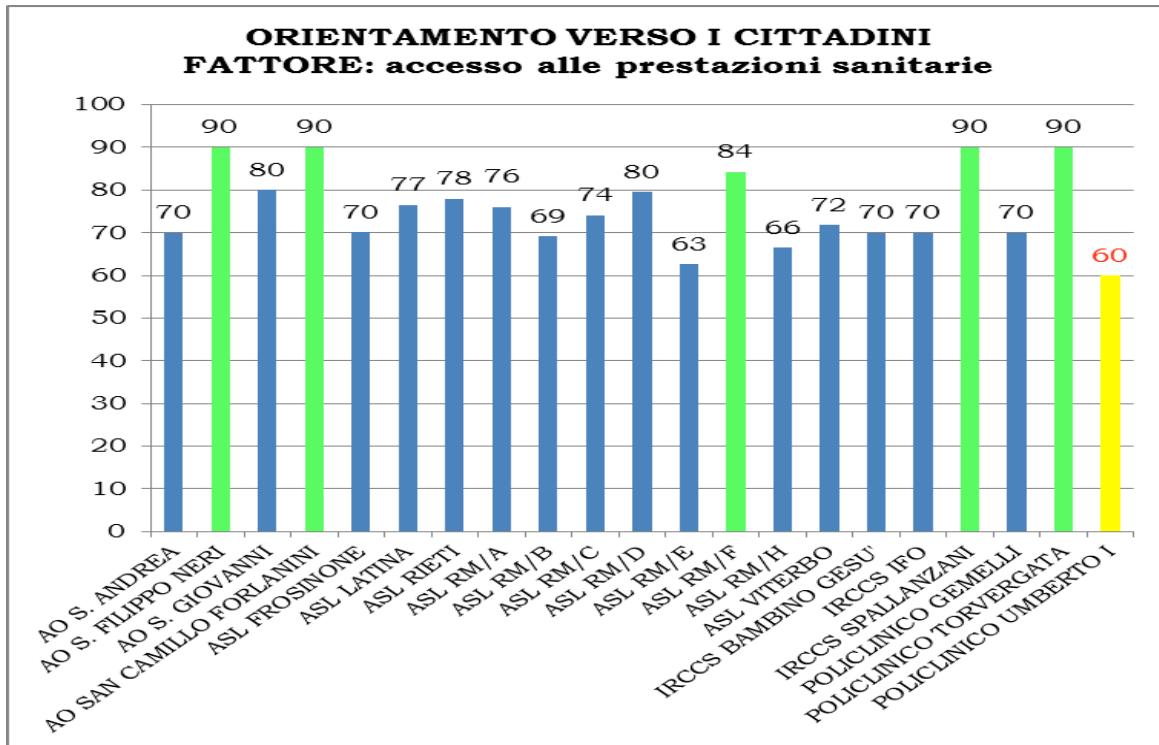


Grafico n. 2 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”  
– Prima Componente: Livello aziendale e Assistenza Territoriale

Come si evince dall'istogramma, la maggior parte delle strutture sanitarie ottiene un punteggio complessivamente buono. Le eccezioni sono rappresentate dal Policlinico Umberto I che ottiene l'IAS minore (60) e dall'A.O. San Filippo Neri, A.O. San Camillo Forlanini, IRCCS Spallanzani e Policlinico Tor Vergata, che raggiungono giudizi ottimi (90).

### Livello aziendale

Gli indicatori che compongono il primo fattore per il Livello Aziendale sono riportati nella tabella seguente insieme ai punteggi medi ottenuti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi	95	86
Numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico	67	64
Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione	95	95
Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg)	48	31
Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP)	100	100

Tabella 6 - Elenco degli indicatori valutati con il primo fattore per il Livello Aziendale (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 81) (75 nel 2011)**

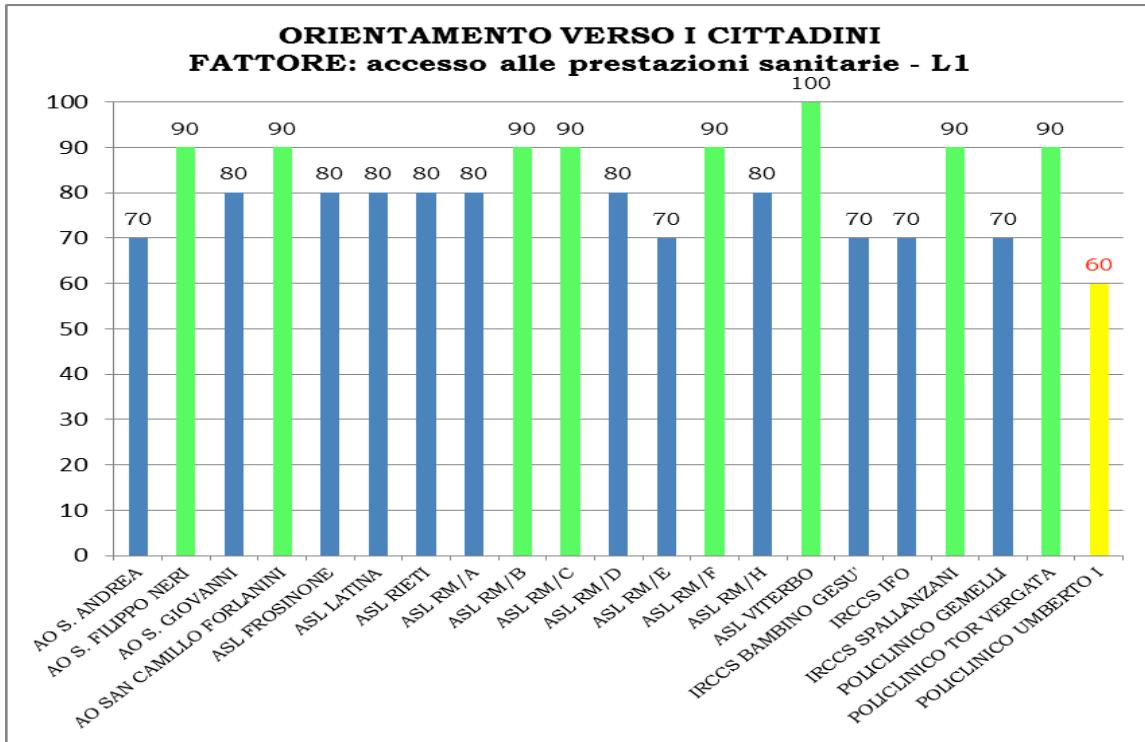


Grafico n. 3 – Confronto dell’andamento degli IAS per il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Prima Componente: Livello aziendale

Il livello aziendale, in riferimento al primo fattore della Prima Componente, ottiene un punteggio ottimo con un IAS pari a 81, e ciò indica un sostanziale miglioramento rispetto allo scorso anno nell’accesso alle cure per il paziente, il ciclo di Audit 2011 riportò infatti un IAS medio di 75.

Non vi sono situazioni drammatiche, e l’unica struttura che ha riportato un punteggio discreto è stato il Policlinico Umberto I con un IAS pari a 60: occorre riflettere sul lieve peggioramento verificatosi rispetto allo scorso anno in cui ottenne un IAS = 70. In particolare sarebbe opportuno intervenire sulla creazione di un sito web aziendale in cui siano riportati i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate aggiornato mensilmente.

Un’altra considerevole variazione da analizzare riguarda l’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini che nel 2010 ottenne un IAS pari a 75, punteggio che poi peggiorò nel 2011 (IAS = 50) migliorando infine in questo ciclo del 2012-2013 ottenendo un IAS ottimo (90).

**Punti di forza.** Come lo scorso anno, anche questo ciclo di Audit evidenzia come il punto di forza della Prima Componente sia la presenza di un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in tutte le aziende sanitarie qui considerate.

Punteggi ottimi sono stati ottenuti anche dal fattore “*Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d’organi*”, con un IAS di 95 (assente solo nella ASL RM D) e dal fattore “*Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi, orari, modalità di prenotazione*” con un IAS di 95 (solo la ASL di Latina ed il Policlinico Umberto I non ottengono un punteggio pieno in merito a questo fattore). Entrambi i fattori rappresentano già dalla scorsa edizione servizi ottimi a favore del cittadino, e nonostante ciò

la loro implementazione non si è arrestata ma, al contrario, le aziende hanno cercato di portarli a livelli sempre migliori.

**Aspetti da migliorare.** Rispetto ai cinque fattori della prima componente per il Livello Aziendale, in cui la media degli stessi oscilla tra il buono e l'ottimo, il punteggio peggiore è dato dal fattore 1.4 ovvero la presenza di un “*sito web aziendale in cui siano riportati i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate e che sia aggiornato a scadenza regolare ogni 30 giorni*”. Tale fattore ottiene un punteggio IAS medio di 48 tra tutte le strutture esaminate.

#### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

I dati del *benchmarking* relativi alle Sedi di Distretto (L3a) e ai Poliambulatori (L3b) riguardano solo le ASL poiché l'assistenza sanitaria territoriale è esclusivamente di loro competenza.

**BUONO (IAS medio del fattore = 63) (65 nel 2011)**

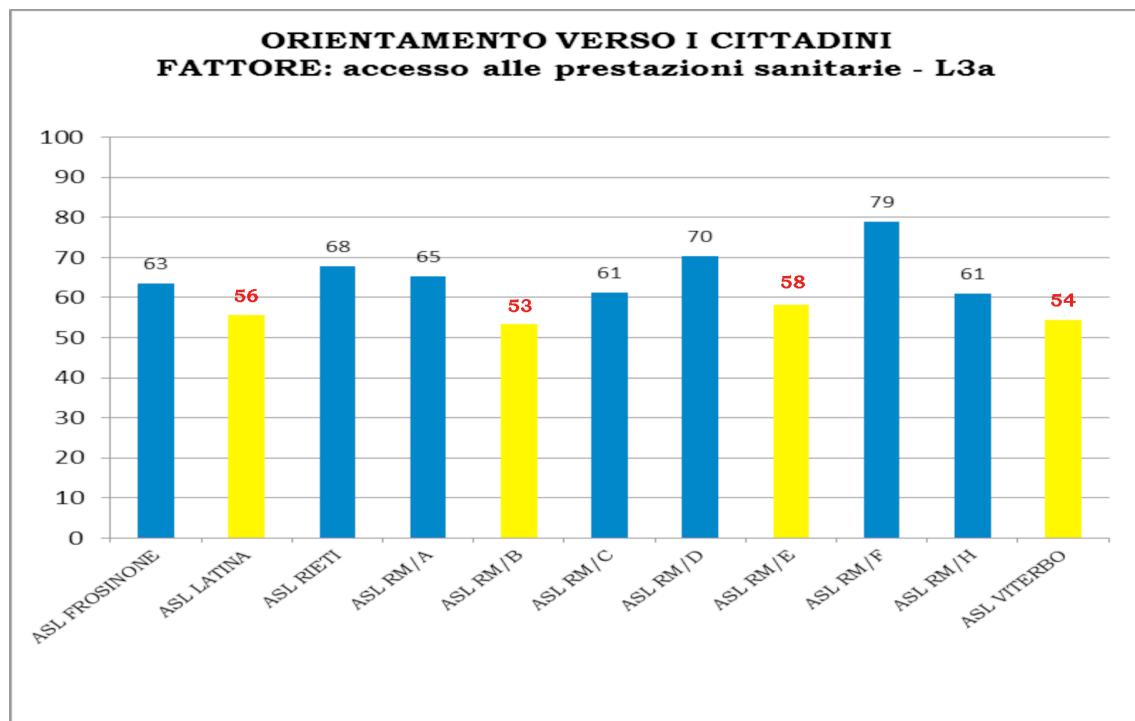


Grafico n. 4 – Confronto dell'andamento degli IAS per il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Gli indicatori che compongono il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” sono riportati nella tabella sottostante in quanto differenti rispetto a quelli per il Livello Aziendale.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE” – LIVELLO 3a</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l’apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un’ora su totale medici medicina generale	73	77
Numero di pediatri che hanno predisposto l’apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un’ora su numero totale di pediatri	74	66
Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale	17	34
Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri	18	24
Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale	24	25
Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria	15	22
Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale	43	47
Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto	83	78
Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	95	100
Tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche	85	98
Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto	87	79
Barriere architettoniche nella sede di distretto	86	92
Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede di distretto)	91	88
Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file	95	90

Tabella 7 - Elenco degli indicatori valutati con il primo fattore per il Livello Territoriale (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Come anticipato nell’introduzione di questo rapporto, per il livello dell’Assistenza Territoriale, ovvero Sedi di Distretto e Poliambulatori, si procederà con un’analisi longitudinale tra i punteggi medi ottenuti da tali strutture nel corso del precedente ciclo di Audit civico (2011) e i punteggi dell’annualità qui presa in esame.

L’Indice di Adeguamento agli Standard per il primo fattore della Prima Componente ottiene, per le 24 Sedi di Distretto monitorate, un punteggio pari a 63, ovvero complessivamente buono e appena inferiore rispetto all’Audit precedente (IAS = 65). Le realtà più deboli da questo punto di vista sono quella della ASL di Latina (IAS = 56), ASL RM B (IAS = 53), ASL RM E (IAS = 58) e ASL di Viterbo (IAS = 54): tutte si attestano attorno ad un giudizio discreto. Non vi sono particolari criticità ma nemmeno risultati eccellenti.

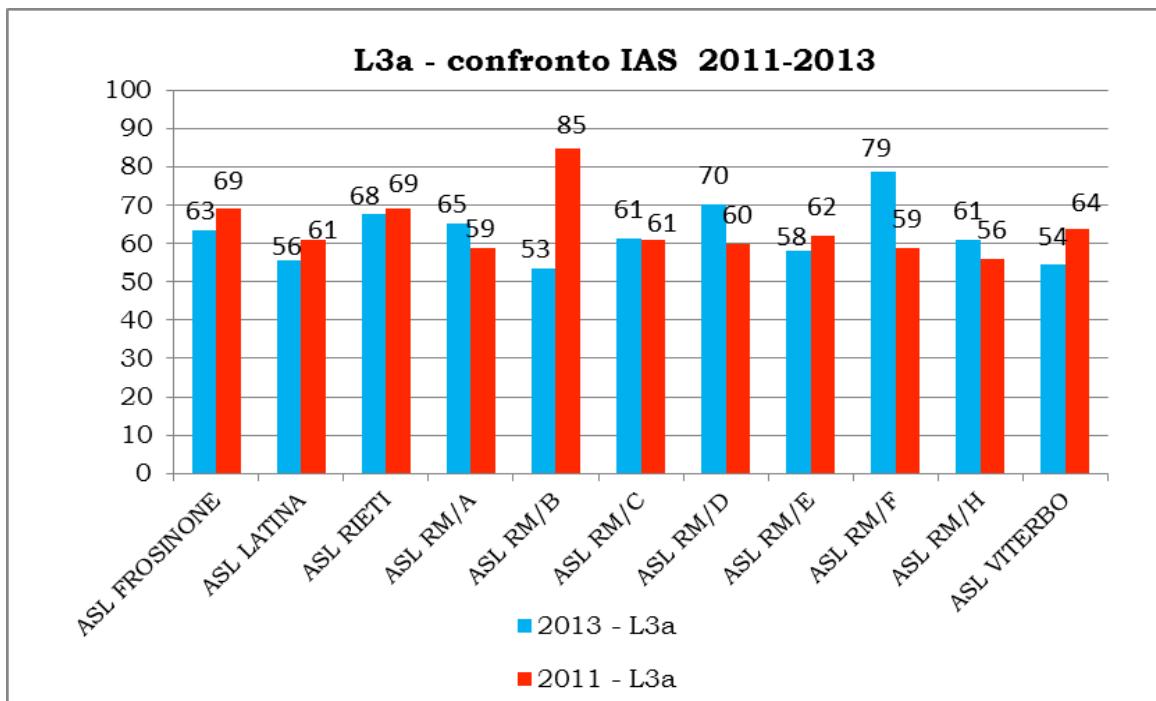


Grafico n. 5 - Confronto dell'andamento degli IAS tra il 2011 e il 2013 per il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Come evidenziato dall’istogramma, le quattro strutture che hanno riportato il valore IAS più basso sono tutte peggiorate rispetto alla precedente rilevazione.

La situazione più emblematica è la ASL RM B che se lo scorso anno ha ottenuto il valore medio maggiore (IAS = 85) attestandosi ad un livello ottimo, ad oggi ha un Indice di Adeguamento allo Standard discreto (IAS = 53). Le sue criticità maggiori fanno riferimento al numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri telematicamente collegati al CUP, che è pari a zero, sul totale, rispettivamente, dei MMG e Pediatri.

La ASL di Viterbo è passata invece da un IAS pari a 64 a un IAS di 54: anche in questo caso si ripresentano le criticità evidenziate dalla struttura precedente cui si aggiungono però forti debolezze relative al numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore sul numero totale di ambulatori di pediatria, e la costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari ed i trasferimenti in auto.

Anche la ASL RM E e la ASL di Latina devono il loro valore medio solo discreto all’assenza di Medici di Medicina Generale e Pediatri telematicamente collegati al CUP.

Le realtà che sono invece migliorate sono anzitutto la ASL RM F, che è passata da un IAS pari a 59 (discreto) ad un IAS di 79 (molto buono), e la ASL RM D, che dall’IAS pari a 60 ottenuto nel 2011 è passata nel 2012 – 2013 ad un IAS = 70. In particolare la ASL RM F è l’unica ad avere la quasi totalità di Medici di Medicina Generale e la totalità di Pediatri collegati telematicamente al CUP.

**Punti di forza.** Come già lo scorso anno, continua ad essere attivo il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) riportando un IAS ottimo pari a 95.

Punto di forza è rappresentato anche dalla possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nel distretto, l'IAS medio ottenuto dall'insieme delle aziende prese in esame è di 91. La presenza di sportelli per la prenotazione di tali visite ed esami, dotati di sistemi di controllo e regolamentazione delle file, costituisce un altro fattore positivo per il nostro SSR riportando un valore medio ottimo (95) e più alto rispetto al 2011 (90).

**Aspetti da migliorare.** Anche questo ciclo di Audit, così come il precedente, ha evidenziato la criticità relativa al collegamento telematico al CUP di Medici di Medicina Generale e Pediatri; si è inoltre verificato un ulteriore peggioramento: se l'IAS per i MMG era di 34 oggi è sceso a 17, mentre per i pediatri da 24 è sceso a 18.

Continua inoltre ad essere basso il numero degli ambulatori di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che hanno un orario di apertura settimanale di oltre 20 ore: anche in questo caso il valore medio è ulteriormente peggiorato (IAS da 22 a 15). Tutti questi valori, che sono davvero critici, si riflettono, dal punto di vista civico, in un più difficile accesso alle visite per i cittadini. Tale servizio può certamente essere migliorato con l'impegno dei Tavoli Misti Permanenti della Partecipazione e delle direzioni.

#### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

Per ciò che concerne l' "Accesso alle prestazioni sanitarie" erogate dai Poliambulatori, l'IAS è passato da 84 nel 2011 a 91 nel 2012-2013 dimostrando un lieve miglioramento da un punteggio per altro già elevato.

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 91) (84 nel 2011)**

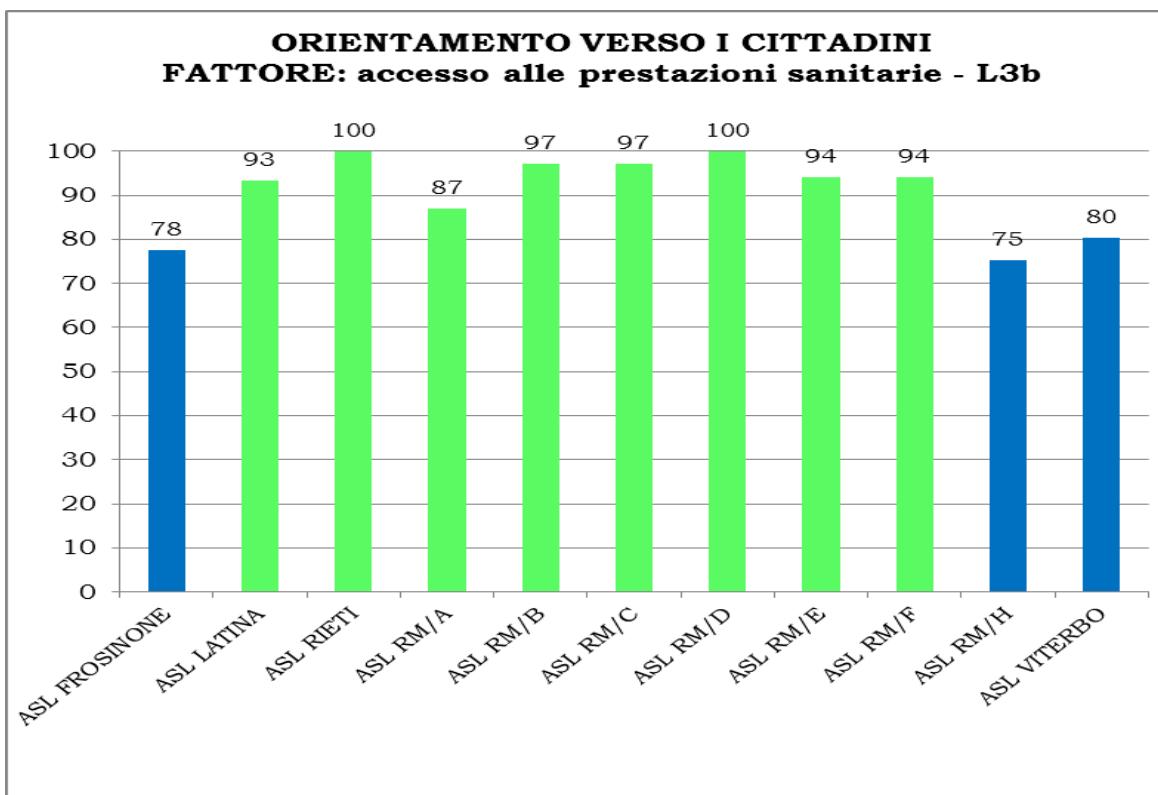


Grafico n. 6 – Confronto dell'andamento degli IAS per il fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie" – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

L'elenco dei fattori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE” – LIVELLO 3b	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio	<b>98</b>	92
Linee di mezzi pubblici che si recano presso il poliambulatorio	75	80
Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio	<b>95</b>	91
Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)	<b>100</b>	98
Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file	<b>94</b>	83
Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)	77	58

Tabella 8 - Elenco degli indicatori valutati con il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” per il Livello Territoriale (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Su undici ASL, due hanno pienamente rispettato gli standard di riferimento: si tratta della ASL RM D, migliorata rispetto allo scorso anno (IAS = 82), e della ASL di Rieti che già nel ciclo precedente aveva ottenuto il punteggio massimo in termini di Indice di Adeguamento agli Standard.

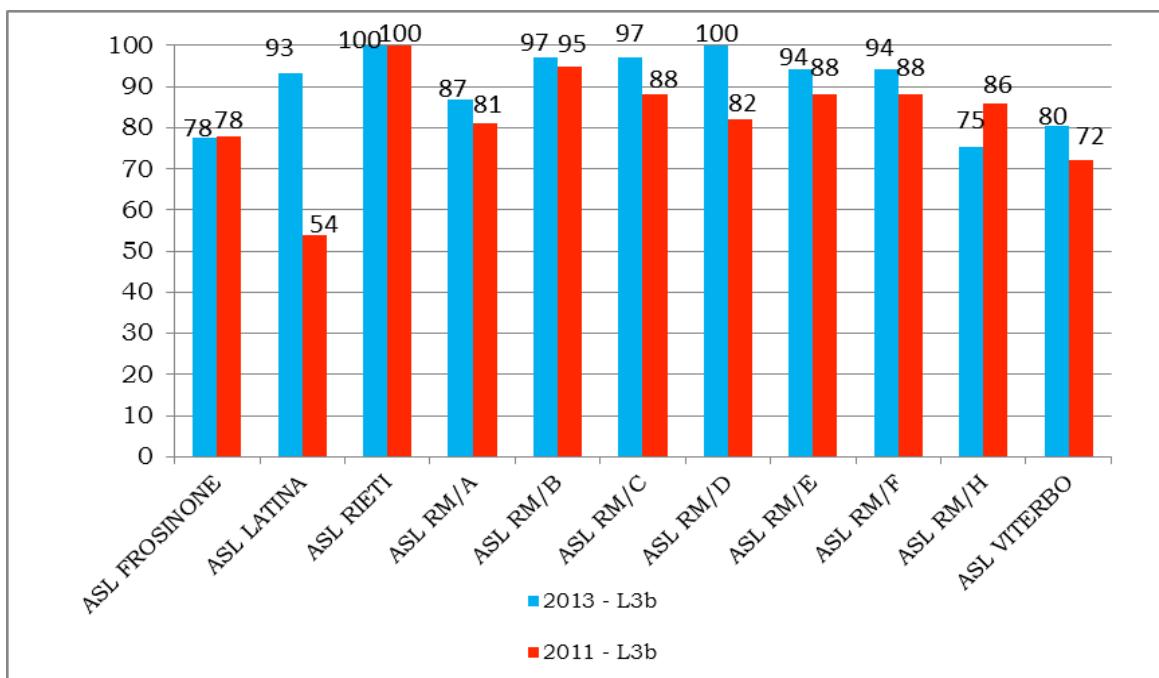


Grafico n. 7 - Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Come evidenziato anche dall’istogramma, l’Audit 2011 aveva fatto emergere la criticità delle strutture poliambulatoriali di Latina in merito all’Accesso alle Prestazioni Sanitarie, il cui IAS medio era infatti pari a 54. Oggi tale risultato

ha subito una notevole miglioramento raggiungendo un ottimo punteggio medio.

Leggero peggioramento si rileva invece nella ASL RM H, passata da un IAS di 86 ad uno di 75: i suoi elementi di debolezza fanno riferimento all'assenza di punti di riscossione di *ticket* nei quali sia possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, etc) e alla raggiungibilità delle strutture attraverso i mezzi pubblici. In particolare, mentre il Poliambulatorio di Albano è facilmente raggiungibile grazie alla presenza di più di due linee di trasporto pubblico, il Poliambulatorio di Ardea ne invece è totalmente sprovvisto e il Poliambulatorio Barberini – Nettuno ne ha solo una o due.

**Punti di forza.** I punti di forza emersi fanno riferimento al “*numero di agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili*” nel Poliambulatorio (IAS = 98), alla quasi totale “*assenza di barriere architettoniche nelle strutture*” (ad eccezione del Poliambulatorio di Via Tripoli della ASL RM A), ed alla presenza di “*sportelli per la prenotazione di visite ed esami diagnostici dotati di sistemi di controllo e regolamentazione delle file*” (IAS = 94).

**Aspetti da migliorare.** Non emergono gravi criticità per l'accessibilità alle cure nel livello poliambulatoriale, tuttavia la raggiungibilità delle strutture non è efficacemente garantita per tutti i 23 Poliambulatori (particolarmente difficile è la realtà di Viterbo che riporta un IAS = 32, dovuto all'assenza di linee di trasporto pubbliche che portino al Poliambulatorio di Orte, e a due sole linee dirette al Poliambulatorio di Viterbo).

Da migliorare è inoltre la diffusione di punti di riscossione di ticket in cui sia possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali. E' comunque importante sottolineare il miglioramento del punteggio medio ottenuto rispetto allo scorso anno (IAS 2011 = 58 – IAS 2012-2013 = 77).

### **Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”**

Il fattore “*Tutela dei diritti e miglioramento della qualità*” è stato indagato su tutti e tre i livelli (L1, L3a, L3b) ed ottiene complessivamente un IAS pari a 68: il valore medio maggiore è risultato quello del livello aziendale (IAS = 76) mentre il punteggio ottenuto dalle Sedi di Distretto è 34, scadente, e quello dei Poliambulatori è 47, discreto.

Di seguito si riporta l'istogramma dell'andamento del secondo fattore della Prima Componente:

## BUONO (IAS medio del fattore = 68) (65 nel 2011)

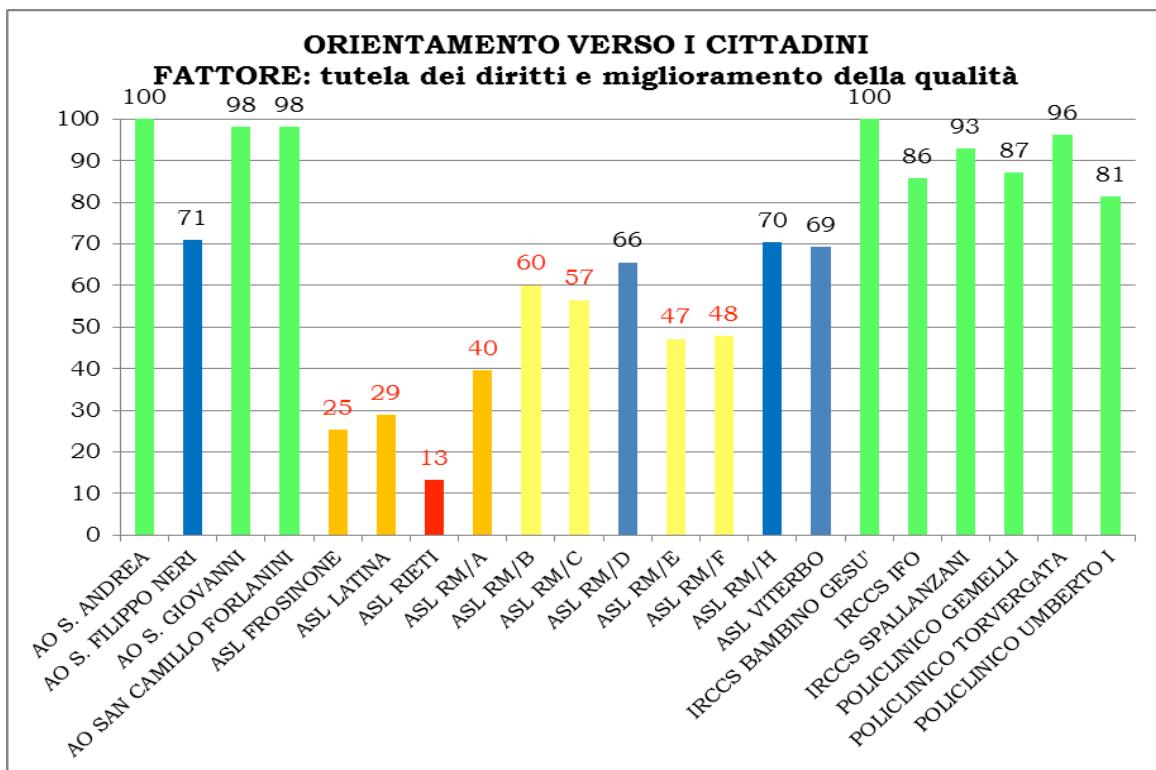


Grafico n. 8 – Confronto dell’andamento degli IAS per il fattore “*Tutela dei diritti e miglioramento della qualità*” – Prima Componente: Livello Aziendale e Assistenza Territoriale

Come risulta evidente dal grafico, vi è un forte scostamento tra i valori ottenuti dalle Aziende Ospedaliere (che si aggirano attorno a punteggi per lo più ottimi) e quelli conseguiti invece dalle ASL (i cui punteggi variano dal giudizio pessimo al giudizio buono). Con ogni probabilità i valori non sempre positivi delle Sedi di Distretto e dei Poliambulatori, esclusivamente di pertinenza del livello locale, hanno influito sulla differenza dei risultati tra i due tipi di strutture.

Due strutture ospedaliere rispettano pienamente lo standard (Sant’Andrea e IRCCS Bambin Gesù) mentre la situazione peggiore è quella di Rieti, che ottiene un IAS decisamente pessimo (13) e molto peggiore rispetto allo scorso ciclo di Audit (53). Questa è senz’altro un’area di debolezza che deve essere approfondita dai TMPP e la cui problematica deve essere presa in carico dalla direzione.

### **Livello aziendale**

L’andamento dei valori IAS in riferimento al secondo fattore della Prima Componente e relativamente al livello aziendale determina un punteggio pari a 77.

## BUONO (IAS medio del fattore = 77) (78 nel 2011)

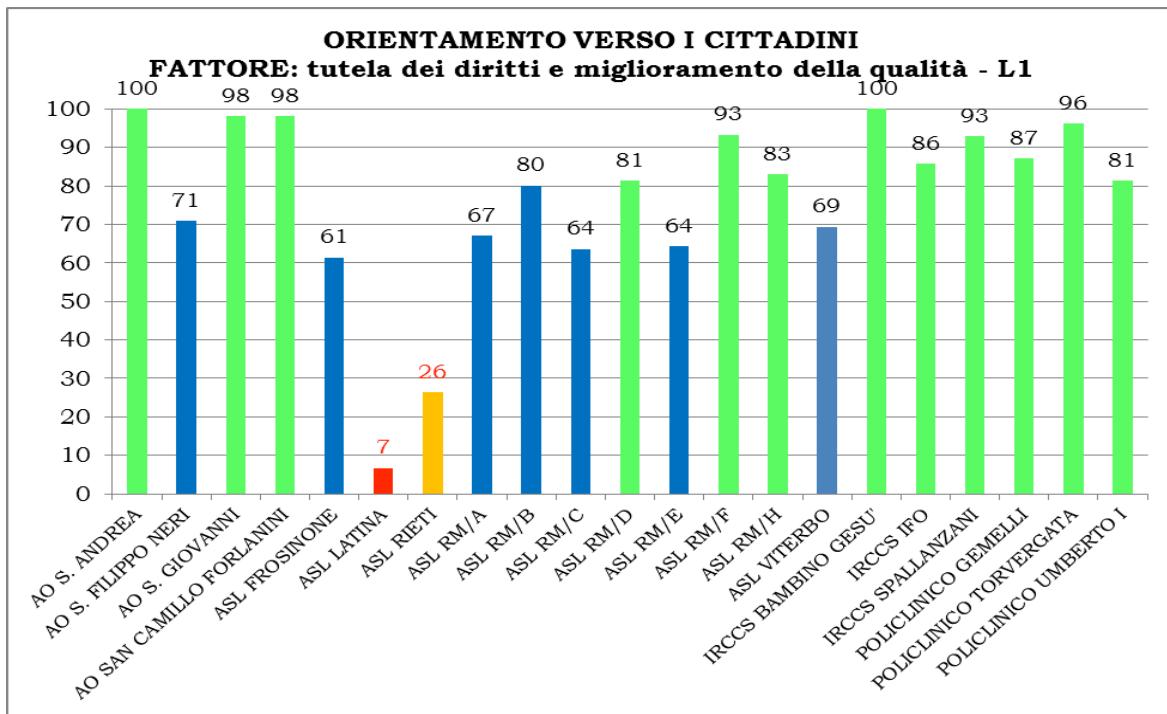


Grafico n. 9 – Confronto dell'andamento degli IAS per il fattore “*Tutela dei diritti e miglioramento della Qualità*” – Prima Componente: Livello aziendale

Gli indicatori che compongono il secondo fattore sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nell'anno precedente	76	81
Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP;	89	99
- analisi dei reclami per esito - adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami		
Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una omissione/gruppo di lavoro aziendale	61	72
Procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale	62	68
Ufficio qualità a livello aziendale	86	81
Funzione aziendale dedicata alla qualità percepita	87	75
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine aziendale sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari:		
- utilizzo di personale addestrato; - domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; - risultati resi pubblici; - azioni di miglioramento della qualità in seguito all'indagine di soddisfazione	78	70

Tabella 9 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “*Tutela dei diritti e miglioramento della qualità*” per il Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Come si evince dal grafico, gli Indici di Adeguamento agli Standard sono piuttosto buoni con risultati talvolta eccellenti. Criticità evidenti emergono nella ASL di Latina, il cui punteggio determina un giudizio assolutamente pessimo, e la ASL di Rieti con un risultato scadente.

La situazione di Latina risulta essere estremamente delicata e si dimostra necessario un piano di intervento per garantire la tutela dei diritti dei cittadini ed il miglioramento della qualità del servizio loro offerto. Riuscire ad accedere alle cure messe a disposizione dal sistema sanitario ma non avere la garanzia del rispetto dei diritti dei pazienti né del controllo della qualità della prestazione offerta significa proporre al cittadino un servizio non efficiente né efficace perché poco incentrato sugli aspetti che ne rendono migliore la vita all'interno delle strutture sanitarie.

Una politica organizzativa più orientata al cittadino sul tema della tutela dei diritti e del miglioramento della qualità si rende necessaria anche per la ASL di Rieti. Quest'ultima dovrebbe attivarsi per accelerare risposte esaustive ai reclami entro 30 giorni dal loro invio all'azienda, per aggiornare gli Standard ed i *"fattori di qualità nella Carta dei Servizi coinvolgendo una commissione/gruppo di lavoro aziendale"*, per istituire procedure scritte per il contenzioso extragiudiziale nonché un ufficio per la qualità a livello aziendale.

**Punti di forza.** Come lo scorso anno, il punto di forza del fattore continua ad essere l'indicatore *"analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP: analisi dei reclami per esito; adozione di provvedimenti in seguito ad analisi reclami"*: 16 strutture su 21 raggiungono pienamente lo standard.

Un IAS decisamente buono fa riferimento infine all'*"istituzione di un Ufficio Qualità a livello aziendale"* (86): solo tre aziende (ASL RM E, ASL Latina, ASL Rieti) ne risultano prive.

**Aspetti da migliorare.** Tra gli aspetti da migliorare figura l'*"aggiornamento di Standard e Fattori di qualità nella Carta dei Servizi"*, coinvolgendo una commissione o un gruppo di lavoro aziendale (IAS = 61). Lo standard di riferimento si raggiunge pienamente solo in 12 aziende su 21, mentre, sempre sullo stesso totale, 7 aziende non dispongono di tale servizio.

Altro aspetto da migliorare riguarda l'*"adozione di una procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale"*, presente solo in 13 strutture su 21 con un IAS pari a 62. Il dato evidenzia un peggioramento rispetto allo scorso anno il cui rapporto era di 17 strutture su 22.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

Per ciò che concerne le Sedi di Distretto, si riporta la situazione peggiore: l'Indice di Adeguamento agli Standard è scadente (34) ed è persino ulteriormente peggiorato dalla precedente rilevazione (avevamo IAS = 38).

Gli elementi valutati sono quelli riportati nella tabella sottostante:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ” – LIVELLO 3°</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i medici di medicina generale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizzo di personale addestrato;</li> <li>- domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort degli studi medici;</li> <li>- risultati resi pubblici;</li> <li>- azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.</li> </ul>	<b>7</b>	<b>0</b>
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio di Assistenza Domiciliare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizzo di personale addestrato;</li> <li>- domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica;</li> <li>- risultati resi pubblici;</li> <li>- azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.</li> </ul>	<b>12</b>	<b>17</b>
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami	<b>47</b>	<b>53</b>
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini	52	<b>61</b>
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto	52	<b>61</b>

Tabella 10 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “*Tutela dei diritti e miglioramento della qualità*” per il livello dell’Assistenza Territoriale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

**SCADENTE (IAS medio del fattore = 34) (38 nel 2011)**

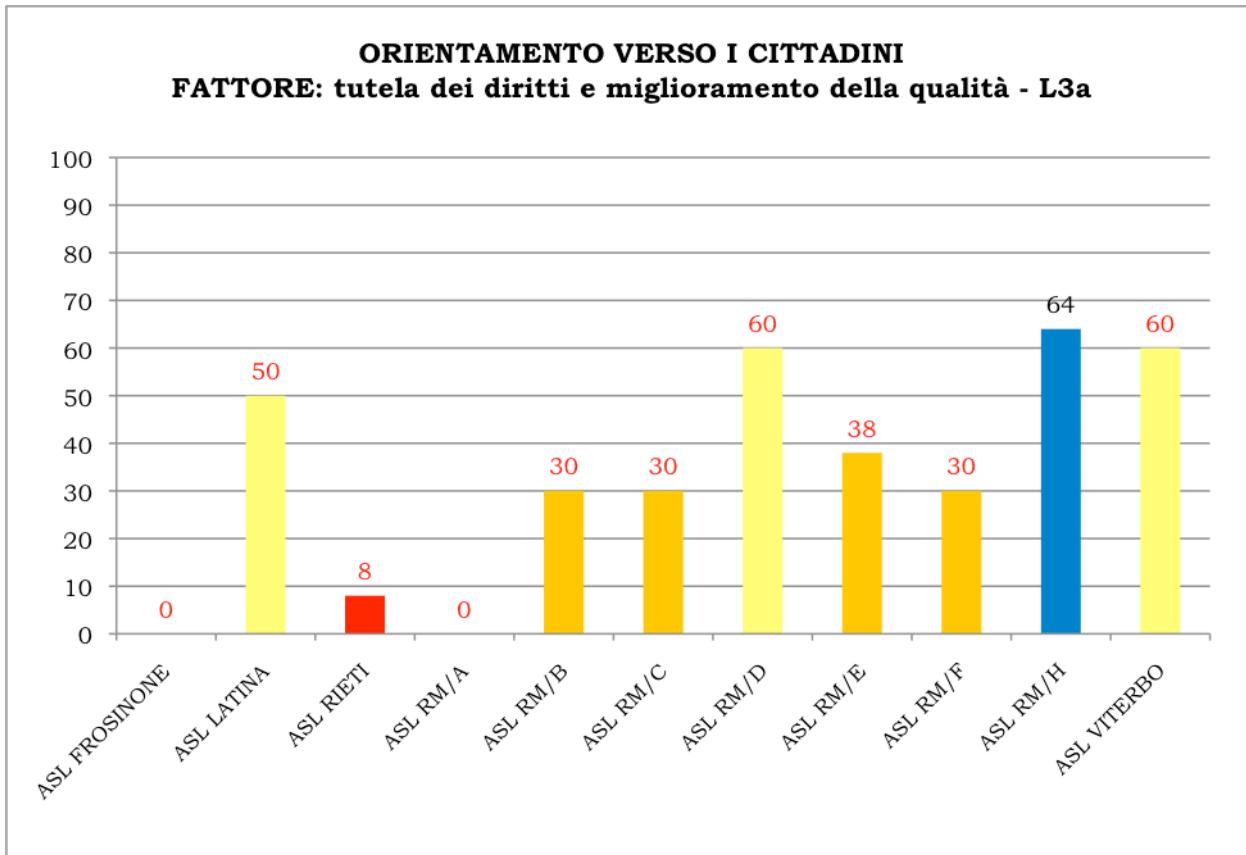


Grafico n. 10 – Confronto dell’andamento degli IAS per il fattore “*Tutela dei diritti miglioramento della Qualità*” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Anche il ciclo di Audit 2012 – 2013 ha evidenziato come la Tutela dei Diritti ed il Miglioramento della Qualità rappresentino, per il livello distrettuale, una criticità significativa a livello regionale. In due casi su undici tale fattore risulta completamente assente, in un caso è pessimo, nella maggior parte è scadente, in soli tre casi è discreto e in un caso appena buono.

**Aspetti da migliorare.** Gli indicatori che hanno ottenuto il valore peggiore riguardano la “realizzazione nell’ultimo biennio di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i Medici di Medicina Generale” e di “una sul Servizio di Assistenza Domiciliare”: entrambe sono state parzialmente condotte solo dalla ASL RM H. Tale risultato sottolinea la necessità di un’attivazione da parte della maggior parte delle ASL per il miglioramento e l’adeguamento agli standard di tutti gli elementi valutati, necessità che si era tuttavia palesata anche nel precedente ciclo di Audit e a cui non è seguita alcuna effettiva politica di miglioramento.

**Punti di forza.** Valori medi migliori, ma non ancora sufficienti per garantire la tutela dei diritti del cittadino ed il miglioramento della qualità, si ottengono se prendiamo in considerazione la “disponibilità all’ingresso della Sede di Distretto di documenti” o “avvisi relativi alla possibilità o alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami e di schede e punti di raccolta all’interno della struttura per segnalazioni e reclami” dei cittadini.

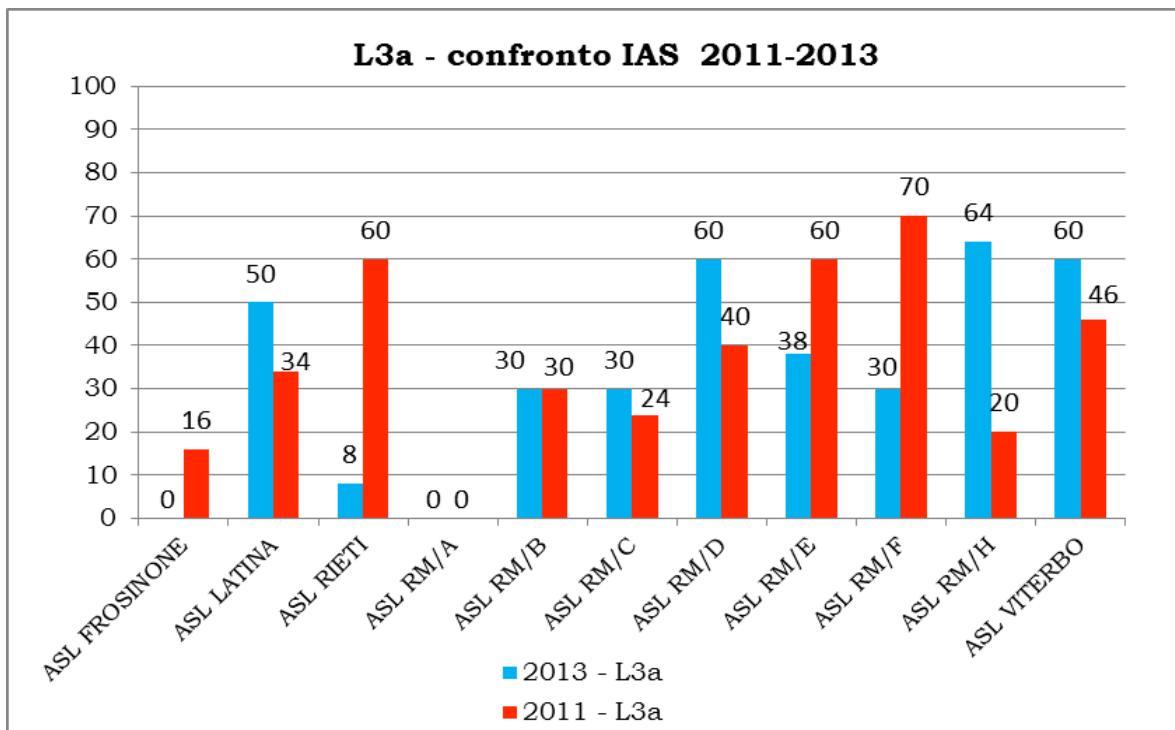


Grafico n. 11 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Tutela dei diritti miglioramento della Qualità*” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Come si evince da grafico, per la ASL RM A non risulta sia stata attivata alcuna proposta di miglioramento nonostante già nel 2011 si fosse rilevata la completa assenza del servizio. La ASL di Frosinone è peggiorata passando da un IAS = 16 a un IAS = 0; un peggioramento si evidenzia anche per la ASL RM E, che da un IAS discreto (60) è passata ad un IAS scadente (38). Anche la ASL d Rieti è totalmente peggiorata rispetto a questo fattore: anch’essa è arrivata ad un giudizio pessimo (8) partendo da un IAS = 60 dello scorso anno.

Nonostante alcune realtà siano drasticamente peggiorate su un fattore importante come quello in questione, altre strutture hanno migliorato il loro punteggio rispetto allo scorso anno: la ASL di Latina è infatti passata da un giudizio scadente (34) a discreto (50); la ASL RM C ha lievemente migliorato il suo punteggio da 24 a 30; la ASL Viterbo è passata da un IAS pari a 46 a un IAS = 60. I miglioramenti più evidenti si sono avuti tuttavia nella ASL RM D (IAS 2011 = 40 – IAS 2012-2013 = 60) e nella ASL RM H (IAS 2011 = 20 – IAS 2012-2013 = 64).

Va osservato che i peggioramenti si collocano in media in confronto a valori che già non erano elevati, segnalando una diffusa criticità in quest’ambito che non accenna assolutamente, in media, a migliorare a due anni di distanza dal ciclo di Audit civico precedente. E’ importante, anche in questo caso, che i Tavoli e la direzione, probabilmente con il supporto e la spinta della Regione, intervengano a porre rapidamente rimedio al fine di garantire il rispetto dei diritti dei cittadini.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

L'indice di Adeguamento agli Standard per il secondo fattore in merito ai Poliambulatori è discreto e leggermente migliore rispetto allo scorso anno (IAS 2011 = 43 – IAS 2012-2013 = 47).

Attraverso il seguente istogramma e la tabella contenente l'elenco degli indicatori presi in considerazione riusciremo ad entrare più nel dettaglio.

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 47) (43 nel 2011)**

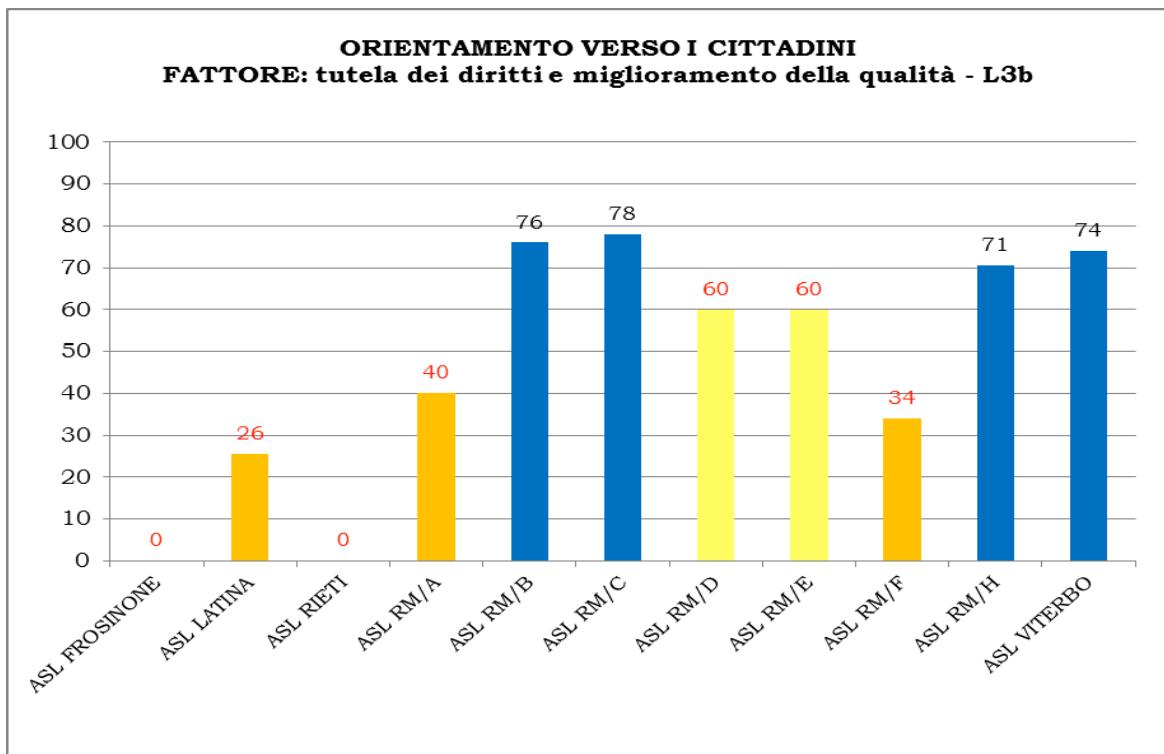


Grafico n. 12 – Andamento degli IAS per il fattore “*Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità*”  
– Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Gli elementi valutati sono quelli riportati nella tabella sottostante:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ” – LIVELLO 3b</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizzo di personale addestrato;</li> <li>- domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort;</li> <li>- risultati resi pubblici;</li> <li>- azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.</li> </ul>	<b>30</b>	19
Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)	<b>15</b>	6
Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami	62	68
Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini	64	59
Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio	64	62

Tabella 11 – Elenco degli indicatori valutati con il secondo fattore per il Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Nonostante quattro realtà su undici raggiungano un giudizio buono in termini di IAS per il secondo fattore, il punteggio medio non può che essere solo discreto a causa di attività del tutto assenti in due strutture (ASL Frosinone e ASL Rieti), di punteggi scadenti in altri due casi (ASL RM A: IAS = 40 – ASL RM F: IAS = 34) e discreti in strutture quali ASL RM E e ASL RM D (IAS = 60 in entrambe).

L’indicatore che ha riportato il valore medio peggiore fa riferimento alle *“esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistente a livello internazionale”* (IAS = 15), attività assente in 8 ASL su 11. Anche l’attività di realizzazione di *“un’indagine negli ultimi due anni sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei Poliambulatori”* si classifica con un punteggio scadente (IAS = 30), ed è del tutto assente nella metà delle strutture esaminate. E’ un vero peccato, in quanto l’accreditamento e la certificazione internazionale non solo danno un riconoscimento alla qualità della struttura, ma rendono riconoscibili i criteri di valutazione e i relativi punteggi, in modo da poter verificare la corrispondenza con quanto stabilito dagli stessi criteri standard per accreditamento e certificazione.

**Punti di forza.** Anche in questo caso i valori medi migliori, ma non ancora sufficienti per garantire la tutela dei diritti del cittadino ed il miglioramento della qualità, si osservano se prendiamo in considerazione la *“disponibilità all’ingresso del Poliambulatorio di documenti o avvisi relativi alla possibilità o*

*alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami”; di “schede e punti di raccolta all’interno della struttura per segnalazioni e reclami dei cittadini”.*

**Aspetti da migliorare.** Occorre quindi implementare la realizzazione di un’indagine, condotta a cadenza biennale, sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei Poliambulatori osservati nonché le esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello nazionale.

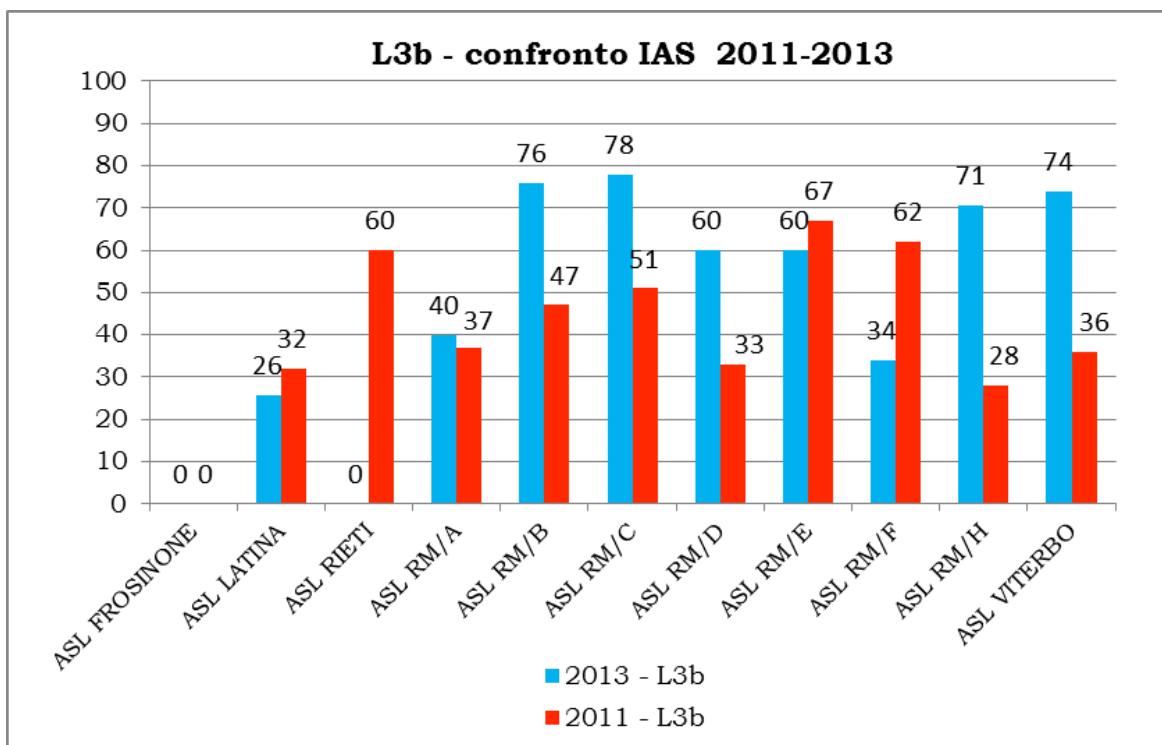


Grafico n. 13 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Tutela dei diritti miglioramento della Qualità*” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Rispetto allo scorso ciclo di Audit, alcune realtà quali ASL RM B, ASL RM C, ASL RM D, ASL RM H e ASL Viterbo, sono notevolmente migliorate attestandosi attorno ad un giudizio buono (IAS > 71); al contrario, la ASL di Rieti e la ASL RM F hanno invece subito un sostanziale peggioramento.

È chiaramente necessario che le Aziende che hanno riportato IAS pessimi, scadenti o anche discreti si attivino affinché si avvii un miglioramento a favore dell’utente del servizio, da una parte realizzando indagini interne in grado di evidenziare eventuali criticità e dall’altra rendendo il cittadino in grado di esprimere la propria opinione ed esperienza (o eventualmente segnalazione) sulla prestazione di cui ha usufruito. I dati sul livello di soddisfazione degli utenti sono fondamentali per poter indirizzare il servizio, eventualmente modificandolo, verso i reali bisogni dei cittadini nonché del territorio di riferimento, tenendo il più possibile insieme e dalla stessa parte i cittadini e le strutture sanitarie. In mancanza di questo processo di conoscenza e di evoluzione da parte delle strutture che pianificano ed erogano servizi, le prestazioni potrebbero non essere adeguate alla realtà circostante e non

garantire un livello di salute adeguato e quindi il rispetto del diritto dei cittadini alla salute.

### **Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti”**

Il fattore “*personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti*” è stato analizzato solo per il livello dell’Assistenza Territoriale, ovvero Sedi di Distretto e Poliambulatori. Il valore medio IAS del livello L3a e L3b è di 73 punti; in particolare, le Sedi di Distretto ottengono un IAS medio pari a 28 mentre i Poliambulatori pari a 88. Di seguito si cercherà di analizzare questo importante divario.

**BUONO (IAS medio del fattore = 73) (71 nel 2011)**

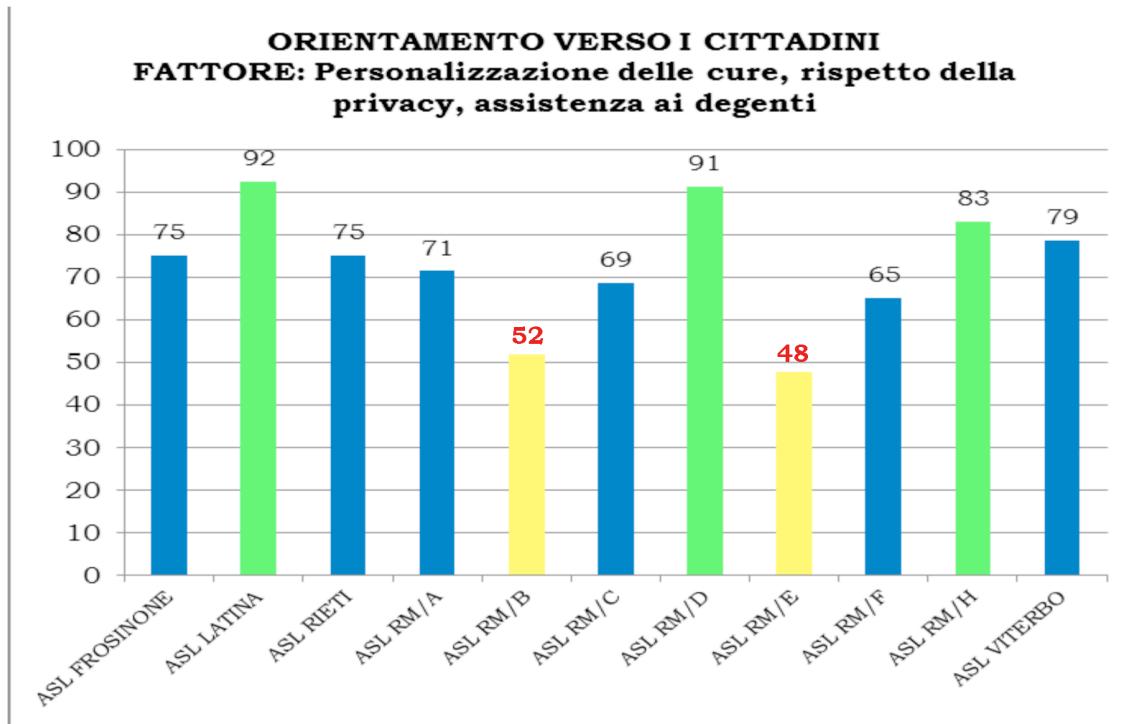


Grafico n. 14 – Confronto dell’andamento degli IAS per il fattore “*Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti*” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale

Come evidenziato dall’istogramma, il livello delle cure primarie raggiunge un giudizio discreto in due casi su undici, le situazioni più delicate sono la ASL RM B (IAS = 52) e la ASL RM E (IAS = 48). Sei strutture si classificano come buone e tre come ottime.

Ovviamente tali valori derivano dalla media degli IAS ottenuti sia dalle strutture distrettuali sia da quelle poliambulatoriali, è quindi opportuno entrare nel dettaglio per discutere singolarmente dei risultati.

## **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

**SCADENTE (IAS medio del fattore = 28) (38 nel 2011)**

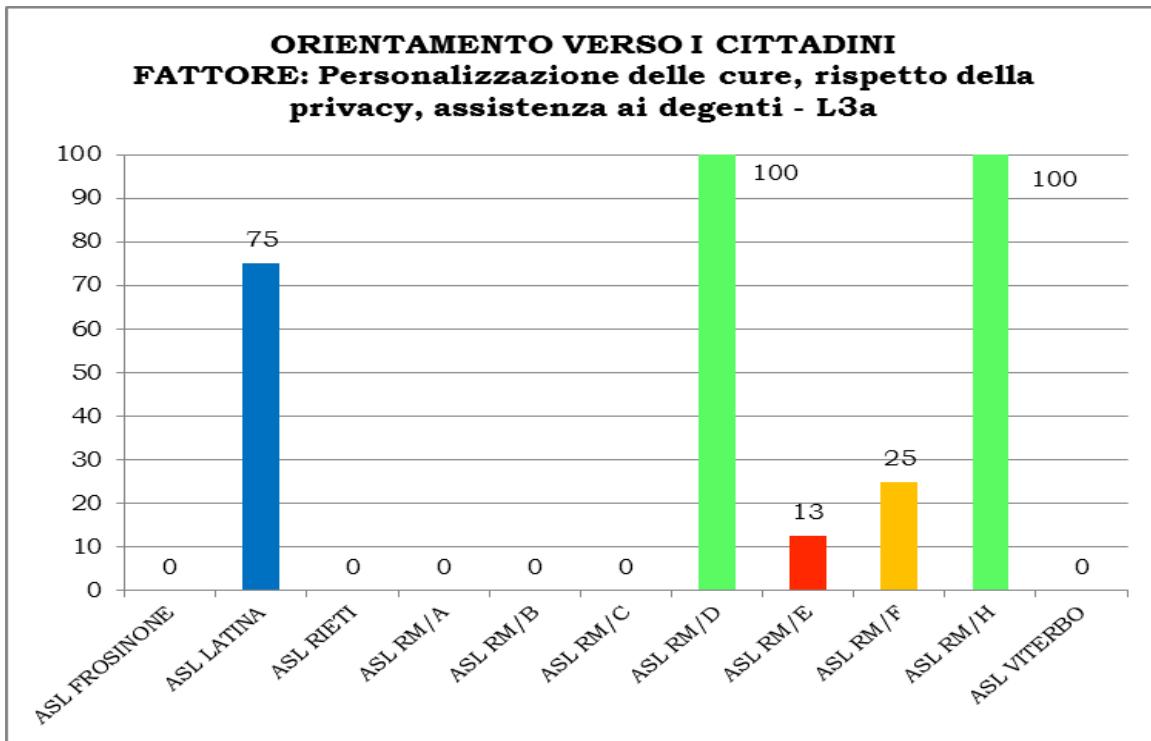


Grafico n. 15 – Confronto dell'andamento degli IAS per il fattore “*Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti*” – Prima Componente: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI” – LIVELLO 3a	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare	30	37
Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie	27	39

Tabella 12 – Elenco degli indicatori valutati con il terzo fattore per il Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto (l'ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

L'Indice di Adeguamento allo Standard per il terzo fattore è decisamente scadente (IAS = 28). Chiaramente, l'aver preso in considerazione solo due indicatori per tale fattore e per questo livello, ha comportato una limitata possibilità di valutazione per numerose ASL, motivo per cui la maggior parte delle strutture ha ottenuto punteggi nulli. Se sei Aziende non dispongono del

Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare né del servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie, viceversa la ASL RM D e la ASL RM H rispettano pienamente gli standard di riferimento ottenendo risultati eccellenti. Nei restanti casi troviamo la ASL RM E e RM F con risultati pessimi e la ASL di Latina con un IAS buono.

Gli elementi valutati da un punto di vista civico rappresentano degli aspetti importanti che influiscono sulla qualità del servizio di assistenza domiciliare relativamente alla delicata dimensione del supporto concreto alle famiglie rispetto al bisogno d'informazione e consulenza, anche telefonica, per la corretta gestione del familiare oncologico assistito a casa (IAS = 30, peggiore rispetto al 2011). Inoltre sarebbe importante avere la possibilità di poter disporre, in caso di necessità, di un servizio di assistenza psicologica dedicato al paziente e al nucleo familiare (IAS = 27, anch'esso peggiore rispetto all'anno precedente).

**Aspetti da migliorare.** È necessario quindi che le aziende che hanno ottenuto punteggi pessimi per via dell'assenza dei servizi o della scarsa implementazione degli stessi, si attivino affinché questi possano essere istituiti all'interno della Sede di Distretto e messi quindi a disposizione del cittadino.

Rispetto al precedente ciclo di Audit la situazione è sensibilmente peggiorata. le strutture che hanno subito una inversione negativa sono: la ASL RM B, ASL RM C, ASL RM E, ASL RM F, ASL di Viterbo e ASL di Latina. L'unica realtà migliore è la ASL RM H che è passata da un IAS pari a 67 a un IAS eccellente.

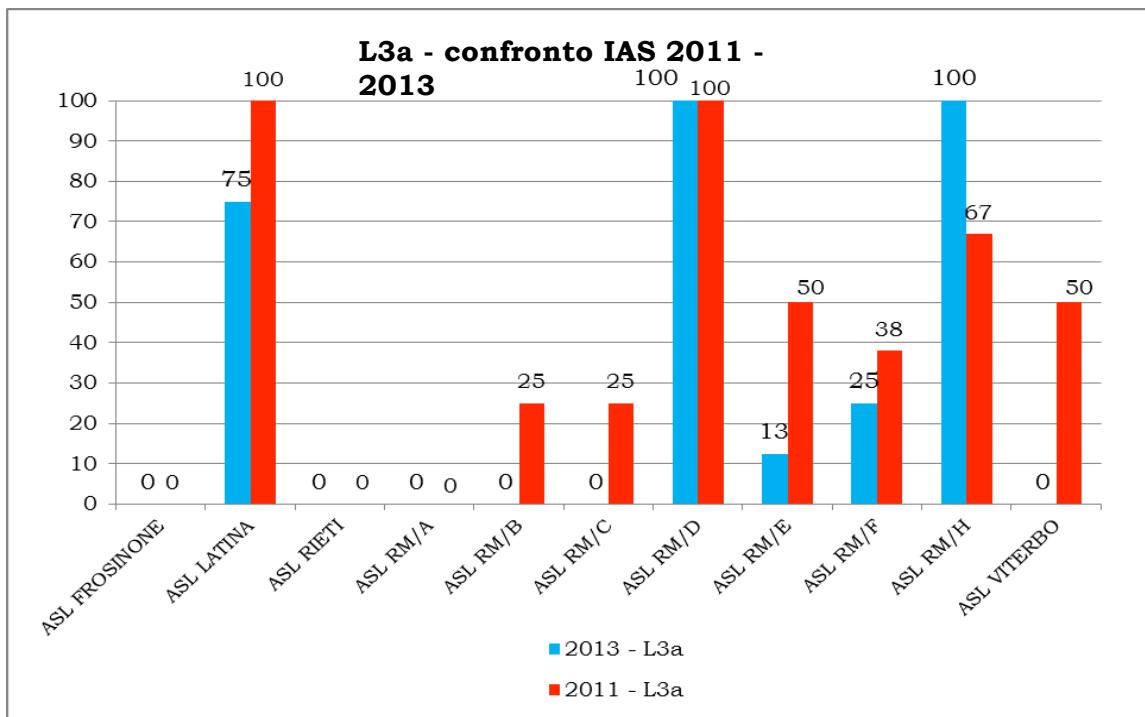


Grafico n. 16 – Confronto dell'andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenzi”: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

## **Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 88) (90 nel 2011)**

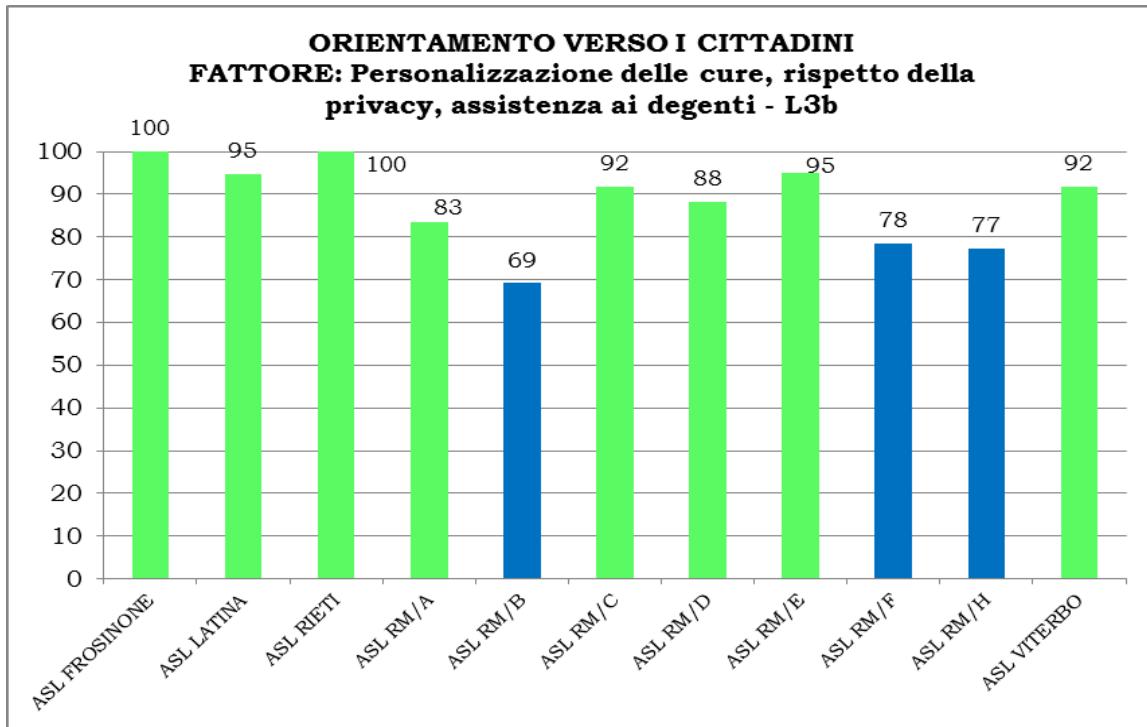


Grafico n. 17 – Confronto dell'andamento degli IAS per il fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenti”: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI” – LIVELLO 3b	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc) con orari personalizzati per limitare i tempi di attesa	64	76
Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100	100
Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100	100
Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100	100
Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione	95	83
Divisore all'interno delle stanze per i pazienti poliambulatoriali	69	83

Tabella 13 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti” per il Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori (l'ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

Il fattore “personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, l' assistenza ai degenti”, è decisamente un punto di forza a livello dei Poliambulatori

rispetto alla macroarea dell’Orientamento al cittadino. Il fattore varia da un IAS di 69 nella ASL RM B a IAS eccellenti per la ASL di Frosinone e di Rieti. Su undici realtà prese in considerazione, otto ottengono punteggi ottimi.

L’indicatore con l’IAS più debole (64) risulta essere il servizio di organizzazione degli “*appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati per limitare i tempi di attesa*”. Le strutture poliambulatoriali più delicate sono la ASL RM B (IAS = 15) e la ASL RM D e la ASL RM H (IAS = 30). Anche la “*presenza di divisorì all’interno delle stanze per i pazienti poliambulatoriali*” non è garantita, o interamente garantita, da tutte le strutture indagate, e in particolare nella ASL RM B e ASL RM F tale elemento è totalmente assente. Questo è un elemento importante per la riservatezza dei pazienti in questo contesto e dovrebbe essere messo in pratica.

Gli standard si raggiungono pienamente con risultati eccellenti, invece, con gli indicatori inerenti la tutela della privacy: “*Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell’ultimo anno*”, “*Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell’ultimo anno*”, “*Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell’ultimo anno*”.

**Punti di forza.** Come evidenziato precedentemente i punti di forza di questo fattore riguardano la tutela della privacy dei pazienti, gli indicatori “*Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell’ultimo anno*”, “*Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell’ultimo anno*”, “*Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell’ultimo anno*” raggiungono l’eccellenza mentre l’indicatore “*Cognome e nome del paziente sentiti nominare ad alta voce nel corso della rilevazione*” ottiene un punteggio ottimo ma non eccellente per via dell’IAS della ASL RM A (50).

**Aspetti da migliorare.** Pur in contesto di punteggi IAS elevati e quindi di elevata qualità media, vi sono dei punti di debolezza da correggere, quale l’aspetto della personalizzazione delle cure, da implementare sicuramente nella ASL RM C, ASL di Rieti e ASL di Frosinone.

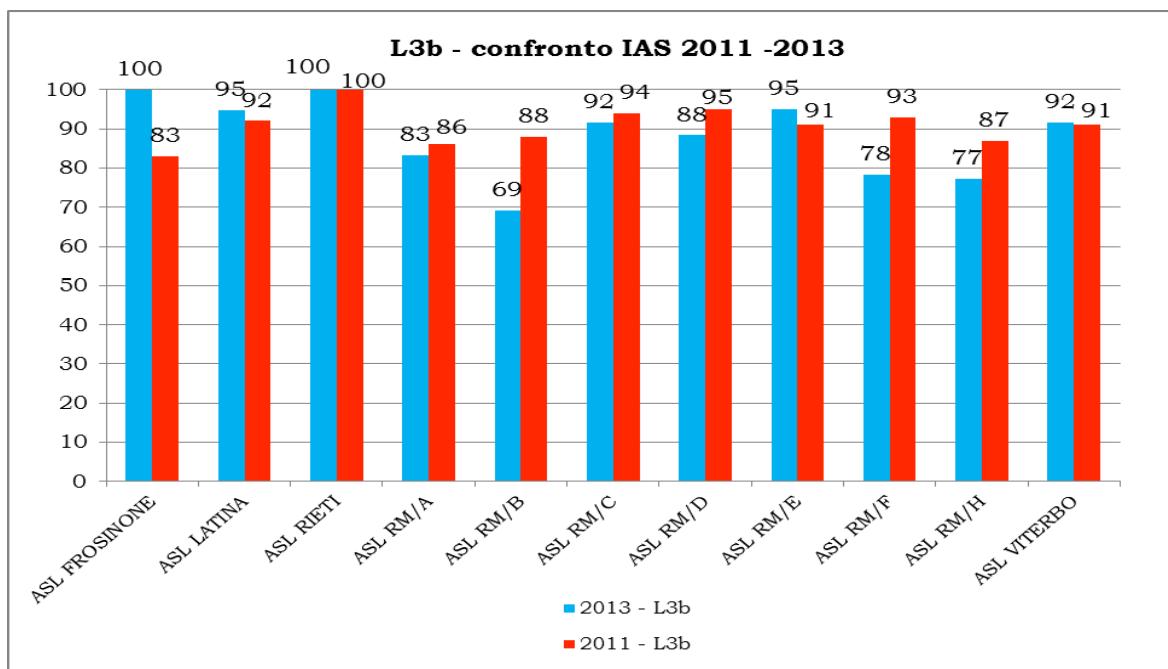


Grafico n. 18 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degenzi”: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Rispetto alla precedente annualità, alcune realtà hanno subito un peggioramento, il più evidente dei quali è quello della ASL RM B (passata da un IAS di 88 ad uno di 69) e RM F (da 93 è scesa a 78). Peggioramenti più lievi ci sono stati nella ASL RM A, ASL RM C, ASL RM D e ASL RM H.

Altri miglioramenti si sono invece verificati nella ASL di Frosinone, ASL di Latina, Viterbo e ASL RM E.

Anche in questo caso non possiamo non sottolineare come, per molti aspetti, la sanità laziale attraversi un periodo di particolare criticità che è stato rilevato da questa edizione dell'Audit civico, dando corpo ad una percezione diffusa tra gli operatori e gli utenti.

### Fattore “Informazione e Comunicazione”

Così come per il fattore “*Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza dei degenzi*”, anche il fattore “*Informazione e Comunicazione*” fa riferimento solo al livello delle Cure Primarie (Sedi di Distretto e Poliambulatori).

L'istogramma seguente fornisce una prospettiva degli IAS unitamente del livello distrettuale e poliambulatoriale.

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 47) (61 nel 2011)**

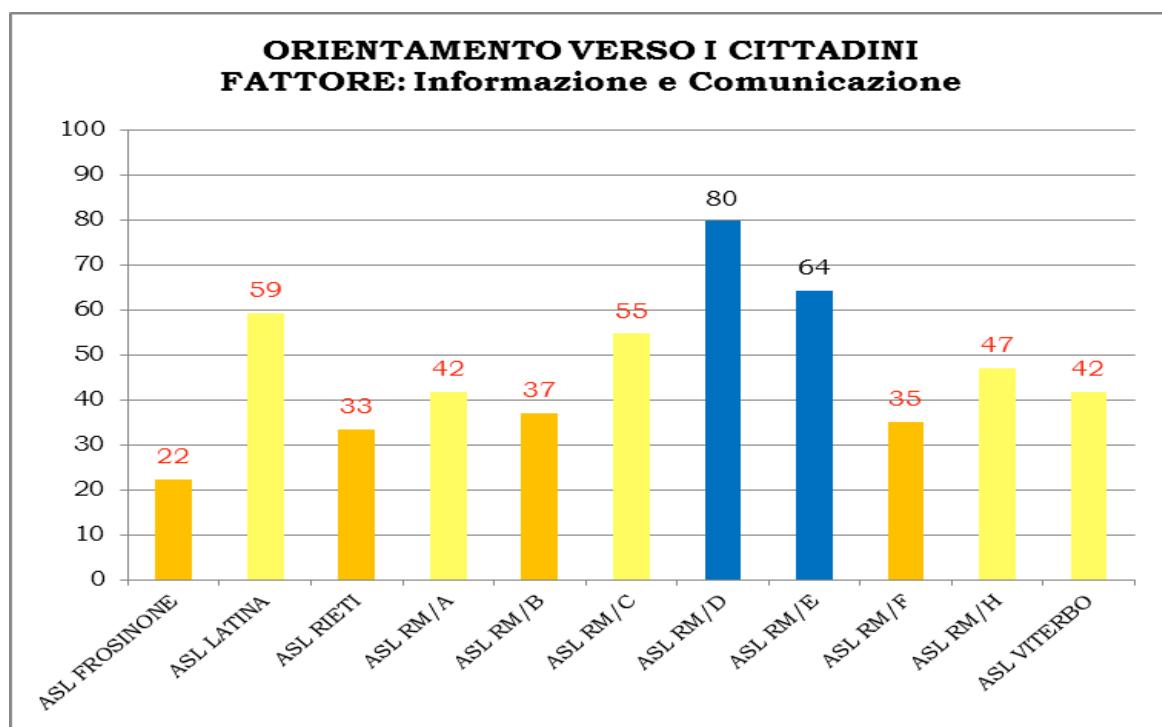


Grafico n. 19 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Informazione e comunicazione*” – Prima Componente: Livello dell'Assistenza Territoriale

L'IAS medio del fattore Informazione e Comunicazione è pari a 47, si attesta quindi attorno ad un giudizio solamente discreto, nonostante l'istituzione di

un rapporto basato sul dialogo costituisca un elemento fondamentale per la relazione del cittadino con la sua patologia e con la struttura sanitaria.

Quattro strutture su undici ottengono un valore scadente, cinque un valore discreto e solo due raggiungono un valore buono. Vi è quindi una certa disomogeneità tra le strutture e nessuna raggiunge pienamente gli standard, nonostante il valore IAS molto buono per la ASL RM D. La realtà peggiore risulta essere invece quella di Frosinone con un IAS di 22.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

Il valore medio del fattore “*Informazione e Comunicazione*” raggiunge punteggi solo discreti. Sei strutture ottengono punteggi piuttosto scadenti, con situazioni particolarmente delicate per la ASL RM A e ASL di Frosinone che ottengono un IAS di 22. Tre strutture ottengono un IAS discreto, solo la ASL RM E ha un IAS buono (68) e esclusivamente la ASL RM D ottiene un punteggio ottimo (97).

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 43) (50 nel 2011)**

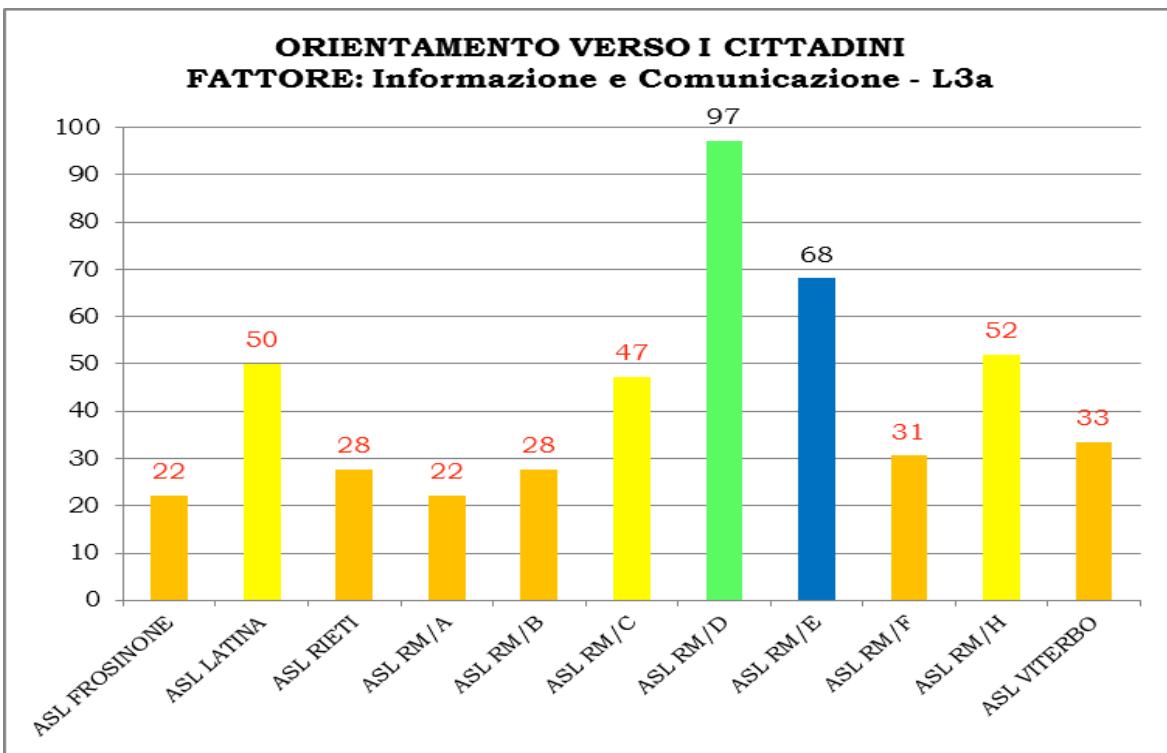


Grafico n. 20 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Informazione e Comunicazione*” – Prima Componente: Livello dell'Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 3a</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Invio ai medici di medicina generale da parte dell’Azienda sanitaria di un opuscolo sull’ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	<b>29</b>	26
Invio ai pediatri da parte dell’Azienda sanitaria di un opuscolo sull’ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	<b>19</b>	7
Linee di comportamento/procedure per il personale dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare per garantire l’informazione ai familiari e ai pazienti relativamente al piano assistenziale e garantire la periodica acquisizione di notizie	67	45
Utilizzo della cartella integrata per l’assistenza domiciliare	<b>100</b>	88
Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto	51	53
Cartellonistica esterna sede di distretto	<b>93</b>	90
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausilî	<b>26</b>	49
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l’assistenza domiciliare	<b>30</b>	44
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale	<b>37</b>	53
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	<b>39</b>	53
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	<b>19</b>	38
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	<b>21</b>	38
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità	<b>21</b>	49
Disponibilità all’ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull’assistenza sanitaria gratuita all’estero (UE e paesi con accordi bilaterali)	<b>28</b>	32
Disponibilità al momento dell’ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	<b>23</b>	19
Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o avvisi su iniziative per favorire l’esercizio di tale diritto	<b>27</b>	38
Prospetto riassuntivo aggiornato nell’atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti	<b>86</b>	87
Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata	65	83

Tabella 14 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “Informazione e Comunicazione”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a) (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

I valori medi peggiori fanno riferimento ai seguenti indicatori: “*Invio ai pediatri da parte della Azienda sanitaria di un opuscolo sull’ADI da mettere a*

*disposizione del pubblico nei propri studi*" e "Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale". In entrambi i casi solo la ASL RM D raggiunge pienamente lo standard ottenendo un punteggio eccellente. Stupisce abbastanza che operazioni di questo tipo, a bassissimo costo e senza implicazioni organizzative rilevanti, non siano in essere e non esprimano punteggi elevati.

Valori scadenti riguardano la "disponibilità all'ingresso della Sede di Distretto di opuscoli informativi sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta" sulla "gestione e autorizzazione di ausili", sulle "modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta", sull' "assistenza sanitaria gratuita all'estero", sulle "esenzioni per patologia ed invalidità e sui diritti e le responsabilità dei pazienti". Anche le informazioni sul "diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto" ha un punteggio piuttosto imbarazzante.

Punteggi IAS medi ottimi si ottengono invece con l'indicatore sulla "cartellonistica esterna" alla Sede di Distretto e sul "prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio" della Sede di Distretto dei servizi e degli uffici presenti. L'unico valore eccellente si ottiene con l'indicatore sull' "utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare". È doveroso sottolineare tuttavia che la maggior parte questi indicatori sono assai meno rilevanti, dal punto di vista civico, di quelli precedenti che, invece, limitano nei fatti l'accesso a prestazioni e informazioni preziose per tutelare i propri diritti.

**Punti di forza.** Come lo scorso anno, anche questo ciclo di Audit ha rilevato nelle informazioni generali di orientamento (*presenza di cartellonistica, prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della struttura e servizio informazioni per il pubblico nell'ingresso principale*) il punto di forza del terzo fattore. Come sopracennato, inoltre, l'utilizzo della *cartella integrata per l'assistenza domiciliare* è presente nella totalità delle strutture prese in esame.

**Aspetti da migliorare.** Leggendo i dati sopra riportati è evidente l'esigenza di potenziare l'informazione e la comunicazione con il cittadino rispetto ad una serie di elementi particolarmente strategici per una corretta conoscenza del funzionamento dell'assistenza territoriale. Occorre, pertanto, implementare la disponibilità di appositi opuscoli informativi nelle Sedi di Distretto, l'invio di materiali ai medici di medicina generale ed ai pediatri da mettere a disposizione del pubblico all'interno dei propri studi e impegnarsi nel fornire un'informazione maggiore al cittadino sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto. I TMPP e le direzioni si devono attivare al più presto per la realizzazione di questi interventi perché sappiamo che l'ADI non è solo un elemento di efficienza del sistema e di qualità di vita per i pazienti, ma anche un fattore strategico per realizzare un'assistenza socio-sanitaria efficace e meno costosa.

Rispetto allo scorso anno, i cambiamenti su cui occorre impostare un ragionamento fanno riferimento alla ASL di Latina e ASL RM C che sono migliorate, passando da un giudizio scadente ad un giudizio discreto, e la ASL RM D che da un giudizio buono è passata ad un IAS più che ottimo (97).

La ASL RM A è invece nettamente peggiorata passando da una realtà più che buona ad una scadente, la ASL RM B, passata da un IAS di 40 a un IAS di 28, offrendo in entrambi i casi un servizio scadente, la ASL RM F e ASL di

Viterbo che ad oggi ottengono un giudizio scadente pur avendo riportato lo scorso anno risultati buoni.

La ASL di Frosinone, di Rieti, e la ASL RM H ottengono in linea di massima gli stessi valori del precedente ciclo di Audit.

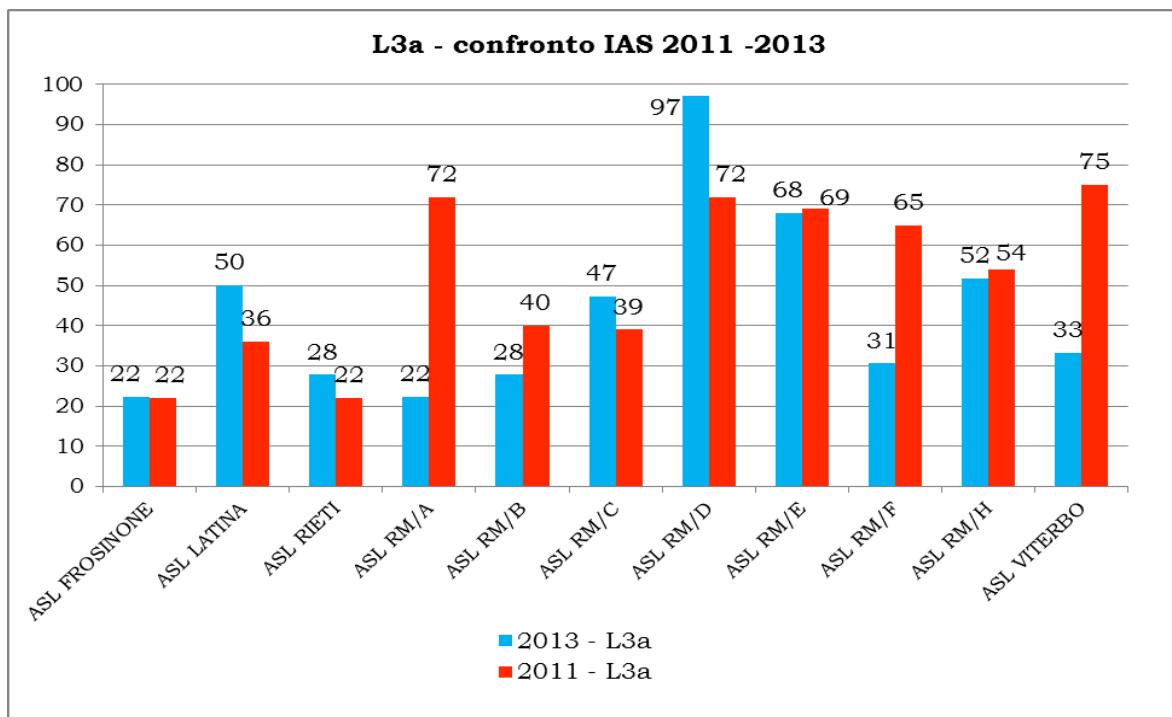


Grafico n. 21 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Informazione e Comunicazione*”: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

#### **Livello dell’Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

A livello dei Poliambulatori il fattore ottiene un punteggio leggermente più alto rispetto a quello ottenuto dalle Sedi di Distretto pur attestandosi attorno ad un giudizio discreto. Ciò conferma la debolezza del fattore per il quale su nove indicatori quattro ottengono un giudizio scadente, tre discreto, e solo due ottimo.

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 48) (48 nel 2011)**

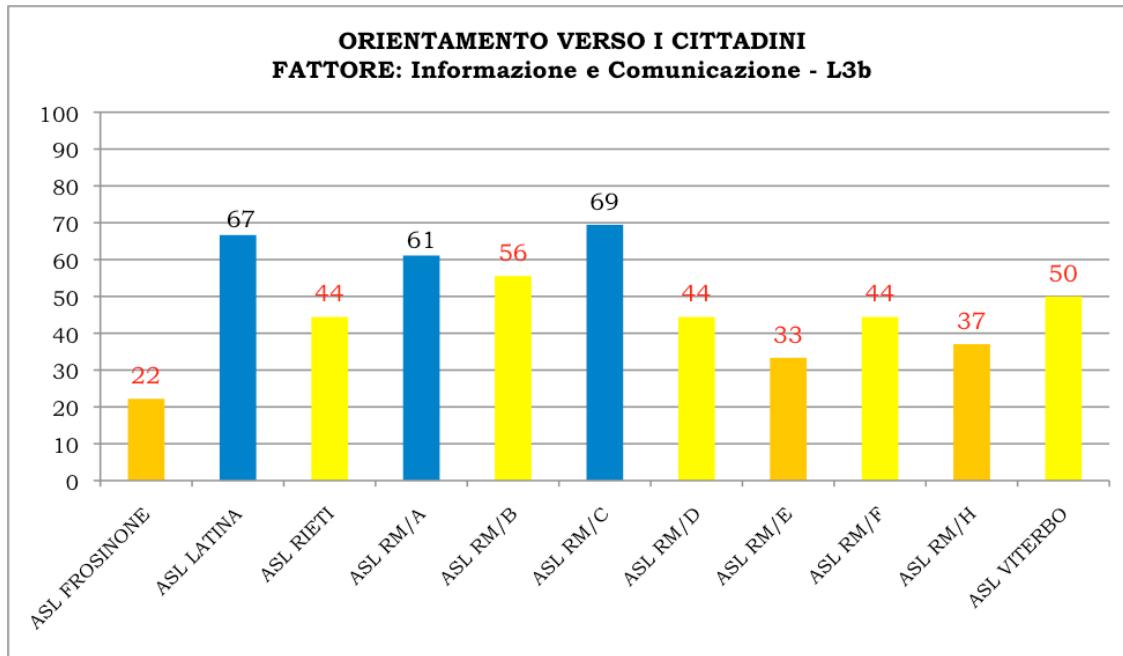


Grafico n. 22 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Informazione e Comunicazione*” – Prima Componente: Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 3b	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Consegna a domicilio referti medici	19	10
Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet	27	17
Disponibilità all’ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	36	31
Prospetto riassuntivo aggiornato nell’atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti	87	97
Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio	44	32
Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio	88	96
Disponibilità all’ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte	56	55
Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini* e/o avvisi su iniziative per favorire l’esercizio di tale diritto	23	36
Servizio informazioni per il pubblico presso l’ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata	52	57

Tabella 15 – Elenco degli indicatori valutati con il quarto fattore “*Informazione e Comunicazione*”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Come si evince dal grafico, le ASL si posizionano tutte in un *range* che va dallo scadente (ASL di Frosinone con IAS = 22) al buono (ASL RM C con IAS = 69). Non vi sono risultati ottimi e solo tre aziende ottengono dei risultati buoni, pur con un IAS non particolarmente elevato.

L'indicatore più basso riguarda la consegna dei referti medici a domicilio, che ottiene un valore pessimo ed è un servizio che rispetta pienamente gli standard solo nella ASL RM E (IAS = 100), nella ASL di Latina e nella ASL RM A ottiene un punteggio discreto (rispettivamente 60 e 50). Valore più elevato, ma comunque scadente, ottiene l'indicatore “*trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet*” (IAS = 27).

Anche nelle strutture poliambulatoriali, l’ “*informazione ai cittadini sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/ medico curante e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto*” risulta essere molto scadente (IAS = 23), il che costituisce la mancata applicazione di un diritto del cittadino e occorre un intervento immediato delle direzioni e dei Tavoli perché venga garantito.

Gli indicatori che ottengono invece punteggi ottimi fanno riferimento al “*prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del Poliambulatorio degli uffici e dei servizi presenti*”, assente solo nella ASL RM E (IAS = 87), ed alla “*cartellonistica esterna alla sede del Poliambulatorio*”, assente nella ASL di Rieti, Frosinone, RM H, RM E (IAS = 89): non possiamo non osservare di nuovo che si tratta di indicatori meno importanti dal punto di vista civico rispetto ai precedenti con punteggio basso.

**Aspetti da migliorare.** Nonostante rispetto allo scorso anno ci sia stato un miglioramento, occorre ulteriormente implementare il servizio di consegna a domicilio dei referti medici (IAS 2011 = 10 – IAS 2012-2013 = 19) e la trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet rendendo più agevoli le modalità di accesso ai referti stessi (IAS 2011 = 17 – IAS 2012-2013 = 28).

Ulteriori aree di miglioramento concernono infine l'informazione sul diritto alla libertà di scelta del cittadino del luogo di cura e del medico curante e/o la presenza di avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto; la disponibilità nella sede di opuscoli informativi circa i diritti e le responsabilità dei pazienti e le prestazioni offerte; e la cartellonistica stradale in prossimità della struttura. Anche in tal caso è opportuno che i Tavoli Misti Permanenti della Partecipazione e le direzioni facciano uno sforzo per modificare questa situazione e considerarla una delle priorità nel rapporto corretto con i cittadini.

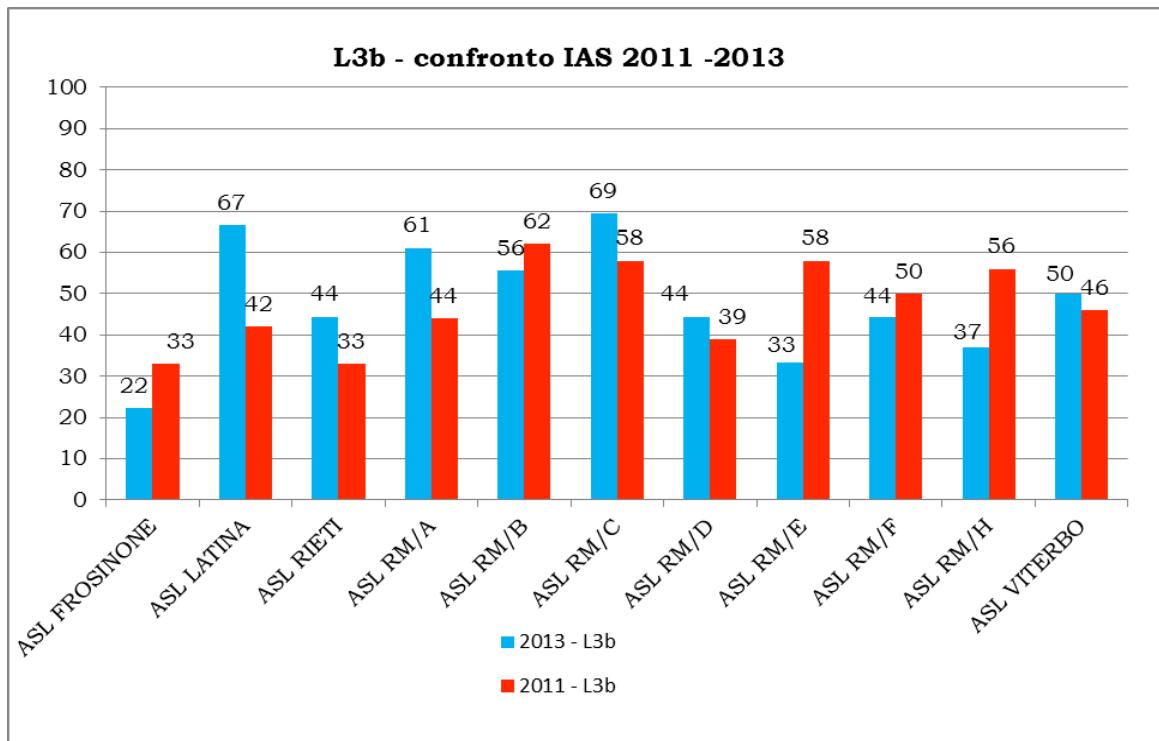


Grafico n. 23 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Informazione e Comunicazione*”: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Rispetto all’anno precedente cinque ASL hanno visto peggiorare la propria situazione: Frosinone da un valore già basso è scesa ancora (da 33 a 22), ASL RM B da 62 a 56, ASL RM E da 58 a 33, la ASL RM F è passata da 50 a 44 e la ASL RM H da discreto (56) a scadente (37).

Le ASL di Latina, Rieti e di Viterbo, insieme a RM A, RM C e RM D hanno invece apportato un miglioramento significativo alla propria *performance*, tuttavia solo tre raggiungono un livello buono (Latina, RM A e RM C).

### Fattore “Comfort”

Anche l’ultimo fattore della Prima Componente, il *Comfort*, è stato indagato solo per il livello delle Cure Primarie (Sedi di Distretto e Poliambulatori).

L’Indice medio di Adeguamento agli Standard per tale fattore è 66 (Buono), leggermente migliore rispetto allo scorso anno (IAS = 64). Tuttavia l’analisi dell’andamento dei punteggi per le 11 aziende considerate evidenzia che in nessun caso si raggiunge pienamente il rispetto degli standard di riferimento. Dal grafico seguente sarà possibile entrare nel dettaglio

**BUONO (IAS medio del fattore = 66) (67 nel 2011)**

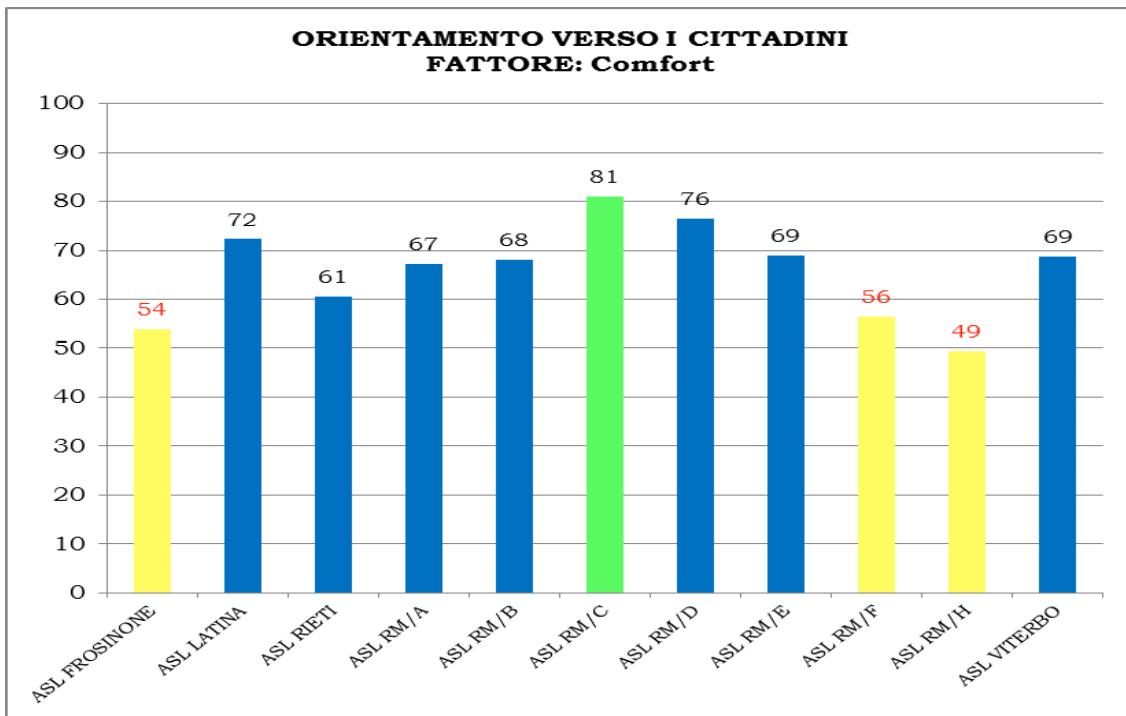


Grafico n. 24 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Comfort”: Livello dell’Assistenza Territoriale – Prima Componente: Livello Aziendale e Assistenza Territoriale

L’istogramma mostra che su undici strutture tre hanno punteggi discreti, sette ottengono punteggi buoni variando dal 61 al 76, e solo una ottiene un punteggio ottimo. La realtà più delicata è la ASL RM H, con un IAS di 49 punti mentre quella più forte risulta essere la ASL RM C con IAS = 81.

Alla valutazione del fattore concorrono 17 indicatori e riguardano: la presenza di posti auto per disabili, la possibilità per i taxi di parcheggiare in prossimità della struttura, la presenza di sale di attesa, di distributori di acqua, alimenti e bevande, di bagni attrezzati (per disabili e non) e il rilevamento di segni di faticenza.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

**BUONO (IAS medio del fattore = 67) (67 nel 2011)**

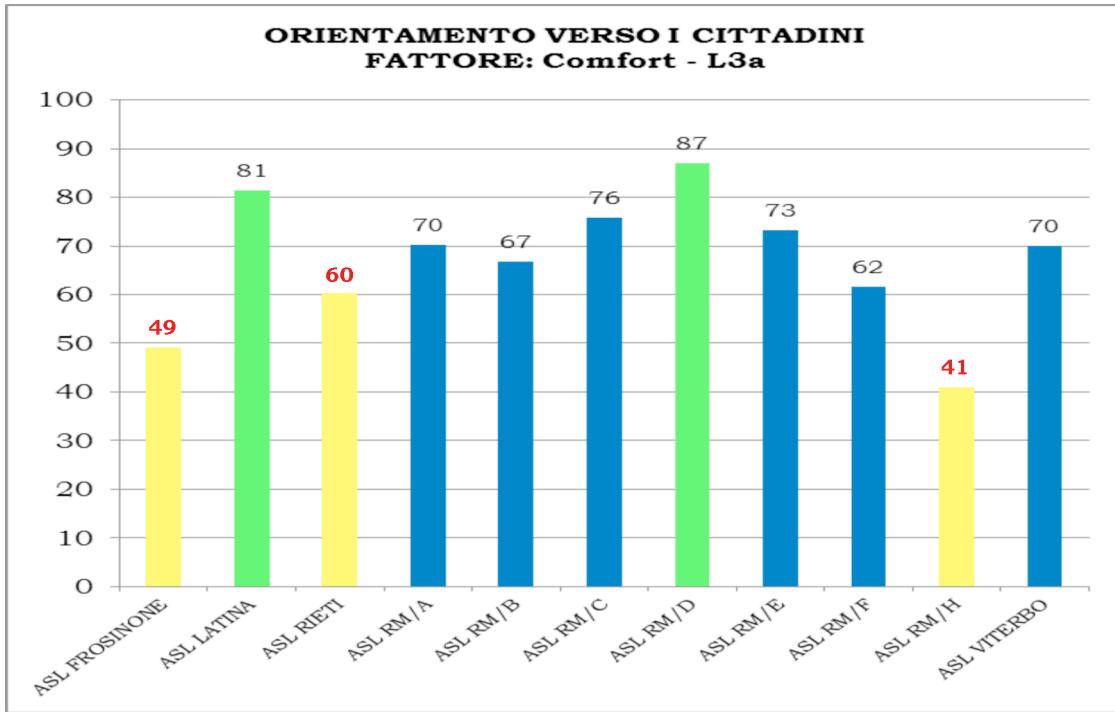


Grafico n. 25 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Prima Componente: Livello dell'Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

L'istogramma evidenzia un andamento non eccessivamente disomogeneo. L'IAS medio è 67: tre strutture ottengono un risultato discreto, due un risultato ottimo e le restanti un IAS buono variabile dal punteggio 62 al 76.

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” – LIVELLO 3a</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto	<b>42</b>	40
Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili	<b>100</b>	100
Spazio d'attesa nella sede di distretto	<b>97</b>	97
Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	<b>5</b>	4
Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	<b>83</b>	86
Bagno per disabili nella sede di distretto	<b>97</b>	85
Bagno per il pubblico nella sede di distretto	<b>100</b>	100
Bagni della sede di distretto dotati di: specchio, dispensatore di sapone, dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda, contenitori portarigiuti, appendiabito	63	65
Gabinetti della sede di distretto dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito	59	54
Rilevamento nella sede di distretto di segni di faticenza alle pareti	-25	-25
Rilevamento nella sede di distretto di vetri rotti	-25	0
Rilevamento nella sede di distretto di finestre che non si chiudono	-25	-25
Rilevamento nella sede di distretto della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	0	0
Rilevamento nella sede di distretto di rifiuti o altro materiale abbandonato	0	0
Rilevamento nella sede di distretto di soffitti e/o muri con ragnatele	-25	-25
Rilevamento nella sede di distretto di rubinetti rotti	-25	-25
Rilevamento nella sede di distretto di servizi igienici fuori uso <sup>12</sup>	-25	-25

Tabella 16 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “*Comfort*”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a) (l’ultima colonna a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Lo standard è pienamente rispettato solo per due indicatori: “*presenza di posti auto all'esterno della Sede di Distretto riservati ai disabili*” e “*bagno per il pubblico*”. Nemmeno l’indicatore “*bagno per disabili all'interno della Sede di Distretto*” ottiene punteggio eccellente. La realtà che ha influito negativamente su tale indicatore è stata la ASL RM H che ottiene un IAS pari a 67, in quanto il distretto H6 Anzio - Nettuno non dispone di tale servizio (di cui dispongono invece le altre due Sedi di Distretto). Le Sedi di Distretto che fanno riferimento alle altre ASL ottengono invece, per tale indicatore, tutti punteggi eccellenti.

L’indicatore “*distributore di acqua gratuita nello spazio di attesa della Sede di Distretto*” ottiene un punteggio decisamente pessimo (IAS = 5), solo il Distretto di Latina mette a disposizione del cittadino tale servizio.

---

<sup>12</sup> Gli indicatori in Rosso rappresentano gli eventi sentinella

Inoltre la “*disponibilità di un parcheggio taxi in prossimità della sede*” è del tutto assente nelle ASL di Frosinone, Viterbo, Rieti e RM F, e la “*presenza di un bagno e un gabinetto adeguatamente attrezzati*” ottengono punteggi rispettivamente buono e discreto.

Alla valutazione del fattore concorrono otto *eventi sentinella* che registrano la presenza di varie tipologie di segni di faticenza e degrado delle strutture ed incidono in maniera significativa sul calcolo dell’IAS poiché generano, eventualmente, l’attribuzione di un punteggio negativo che contribuisce al calcolo della media. Gli unici segni di faticenza assenti in tutte le strutture prese in esame riguardano la presenza nelle stesse di insetti, di rifiuti o altro materiale abbandonato. Segni di faticenza alle pareti sono stati trovati nella ASL di Rieti, della RM A e H; segni alle pareti nella RM B, RM C e RM H; finestre che non si chiudono e presenza di ragnatele su soffitti e/o muri solo nella ASL RM H; rubinetti rotti nella ASL RM F; servizi igienici fuori uso solo nella ASL RM H.

**Punti di forza.** I punti di forza sono costituiti dalla possibilità di parcheggiare all’interno delle Sedi di Distretto, dalla disponibilità di spazi di attesa (che non raggiunge l’eccellenza a causa dell’assenza di tale spazio nel Distretto H6 Anzio Nettuno della ASL RM H), di bagni per disabili e di bagni per il pubblico.

**Aspetti da migliorare.** Ciò su cui si deve intervenire con il lavoro dei Tavoli Misti Permanenti della Partecipazione riguarda certamente la creazione di parcheggi per taxi in prossimità delle sedi di distretto prese in esame, la predisposizione di un distributore di acqua gratuita all’interno della sala di attesa, e il miglioramento dei servizi igienici (le cui condizioni sono piuttosto scarse nella maggior parte delle Sedi di Distretto). Sono in effetti elementi davvero di base, per implementare i quali non occorre un grande investimento.

Ovviamente è ancora più importante intervenire sugli eventi sentinella e attivarsi affinché questi non costituiscano più un aspetto da dover valutare. È assolutamente necessario eliminare qualsiasi tipo di segno di faticenza e degrado strutturale in quanto rappresentano un grande pericolo per i cittadini e rendono meno sicure le strutture sanitarie al loro servizio.

In particolare: la ASL RM A deve intervenire sui segni di faticenza del distretto II – Piazza gentile da Fabriano. La ASL RM B e la ASL RM C sui vetri rotti rispettivamente nel Distretto II – P.zza dei Mirti e Distretto 11. La ASL RM F sui rubinetti rotti nel Distretto F4 Capena. La ASL RM H su: segni di faticenza alle pareti, presenza di ragnatele e servizi igienici rotti nel Distretto H4 Pomezia – Ardea e H6 Anzio – Nettuno (cui si aggiungono finestre che non si chiudono nella struttura). La ASL di Rieti deve infine intervenire sui segni di faticenza alle pareti nel distretto N1 Montepiano Reatino.

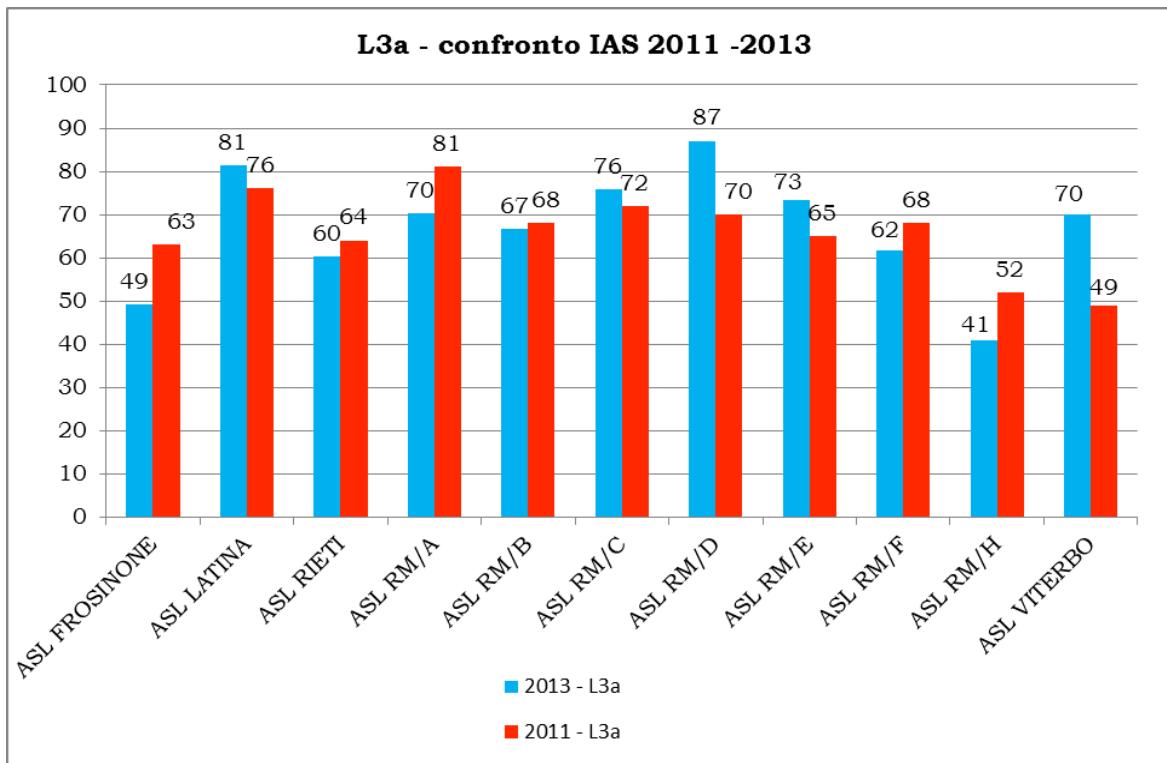


Grafico n. 26 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Comfort*”: Livello Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Rispetto al precedente ciclo di Audit le situazioni che hanno subito un importante cambiamento sono: la ASL di Frosinone, peggiorata da un IAS di 63 ad un IAS di 49, la ASL RM A, passata da un giudizio ottimo ad uno buono, e la ASL RM H, peggiorata ulteriormente rispetto allo scorso anno da un IAS = 52 ad un IAS = 41. I miglioramenti più significativi si sono verificati nella ASL RM E, nella ASL di Viterbo e ASL RM D.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

L'indicatore “comfort” nei Poliambulatori osservati è mediamente buono con un punteggio medio del fattore pari a 64 e gli elementi indagati sono gli stessi che abbiamo visto per le Sedi di Distretto.

**BUONO (IAS medio del fattore = 64) (61 nel 2011)**

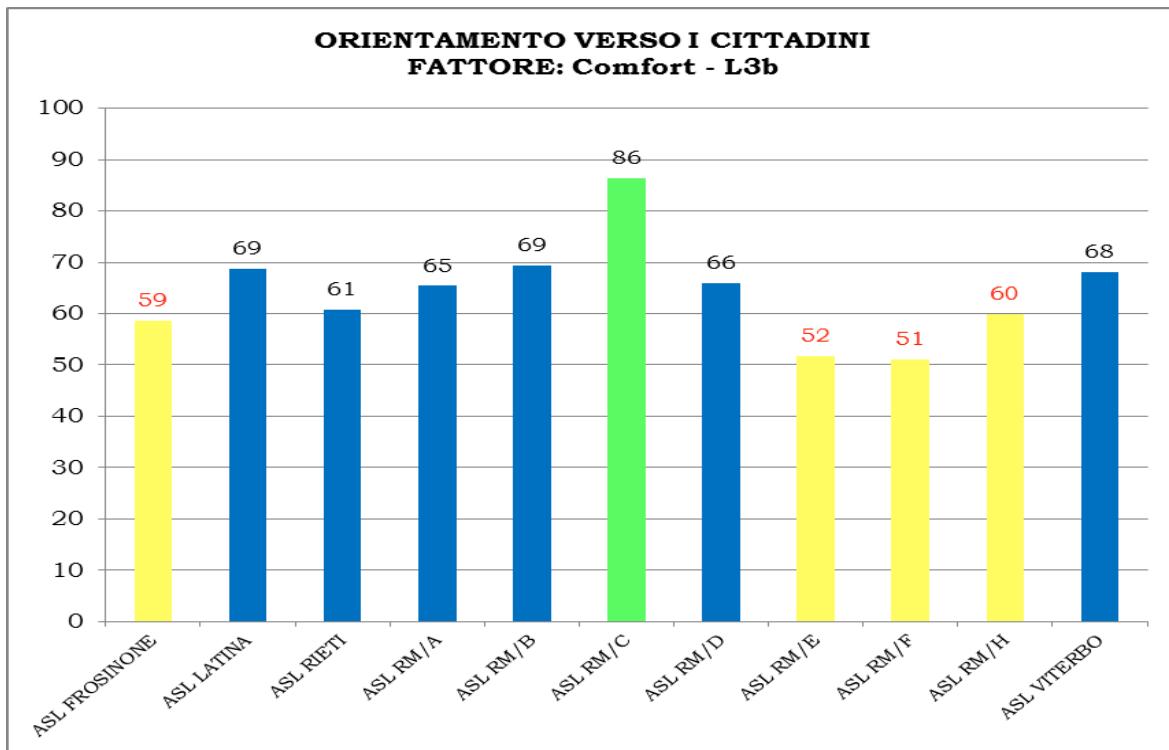


Grafico n. 27 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Prima Componente: Livello dell'Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Come evidenziato dal grafico le realtà di Frosinone, della RM H, RM F, e RM E ottengono punteggi discreti mentre le restanti ottengono punteggi buoni ad eccezione della ASL RM C che raggiunge un punteggio ottimo.

Gli elementi valutati attraverso il terzo fattore della Prima Componente sono i seguenti:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” – LIVELLO 3b</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Parcheggio taxi in prossimità della sede di poliambulatorio	<b>31</b>	37
Posti auto all'esterno della sede di poliambulatorio riservati a disabili	<b>88</b>	96
Spazio d'attesa nella sede di poliambulatorio	<b>88</b>	89
Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di poliambulatorio (presenza al piano)	<b>2</b>	2
Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di poliambulatorio (presenza al piano)	58	62
Bagno per disabili nella sede di poliambulatorio	<b>95</b>	69
Bagno per il pubblico nella sede di poliambulatorio	<b>100</b>	91
Bagni della sede di poliambulatorio dotati di: specchio, dispensatore di sapone, dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda, contenitori portarigiuti, appendiabito	65	70
Gabinetti della sede di poliambulatorio dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito	61	60
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di segni di fatiscenza alle pareti	-25	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di vetri rotti	0	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di finestre che non si chiudono	0	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	0	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di rifiuti o altro materiale abbandonato	0	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di soffitti e/o muri con ragnatele	0	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di rubinetti rotti	-25	-25
Rilevamento nella sede di poliambulatorio di servizi igienici fuori uso <sup>13</sup>	0	-25

Tabella 17 – Elenco degli indicatori valutati con il quarto fattore “Comfort”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b) (l’ultima colonna a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

L'unica eccellenza per gli indicatori è rappresentata dalla disponibilità di bagni pubblici in prossimità della sede poliambulatoriale. Elemento assente nella maggior parte delle strutture indagate è invece la disponibilità di un distributore di acqua gratuita nella sala di attesa. Punteggi ottimi si ottengono con l'indicatore “posti auto all'esterno della sede di poliambulatorio riservati ai disabili” (servizio del tutto assente nella ASL RM E), “spazio di attesa nella sede di poliambulatorio” (assente nel Poliambulatorio di Via Tripoli della ASL RM A, nel Poliambulatorio Etruria della ASL RM F e nel Poliambulatorio Latina Scalo di Latina). Entrambi i fattori ottengono un IAS = 88. Anche l'indicatore “bagno per i disabili nella sede di poliambulatorio” ottiene un punteggio ottimo (IAS = 95).

<sup>13</sup> Gli indicatori in Rosso rappresentano gli eventi sentinella

Risultati buoni, infine, sono ottenuti dalla presenza di distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio di attesa della sede di poliambulatorio (presenza al piano) e dalla dotazione di bagni e gabinetti attrezzati e funzionanti.

Rispetto alla rilevazione di segni di faticenza, questi sono molto meno presenti rispetto alle strutture distrettuali.

**Punti di forza.** Punti di forza sono sicuramente la facilità, per i disabili, di poter parcheggiare in prossimità delle strutture poliambulatoriali indagate, la presenza di spazi destinati all'attesa e la presenza di bagni pubblici all'interno delle stesse.

**Aspetti da migliorare.** Oltre che la predisposizione di un distributore automatico e gratuito di acqua, l'impegno delle aziende dovrebbe essere rivolto alla totale eliminazione di eventi sentinella quali: “*segni di faticenza alle pareti*” (ASL di Rieti – Montepiano Reatino) e “*rubinetti rotti*” (Poliambulatorio Capena ASL RM F) nonché alla predisposizione di un “*parcheggio dedicato ai taxi*”.

Insomma, di nuovo osserviamo che con interventi tutto sommato minori, che però presuppongono attenzione e cultura dedicate ai bisogni degli utenti e ai diritti dei cittadini, si potrebbe facilitare di molto la vita degli stessi nel rapporto con le strutture sanitarie.

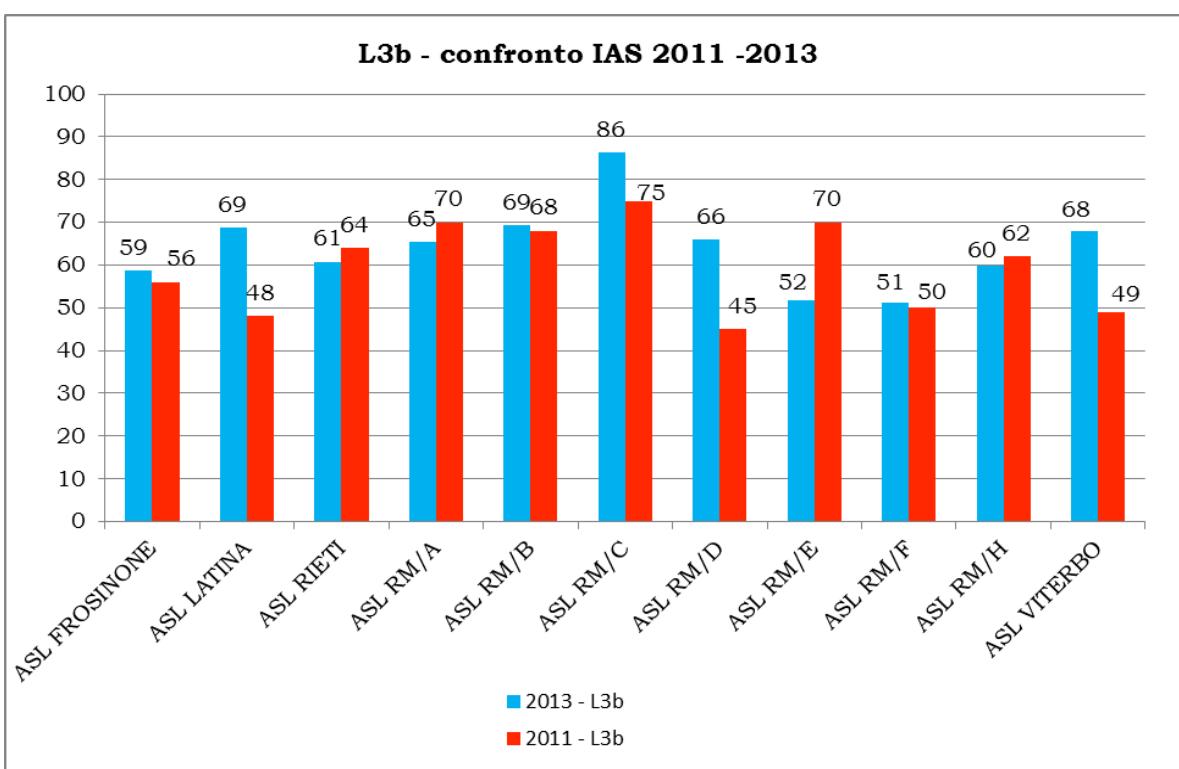


Grafico n. 28 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Comfort*”: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Rispetto alla rilevazione dell’anno precedente, nella metà delle strutture non vi sono stati grandi cambiamenti. La ASL di Latina invece è migliorata decisamente passando da un IAS = 48 a IAS = 69, e lo stesso vale per la ASL di Viterbo, passata da IAS = 49 a IAS = 68, la ASL RM C, da IAS = 75 a IAS = 86,

e ASL RM D IAS = 45 nel 2011 e IAS = 66 nel 2012-2013. Peggioramenti si rilevano invece nella ASL RM A, che tuttavia resta attorno ad un giudizio buono, e nella ASL RM E, passata invece da un giudizio buono (70) ad uno discreto (52).

E' certamente da sottolineare il miglioramento degli eventi sentinella nella maggior parte delle strutture, nonostante qualche segno di faticenza permanga ancora oggi, come è stato precedentemente evidenziato; rispetto allo scorso anno sono avvenuti significativi cambiamenti nella ASL RM B, RM E, RM H e Viterbo.

## **Seconda componente**

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

La Seconda Componente – “*Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario*” si declina nei seguenti cinque fattori:

- 2.6 – Sicurezza dei pazienti
- 2.7 – Sicurezza delle strutture e degli impianti
- 2.8 – Malattie croniche e oncologia
- 2.9 – Gestione del dolore
- 2.10 – Prevenzione

Come strumento di valutazione, anche la Seconda Componente si articola in una serie di indicatori per lo studio approfondito e mirato, sotto diversi aspetti, dell'impegno aziendale rispetto alla promozione di alcune politiche particolarmente rilevanti sul piano sociale e sanitario, quali la sicurezza – intesa come sicurezza dei pazienti e delle strutture -, l'oncologia e la cronicità, la gestione del dolore e la prevenzione. A seguire, le tabelle rispettivamente dedicate ai livelli di analisi (Tab.1), alle classi di punteggio (Tab.2) e ai valori medi degli IAS per i corrispondenti livelli di analisi.

LIVELLI
L1 = Livello Aziendale (Direzione Generale)
L3a = Sedi dei Distretti Sanitari L3b = Poliambulatori

Tabella 18 – Livelli esaminati con la Seconda Componente

<b>CLASSI DI PUNTEGGIO IAS</b> (Indice di Adeguamento agli Standard)	<b>LEGENDA COLORI DELLE TABELLE</b>
<b>IAS 100 – 81 = OTTIMO</b>	
<b>IAS 80 – 61 = BUONO</b>	
<b>IAS 60 – 41 = DISCRETO</b>	
<b>IAS 40 – 21 = SCADENTE</b>	
<b>IAS 20 – 0 = PESSIMO</b>	

Tabella 19 - equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi

<b>Seconda componente: Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>MEDIO</b>
				<b>83</b>
<b>FATTORI</b>				
2.6 Sicurezza dei pazienti	96	/	/	<b>96</b>
2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti	93	89	88	<b>93</b>
2.8 Malattie croniche e oncologia	80	/	/	<b>80</b>
2.9 Gestione del dolore	78	/	/	<b>78</b>
2.10 Prevenzione	73	78	71	<b>75</b>

Tabella 20 - Valori medi di L1, L3a, L3b relativamente ai fattori della Seconda Componente

L'impegno delle aziende nel promuovere alcune politiche rilevanti sul piano sociale e sanitario è stato studiato al Livello Aziendale (L1) per tutti i fattori e al Livello dell'Assistenza Territoriale e delle Cure Primarie (L3a e L3b) solo con riferimento ai fattori 2.7 e 2.10 sopra citati.

La Seconda Componente ottiene mediamente un punteggio complessivo *ottimo*, corrispondente ad un IAS del valore di 84 (graf.29). Il fattore con il valore medio più basso, comunque buono, è quello relativo alla "Prevenzione" (IAS 75). D'altra parte, l'Indice di Adeguamento agli Standard maggiore corrisponde al fattore della "sicurezza dei pazienti" con un valore pari a 96 (Tab.20). A livello generale, si evidenzia che ad un giudizio ottimo in merito alla "sicurezza dei pazienti" e alla "sicurezza di impianti e strutture", si associa un giudizio comunque buono, anche se non eccellente, in merito ai fattori

relativi alle “*malattie croniche e oncologia*”, alla “*gestione del dolore*” e, soprattutto, alla “*prevenzione*”. Se dunque l’andamento medio degli IAS dei singoli fattori della Seconda Componente restituisce, in via generale, un giudizio ottimo, si rileva una valutazione mediamente inferiore sul fronte della prevenzione, individuabile come area che richiede, fra tutti quelli analizzati, un maggior impegno aziendale nella promozione di politiche pertinenti.

Il grafico di seguito riportato rappresenta i valori medi IAS per le 21 strutture sanitarie studiate nella Seconda Componente:

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 84) (78 nel 2011)**

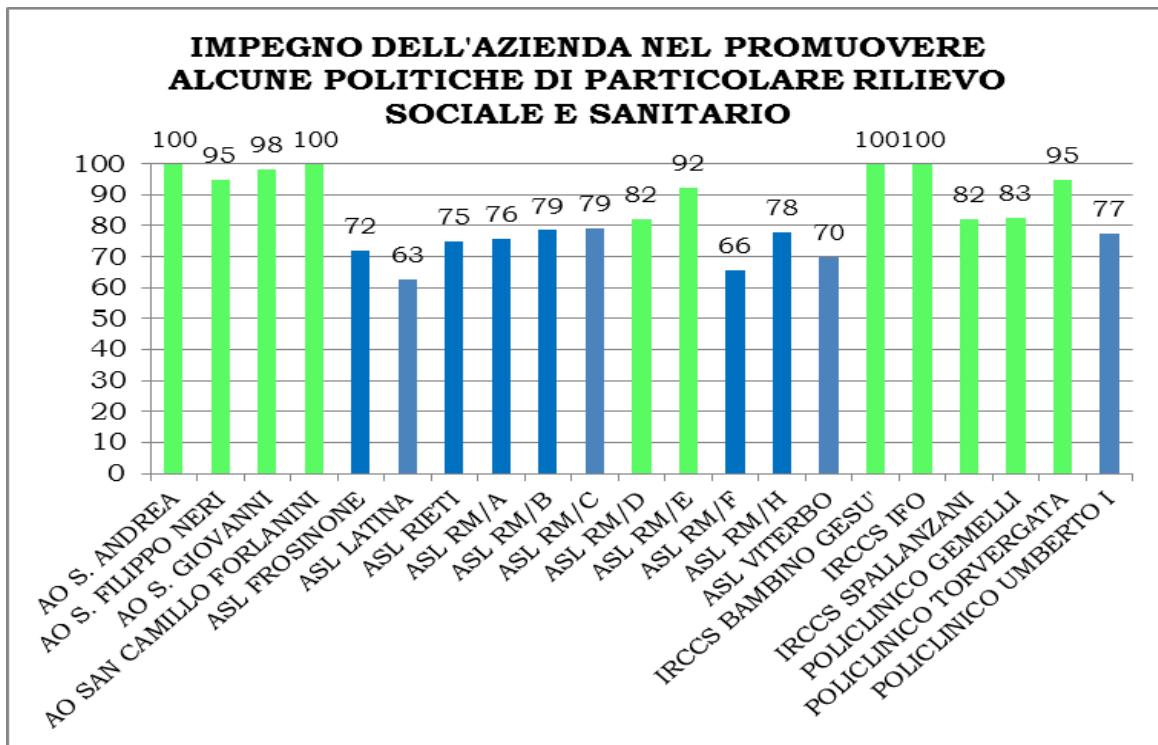


Grafico n. 29 – Confronto dell’andamento degli IAS della Seconda Componente “*Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario*”: Livello Aziendale e Assistenza Territoriale

Nel grafico è riportata una sintesi generale della situazione di tutte le strutture sanitarie esaminate con riferimento alla Seconda Componente. La valutazione del ciclo 2012-13 si sostanzia in una omogenea ripartizione, tra i livelli buono ed ottimo, delle strutture studiate. Rimangono aree di miglioramento.

### Fattore “Sicurezza dei pazienti”

Con un valore medio del IAS pari a 96, il fattore Sicurezza dei pazienti rappresenta sicuramente un punto di forza nel quadro valutativo dei fattori della Seconda Componente, relativamente al livello di applicazione L1 – Aziendale. Con riferimento al livello di osservazione aziendale, l’andamento dell’IAS medio per il fattore “*Sicurezza dei pazienti*” fa registrare un incremento

del suo valore rispetto alla valutazione fatta per l'annualità 2011 (IAS medio del fattore per L1: 96 nel 2013 in confronto al 92 nel 2011).

### **Livello aziendale**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 96) (92 nel 2011)**

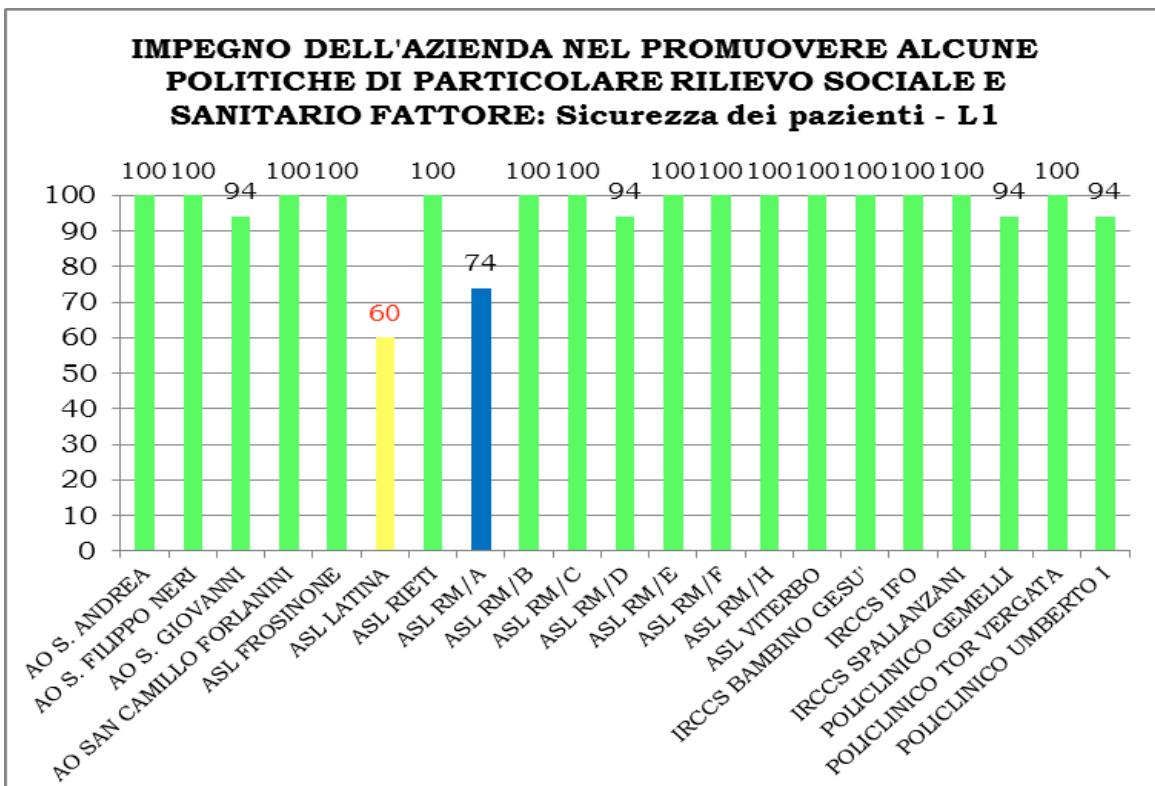


Grafico n. 30 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Sicurezza dei pazienti*” – Seconda Componente: Livello Aziendale e Assistenza territoriale

Dal grafico appare chiaro che la maggior parte delle strutture prese in esame si attesta su un punteggio *ottimo*. L'unica eccezione è rappresentata dalla ASL di Latina: ottiene l'IAS più basso pari a 60, fermandosi ad un giudizio discreto: pesano su di esso le rilevazioni nulle derivanti dalla valutazione di due indicatori specifici del fattore in esame: “*svolgimento di corsi di formazione specifici per gli operatori sanitari sulla sicurezza dei pazienti*” e “*presenza effettiva di procedure scritte per la segnalazione da parte dei pazienti e delle famiglie di eventi avversi, con possibilità di assistenza immediata*”.

Gli indicatori attraverso cui è analizzato il Primo Fattore per il Livello Aziendale sono elencati nella tabella seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DEI PAZIENTI” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico	100	100
Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere	100	100
Comitato per il buon uso del sangue	95	95
Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari	95	91
Procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con Assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso	88	69

Tabella 21 – Elenco degli indicatori valutati con il Primo Fattore “*Sicurezza dei Pazienti*” – Seconda Componente: Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Con un IAS medio di 96, il fattore “*Sicurezza dei pazienti*” rappresenta un punto di forza per il livello di osservazione L1 – Livello Aziendale. Rispetto all’omologo valore valutato nel precedente ciclo regionale di Audit 2011 (IAS medio 92) si assiste ad una conferma dell’ottima valutazione alla quale si associa un raggardevole miglioramento, in valore assoluto, rispetto al precedente ciclo di Audit civico. Scendendo nel dettaglio, l’analisi nominale delle specifiche strutture esaminate rileva diversi incrementi, a sostegno di un generale miglioramento dell’andamento medio di questo Primo Fattore nella valutazione temporale comparata tra il ciclo 2011 e quello presente 2013. Fra gli incrementi più significativi si segnala la ASL di Rieti (IAS medio 100 nel 2013 da un valore di 60 nel 2011).

**Punti di forza.** Osservando i punteggi medi dei cinque indicatori che concorrono alla valutazione del Primo Fattore, emerge una valutazione complessiva assai buona, che restituisce quindi un indubbio risultato positivo per la totalità delle ventuno strutture del Livello Aziendale. Quelli che in assoluto possono essere segnalati come punti di forza sono gli IAS pari a 100 dei primi due indicatori (Tab.21): in entrambi i casi, tutte le 21 strutture sanitarie rispettano pienamente lo standard per quanto concerne la “*presenza di una funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico*” e della “*Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere*”, in linea di continuità con la rilevazione fatta nel precedente ciclo di Audit civico 2011. Il risultato è particolarmente positivo, se lo si considera come ulteriore passaggio rafforzativo di una situazione già ottima nella precedente valutazione del ciclo 2011.

**Aspetti da migliorare.** Sebbene l’andamento complessivo degli Indici di Adeguamento agli Standard dei diversi indicatori esaminati sia complessivamente piuttosto soddisfacente ed omogeneo, interventi più incisivi, nei tre casi dell’AO San Giovanni, della ASL RM A e della ASL RM D (IAS = 70), potrebbero certamente apportare un ulteriore miglioramento con un rafforzamento delle procedure scritte – a garanzia del paziente e della famiglia – finalizzate alle segnalazioni di eventi avversi (IAS medio = 88).

### Fattore “*Sicurezza delle strutture e degli impianti*”

Anche il fattore “*sicurezza delle strutture e degli impianti*” rappresenta un punto di forza nel quadro valutativo dei fattori della Seconda Componente

ottenendo un IAS pari a 93. In particolare, il Livello Aziendale ottiene un giudizio decisamente ottimo per tale fattore con l'IAS maggiore rispetto alle Sedi di Distretto (IAS = 89) e ai Poliambulatori (88).

Il grafico che segue illustra una visione d'insieme dei valori dell'Indice di Adeguamento agli Standard rispetto ai tre livelli indagati (L1, L3a, L3b).

#### OTTIMO (IAS medio del fattore = 93) (85 nel 2011)

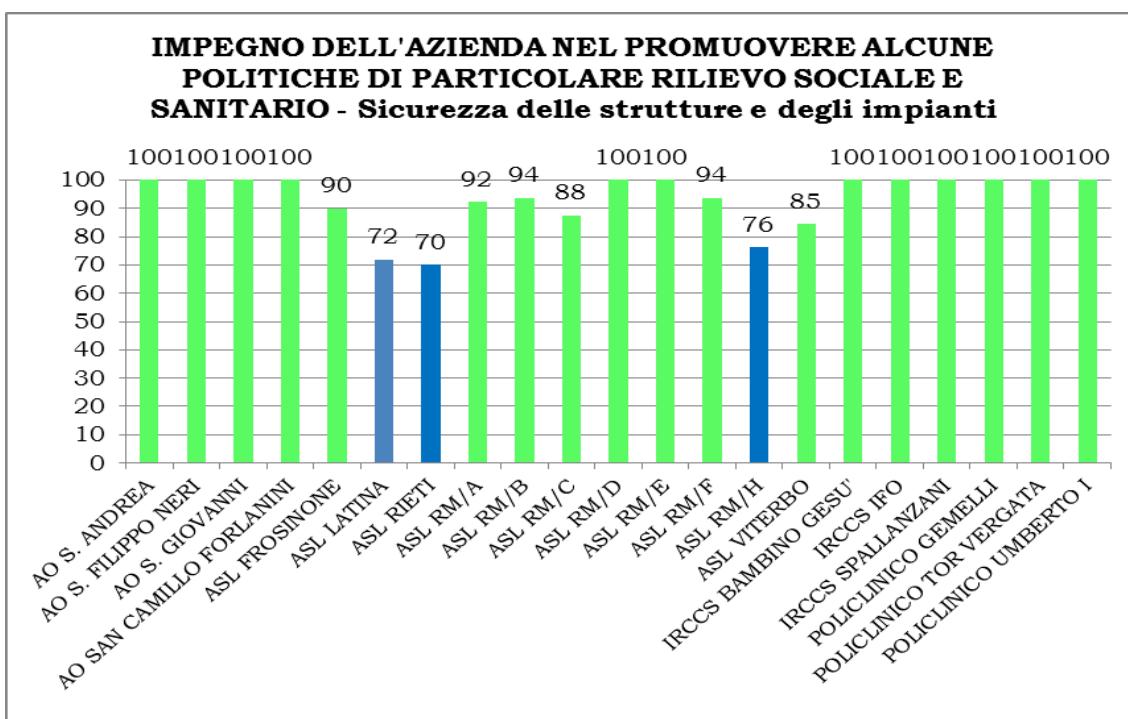


Grafico n. 31 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente: Livello Aziendale e Assistenza territoriale

Dal grafico si rileva l'andamento più che ottimo per molte strutture (dodici strutture su ventuno raggiungono pienamente lo standard) e solo per tre strutture un andamento buono. Non vi sono quindi situazioni delicate e, in via generale, le strutture sanitarie negli anni si sono attrezzate per garantire la sicurezza delle sedi e degli impianti.

## **Livello Aziendale**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 93) (98 nel 2011)**

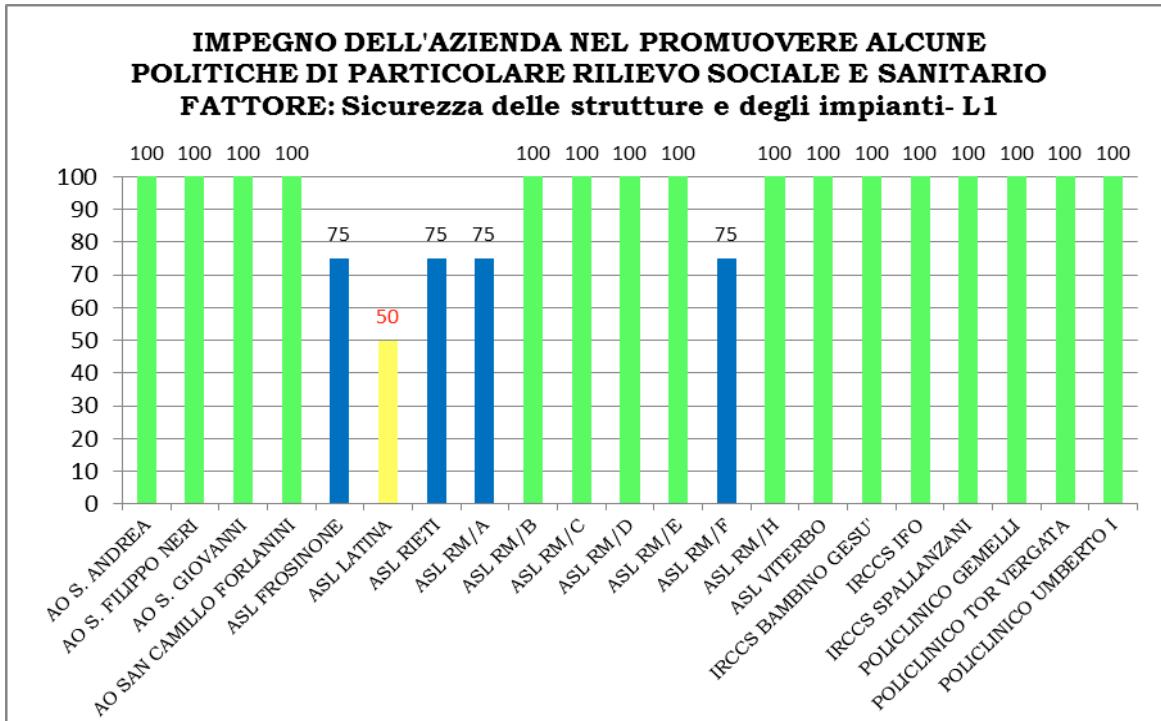


Grafico n. 32 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente: Livello Aziendale

Come si evince dall’istogramma, il Livello aziendale raggiunge pienamente lo standard di eccellenza con sedici strutture, quattro Aziende Sanitarie ottengono un punteggio buono ed esclusivamente la realtà di Latina ha un punteggio solo discreto con un IAS = 50.

Gli indicatori presi in considerazione sono i seguenti:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” - LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini	<b>100</b>	<b>100</b>
Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi due anni rivolti a operatori sanitari o ad altre figure professionali dell’azienda	<b>95</b>	<b>95</b>
Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)	<b>95</b>	<b>95</b>
Servizio di ingegneria clinica	<b>81</b>	<b>91</b>

Tabella 22 – Elenco degli indicatori valutati con il Secondo Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente: Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

L'indicatore “*contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini*” ottiene un punteggio eccellente in tutte le strutture, gli indicatori “*corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi due anni rivolti a operatori sanitari o ad altre figure professionali dell’azienda*” e “*documento di valutazione dei rischi*” non raggiungono l'eccellenza in quanto assenti nella ASL di Latina, mentre l'indicatore “*Servizio di ingegneria clinica*” raggiunge l'IAS minore a causa della mancanza di tale servizio nella ASL di Frosinone, di Rieti, nella RM A e RM F.

**Aspetti da migliorare.** Implementare il servizio di ingegneria clinica affinché sia presente in tutte le strutture.

#### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

Il fattore “*Sicurezza e struttura degli impianti*” ottiene per il livello distrettuale un punteggio ottimo con un IAS = 89. L'andamento degli IAS in base alle strutture è il seguente:

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 89) (79 nel 2011)**

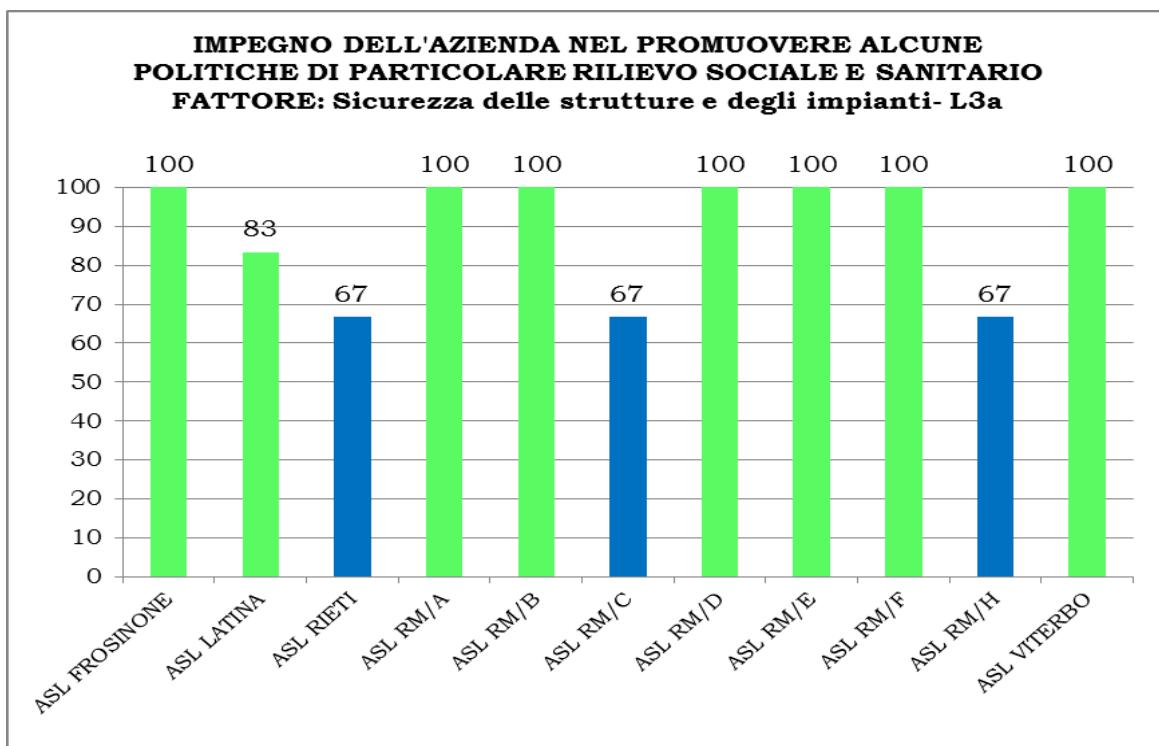


Grafico n. 33 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Sicurezza delle strutture e degli impianti*” – Seconda Componente: Livello di assistenza territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Gli elementi valutati sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” – LIVELLO 3a	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto	100	92
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto	91	88
Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto	77	57

Tabella 23 – Elenco degli indicatori valutati con il Secondo Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente per il Livello dell’Assistenza Territoriale – Sedi di Distretto (L3a) (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Come per il livello aziendale, la ASL RM B, RM D, RM E e Viterbo ottengono nuovamente punteggi eccellenti. Le realtà più deboli in questo caso sono la ASL di Rieti, la ASL RMC e la ASL RM H, tutte con un IAS = 67. In particolare la ASL di Rieti non dispone nel Distretto Montepiano Reatino della segnaletica per l’individuazione degli estintori nella sede, mentre le sedi distrettuali della ASL RM C e RM H non dispongono della piantina di evacuazione nella sede di distretto. La ASL di Latina si colloca tra i valori ottimi con un IAS pari a 83. Suo unico punto debole è l’assenza di una piantina del piano di evacuazione nella sede di Distretto di Aprilia.

**Aspetti da migliorare.** Dal momento che i punti di forza delle strutture sono evidenti e non necessitano di ulteriori riflessioni, ci concentriamo sugli aspetti da migliorare: appare chiaro che alcune aziende debbano urgentemente attivarsi per munire le sedi di Distretto di loro appartenenza di una “piantina del Piano di Evacuazione della Sede”. Tale “criticità” era stata riscontrata anche lo scorso anno, e fortunatamente già si sono verificati importanti cambiamenti in quanto il valore IAS nel 2011 risultava essere solo discreto (IAS = 57), anche se nel caso di questo indicatore non ci si può aspettare meno di 100.

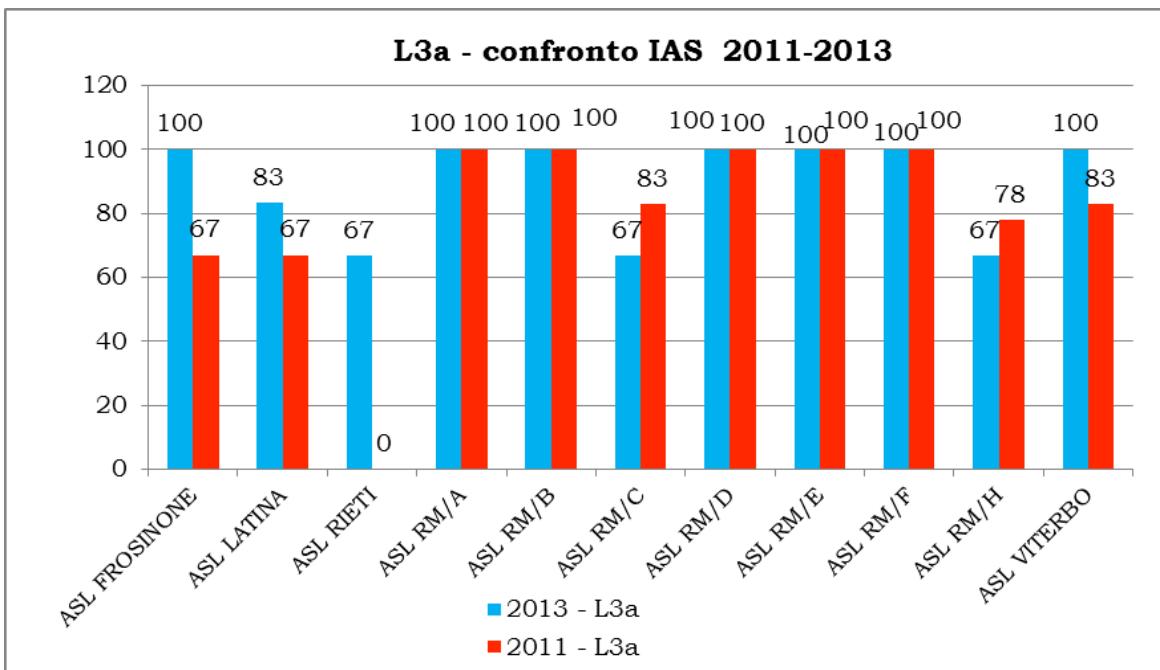


Grafico n. 34 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente per il Livello dell’Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Dal grafico emergono soprattutto sostanziali peggioramenti in due strutture: ASL RM C, passata da un IAS = 83 a un IAS = 67, e la ASL RM H passata invece da un IAS = 78 a un IAS = 67. Rilevanti miglioramenti si sono avuti invece nei distretti della ASL di Frosinone (da 67 a 100), della ASL di Latina (da 67 a 83), e delle ASL di Viterbo (da 83 a 100) e diRieti (da 0 a 67).

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori**

Anche a livello dei Poliambulatori il fattore ottiene un risultato ottimo con un IAS medio pari a 88.

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 88) (71 nel 2011)**

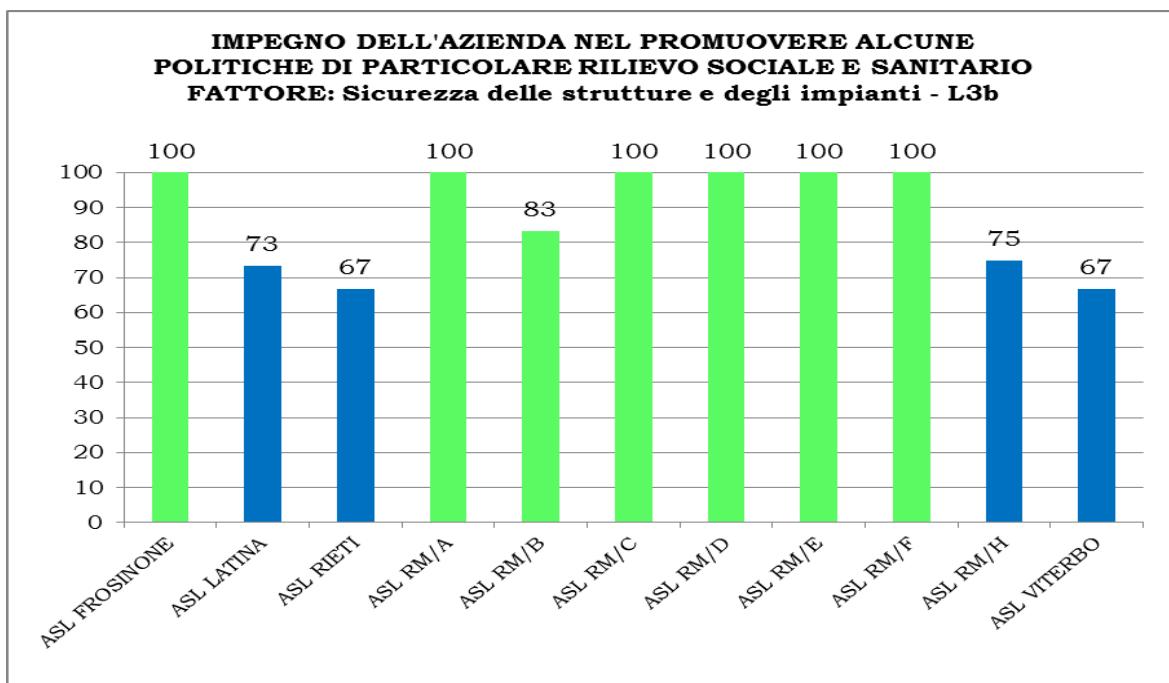


Grafico n. 35 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente: Livello di assistenza territoriale, Poliambulatori (L3b)

L'istogramma rappresenta una situazione decisamente buona con sei eccellenze, un valore ottimo e quattro punteggi buoni. Gli indicatori indagati sono quelli precedentemente visti per le Sedi di Distretto ma si riportano di seguito, con i relativi punteggi, per comodità del lettore:

Gli elementi valutati sono i seguenti

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI” – LIVELLO 3b	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del poliambulatorio	91	78
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio	100	87
Piantina di piano di evacuazione nella sede del poliambulatorio	72	50

Tabella 24 – Elenco degli indicatori valutati con il Secondo Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Seconda Componente: Livello dell'Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b) (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

Come è possibile notare, per i Poliambulatori il punto di forza non è più costituito dal primo indicatore quanto piuttosto dal secondo. La “segnalética per le vie di fuga nella sede” viene infatti a mancare nel Poliambulatorio di Latina Borgo Sabotino, nel Poliambulatorio della ASL RM H di Ardea e nel Poliambulatorio di Orte della ASL di Viterbo. Questo determina un valore certamente elevato ma non eccellente.

**Aspetti da migliorare.** Come per i Distretti, anche per i Poliambulatori l’elemento da migliorare è sicuramente la creazione di una piantina del piano di evacuazione nella sede del Poliambulatorio presente solo nelle sedi poliambulatoriali di sei strutture su undici.

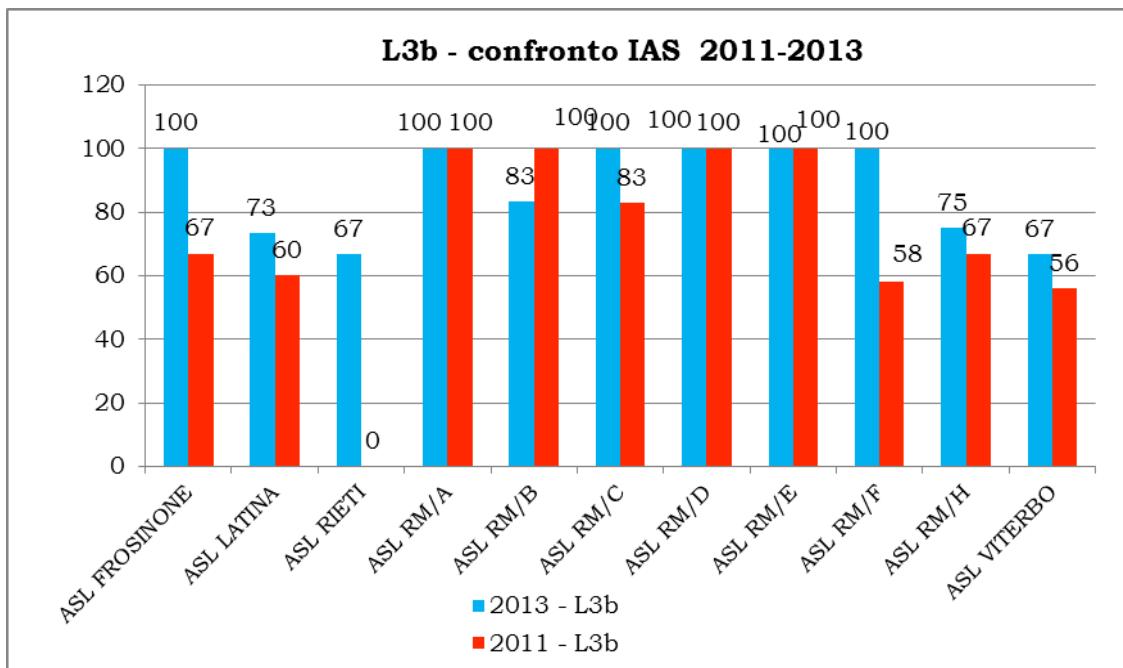


Grafico n. 36 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” - Seconda Componente per il Livello dell’Assistenza Territoriale – Poliambulatori (L3b)

Rispetto allo scorso ciclo di Audit, il valore medio del fattore è migliorato passando da un IAS medio buono ad un IAS ottimo. Anche lo scorso anno punto di debolezza era costituito dall’assenza di una piantina del piano di evacuazione, il punteggio medio era tuttavia nettamente inferiore (IAS = 50) se messo a confronto con quello ottenuto oggi.

Tendenzialmente le aziende hanno messo in atto importanti miglioramenti (vd. ASL Rieti), l’unica ASL che ha visto peggiorare le sue strutture poliambulatoriali è stata la ASL RM B, passata da una valore medio eccellente (100) ad uno ottimo (83).

### Fattore “Malattie croniche e oncologia”

Il fattore “*Malattie croniche e oncologia*” ottiene un IAS medio pari a 80 ottenendo un giudizio molto buono e appena al di sotto di ottimo. Il risultato si allinea allo stesso giudizio buono rilevato nel precedente ciclo di Audit civico regionale in Sanità 2011 (IAS medio=80).

Il fattore in esame è studiato con riferimento al solo livello di osservazione aziendale (L1). Le ventuno strutture sanitarie afferenti a tale livello sono riportate nel grafico che segue, dove si indica per ciascuna di esse il corrispondente valore del IAS medio, con riferimento all'analisi del Fattore "Malattie croniche e oncologia" come criterio valutativo dell'impegno dell'azienda nel promuovere politiche di rilievo sociale e sanitario pertinenti.

#### **BUONO (IAS medio del fattore = 80) (80 nel 2011)**

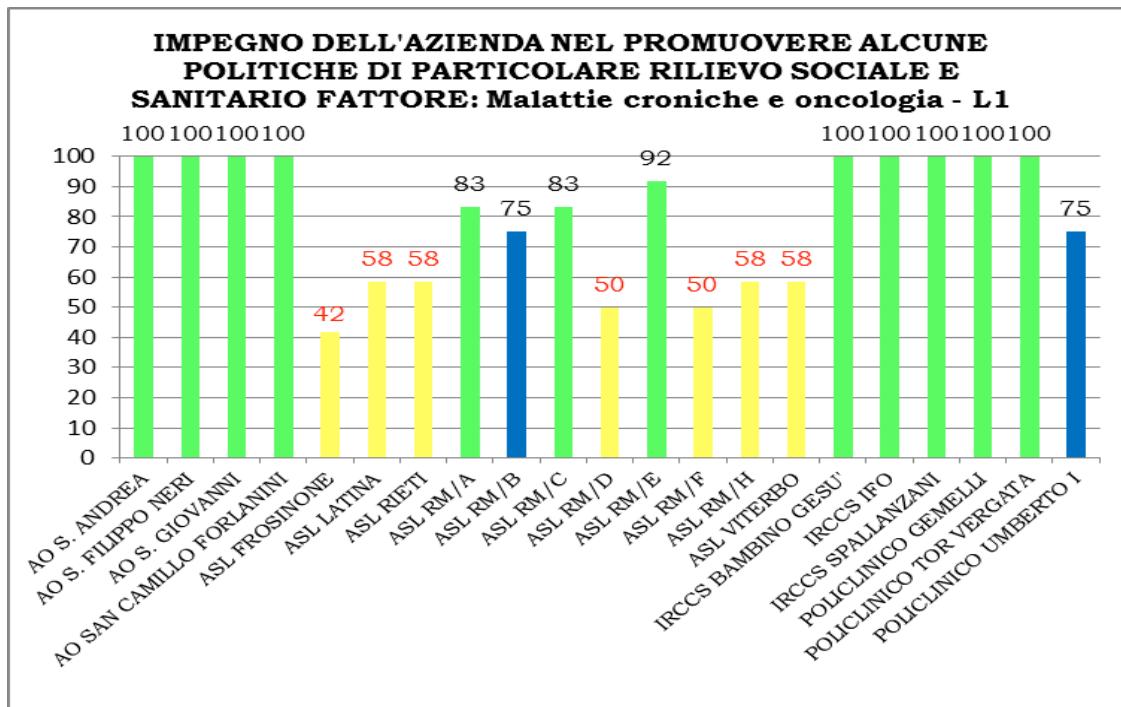


Grafico n. 37 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Malattie croniche e oncologia" – Seconda Componente: Livello Aziendale

Dal grafico si evince che, sul totale delle ventuno strutture sanitarie analizzate, più della metà di esse (precisamente 12) ottiene un valore medio IAS molto alto che si colloca - in maniera mediamente omogenea - nella fascia di giudizio ottimo. Di esse la maggior parte raggiunge inoltre l'eccellenza. Due sole strutture sanitarie si attestano su un livello buono di valutazione: ASL RMB e Policlinico Umberto I (entrambe IAS = 75). Le restanti 7 strutture esaminate ottengono punteggi solo discreti. La struttura che, da questo punto di vista, fa registrare l'IAS più basso è la ASL di Frosinone (IAS 42). Tre strutture fanno registrare una positiva tendenza migliorativa rispetto alla precedente annualità di valutazione: ASL Latina (IAS 58 nel 2013 e 42 nel 2011), ASL RM A (83 nel 2013 e 67 nel 2011), ASL RM B (75 nel 2013 e 67 nel 2011).

## **Livello aziendale**

Anche lo studio valutativo del fattore “*Malattie croniche e oncologia*” è effettuato attraverso un’analisi dei singoli e specifici indicatori nei quali il fattore stesso si declina. La tabella che segue riporta l’elenco di tali indicatori con l’indicazione del corrispondente IAS medio.

Gli elementi valutati sono i seguenti:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA” – LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche	<b>90</b>	82
Centri di counselling genetico per pazienti con patologie croniche o rare	67	71
Servizio di cure chemioterapiche	<b>95</b>	95
Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)	80	95
Centri di riferimento dell’azienda per la manutenzione di presidi, ausilii e protesi	<b>91</b>	58
Procedure per semplificare l’accesso all’esenzione per patologia	55	67
Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia	55	67
Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi	<b>18</b>	25
Procedure per semplificare l’accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi	<b>27</b>	50
Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti	<b>100</b>	75
Servizio di dialisi domiciliare	55	50
Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati	<b>91</b>	100

Tabella 25 – Elenco degli indicatori valutati con il Terzo Fattore “*Malattie Croniche e Oncologia*” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Alla determinazione di un IAS medio molto buono (80) concorrono gli indici IAS di ciascun indicatore sopra riportato, i quali tuttavia risultano essere assai eterogenei tra di loro. Dall’analisi di questi emerge che tutte le strutture sanitarie prese in esame dispongono di “*procedure per la distribuzione dei presidi presso le sedi*”, peraltro con una periodicità coerente con le esigenze dell’utenza (IAS = 100).

Evidenti criticità si rilevano invece in merito alle “*Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi*”, nonché relativamente alle “*procedure di semplificazione dell’accesso degli utenti al riconoscimento del diritto agli specifici presidi, ausili e protesi*” (i valori IAS, davvero molto bassi, sono pari rispettivamente a 18 e 27). Rispetto al precedente ciclo di valutazione 2011 in cui tutte le aziende considerate disponevano del servizio di “*trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati*”, l’indice IAS pari a 91 dimostra una situazione attuale lievemente meno uniforme (è assente nella ASL di Viterbo). Diversamente dalla precedente annualità, per taluni Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (Bambin

Gesu', IFO, Spallanzani) unitamente ai Policlinici Gemelli, Tor Vergata, Umberto I, non è stata effettuata la rilevazione in questione.

**Punti di forza.** Con un valore medio dell'IAS pari a 95, la disponibilità da parte delle aziende di un "servizio di cure chemioterapiche" si conferma come punto di forza, in piena continuità con la positiva tendenza che l'indicatore aveva già fatto registrare nella rilevazione del 2011. Una buona aderenza agli standard si riscontra anche in relazione ai "percorsi diagnostico terapeutici per la gestione di patologie croniche" (IAS = 80): solo l'IRCCS IFO non dispone di un simile percorso. Tutte le strutture sanitarie studiate rispettano pienamente lo standard che garantisce l' "effettiva presenza di procedure per la distribuzione dei presidi presso le sedi con periodicità adeguate per gli utenti": il corrispondente valore IAS pari a 100 consente di valutare questo aspetto come elemento di eccellenza nel quadro dell'impegno aziendale a promuovere politiche di particolare rilevanza sul piano sanitario e sociale. La quasi totalità delle strutture studiate concorre a determinare un IAS ottimo (90) per ciò che concerne l' "attivazione dei programmi di educazione terapeutica e di autogestione utili ai pazienti affetti da malattie rare".

**Aspetti da migliorare.** Unitamente alle sopra citate criticità, l'analisi valutativa dei singoli indicatori consente di riflettere su ulteriori aspetti che necessitano di interventi migliorativi. Il valore molto basso dell'IAS di riferimento (55) denota una situazione critica per quanto riguarda il "servizio di dialisi domiciliare": ben 5 strutture sulle 11 esaminate non presentano il servizio di dialisi domiciliare (ASL RM A, ASL RM B, ASL RM F, ASL di Latina, e ASL di Viterbo). Se si considera che anche nello scorso ciclo di valutazione del 2011 tale servizio aveva fatto registrare un IAS mediamente basso, con un punteggio solo discreto (50), appare del tutto prioritario un intervento su questo piano da parte dei Tavoli Misti e delle direzioni. Alle strutture facenti riferimento la ASL di Frosinone, di Latina, di Rieti, della RM D, RM E, RM F, RM H e Viterbo è da imputare altresì l'assenza di procedure per semplificare il "coinvolgimento degli utenti del diritto ai presidi, agli ausili e alle protesi", e per la "valutazione degli stessi da parte di ogni specifica utenza di riferimento": questa è un'area importante per l'esercizio dei diritti dei pazienti - cittadini al momento di riferirsi al Servizio Sanitario Regionale.

Un miglioramento si rende necessario infine per le "Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia" e per le "Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia", entrambi gli indicatori ottengono un punteggio medio di 55 e questo è inaccettabile.

## Fattore "Gestione del dolore"

Nell'analisi valutativa dell' "impegno da parte delle aziende sanitarie a promuovere politiche che abbiano rilievo sul piano sociale e sanitario", il fattore di osservazione "Gestione del dolore" ottiene un IAS medio corrispondente ad un giudizio piuttosto buono pari a 78. Studiato su un solo livello di osservazione, quello aziendale (L1), l'andamento di questo Fattore della Seconda Componente fa registrare un miglioramento rispetto al precedente ciclo di valutazione (IAS medio del fattore nel 2011=72). Sul totale delle 21 strutture esaminate, ben 12 fanno registrare un incremento nel rispettivo valore medio dell'IAS: si distinguono, in particolare, la ASL di Latina (IAS medio 73 nel 2013 > 18 nel 2011, la ASL RMA (IAS 73 nel 2013 > 9 nel 2011) ed il Policlinico Torvergata (IAS 80 nel 2013 > 40 nel 2011). Peggiorano invece

la propria condizione cinque delle strutture in esame: in particolare, i due Policlinici Gemelli e Umberto I passano entrambi da un IAS del valore di 100 nel 2011 ad uno pari a 40 nel 2013, facendo registrare i punteggi più bassi nella rilevazione in questione.

### **Livello aziendale**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 78) (72 nel 2011)**

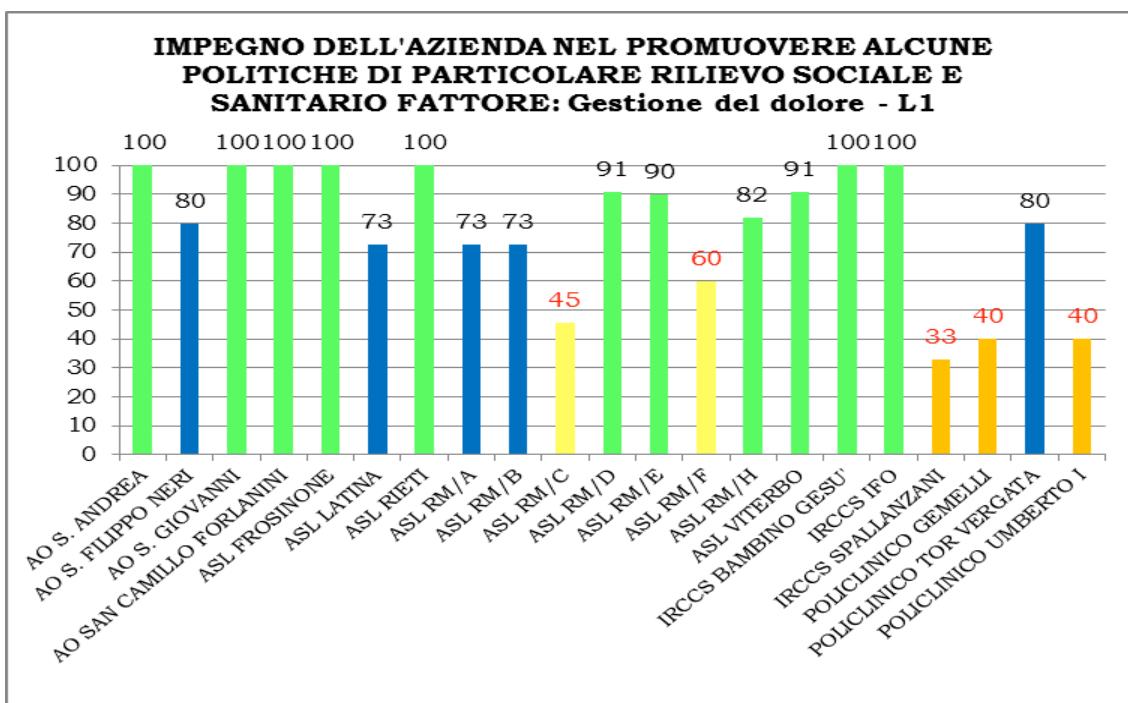


Grafico n. 38 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Gestione del dolore*” – Seconda Componente: Livello Aziendale

Pur ottenendo un punteggio di valutazione buono, la gestione del dolore a livello aziendale riflette una significativa differenza di approccio e attenzione da parte delle varie strutture interessate. Dal grafico emerge che il valore medio dell’IAS pari a 78 deriva in realtà da un andamento piuttosto eterogeneo degli IAS. Studiando l’andamento del fattore relativo alla gestione del dolore fra tutte le strutture osservate, si nota infatti che dodici strutture su 21 ottengono IAS ottimi: di queste, sette raggiungono un punteggio eccellente, rispettando pienamente tutti gli standard considerati. Delle cinque strutture che ottengono un IAS buono, ben quattro fanno rilevare un Indice di Adeguamento agli Standard migliore rispetto al fattore considerato nella precedente annualità di valutazione: ASL Latina (18 nel 2011), ASL RM A (9 nel 2011), ASL RM B (64 nel 2011) e Policlinico Torvergata (40 nel 2011). I due risultati discreti della ASL RM C e della ASL RM F pesano particolarmente se si inseriscono in peggioramento nominale, di ciascuna delle due aziende sanitarie locali, rispetto ai rispettivi IAS calcolati nell’annualità 2011 (rispettivamente 100 e 82, nel 2011). Come si evince dal grafico inoltre la struttura con valore peggiore risulta essere l’IRCCS Spallanzani (IAS pari a 33), seguito da Policlinico Gemelli e Policlinico Umberto I con IAS pari a 40.

Lo studio del fattore relativo alla gestione del dolore sul livello di osservazione aziendale si declina nella analisi dell'andamento dei singoli IAS relativi a ciascuno degli indicatori che si riferiscono al fattore in esame. Questi indicatori sono nello specifico:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “GESTIONE DEL DOLORE” – LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari	<b>100</b>	97
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio	75	57
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital	68	60
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)	<b>82</b>	83
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)	<b>91</b>	53
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale	<b>86</b>	77
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale	<b>90</b>	86
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso	70	65
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice	<b>90</b>	58
Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni	73	50
Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni	55	25

Tabella 26 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “Gestione del dolore” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

La variabilità nell’andamento medio del IAS per il fattore “Gestione del dolore” si riflette anche a livello degli undici indicatori che concorrono ad una valutazione più dettagliata di esso. Nonostante un ampio range di variabilità (IAS tra 65 e 100), si rilevano nel complesso dei valori molto buoni su due precisi aspetti della gestione del dolore nella rilevazione attinente al livello aziendale: la quasi totalità delle strutture sanitarie studiate presenta una più che buona aderenza allo standard relativo “alla gestione del dolore nelle cure palliative” e, per altro verso, buoni punteggi si registrano anche per ciò che concerne la “presenza di linee guida per il controllo del dolore del paziente trattati e assistiti ai vari livelli” (ambulatoriale, ricovero ospedaliero, Pronto Soccorso, Hospice). Su un solo indicatore le strutture si conformano pienamente nel rispetto dello standard considerato: il valore IAS pari a 100 testimonia una universale presenza di strutture per le cure palliative nell’ambito delle cure domiciliari.

L’unico risultato critico mette in rilievo un livello di valutazione solo discreto delle iniziative volte a “creare valutatori e ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dei dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni” (IAS 55). La valutazione 2012-13 restituisce tuttavia un valore medio maggiore rispetto al ciclo di Audit civico 2011 (IAS medio 25), ma rimangono molti spazi di miglioramento su un tema così delicato.

**Punti di forza.** Il comparto della gestione del dolore relativamente alle cure palliative costituisce nel suo insieme un punto di forza, peraltro confermando la già buona valutazione ottenuta nel ciclo di Audit civico 2011. Nel quadro del presente ciclo di valutazione, si segnala inoltre un miglioramento relativo di un aspetto specifico già valutato come buono anche nella scorsa rilevazione: tutte le Aziende Sanitarie Locali analizzate dispongono di “*strutture per le cure palliative a livello domiciliare*” (nel 2011 erano 11 su 12): tutte le strutture sanitarie analizzate raggiungono lo standard, e questo, dal punto di vista civico, è un importante risultato. I valori degli IAS riportati in Tabella 26 dimostrano una forte presenza di linee guida e protocolli per il controllo del dolore per i pazienti: fra i cinque livelli di assistenza considerati (Tab.26), solo il livello ambulatoriale e quello del Pronto Soccorso presentano margini di miglioramento e quindi di ottimizzazione delle risorse pertinenti.

**Aspetti da migliorare.** L’analisi comparata dell’andamento degli IAS dei singoli indicatori - riportati in tabella 26 - consente di rilevare taluni specifici margini di miglioramento. Pur facendo registrare una completa aderenza allo standard da parte delle strutture nell’ambito delle cure domiciliari, l’area relativa alle “*strutture per le cure palliative*” presenta spazi per un miglioramento nell’ambito ambulatoriale e in quello del ricovero ospedaliero in regime ordinario o di day hospital. Un livello mediamente buono di IAS (70) denota una situazione in cui occorre potenziare la presenza e l’implementazione di “*linee guida e protocolli per il controllo del dolore*” relativamente ai pazienti del Pronto Soccorso: si chiede ai tavoli misti e alle direzioni interessate di dedicare attenzione ed energie a questo intervento.

Una più generale tendenza migliorativa potrebbe essere innescata implementando “*iniziativa volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni*” (IAS = 55). Lo svolgimento effettivo di tali iniziative potrebbe garantire, anche sul fronte della stesura degli opportuni protocolli, atti a disciplinare questo specifico ambito di intervento per la tutela del paziente.

## Fattore “Prevenzione”

Per il fattore “*Prevenzione*” sei aziende ottengono l’eccellenza; tre strutture raggiungono punteggi ottimi: ASL RM H (IAS = 81), ASL RM C (IAS = 83) e ASL RM E (IAS = 87); quattro un punteggio medio buono con un *range* che varia dal valore inferiore della ASL RM A (IAS = 64) al valore maggiore della ASL RM D (IAS = 80); quattro ottengono infine un punteggio solo discreto. Non vi sono situazioni particolarmente critiche, e ciò fa sì che il punteggio medio del fattore sia pari a 75. Nota Bene, le strutture a carattere scientifico ed il San Giovanni non sono stati valutati con questo fattore.

**BUONO (IAS medio del fattore = 75) (68 nel 2011)**

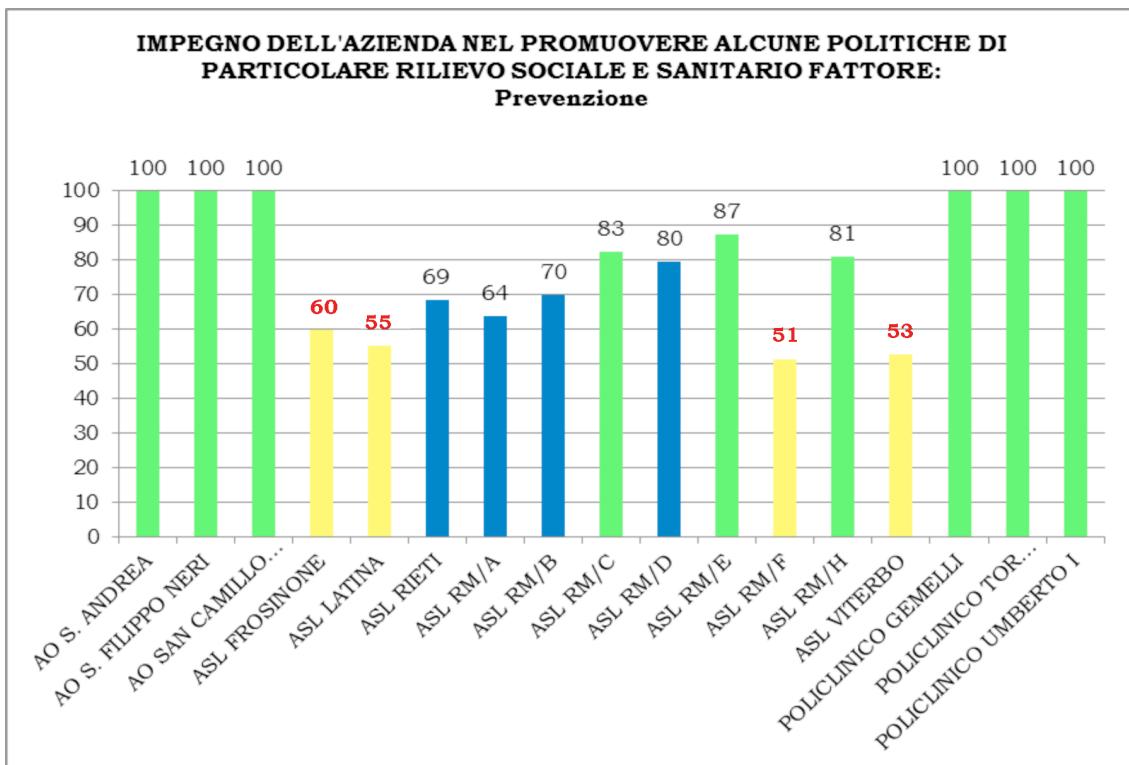


Grafico n. 39 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Prevenzione*” – Seconda Componente: Livello Aziendale e Assistenza territoriale

## **Livello aziendale**

Il livello aziendale ottiene un punteggio buono e leggermente migliore rispetto allo scorso anno: IAS 2011 = 70, IAS 2012-2013 = 73.

**BUONO (IAS medio del fattore = 73) (70 nel 2011)**

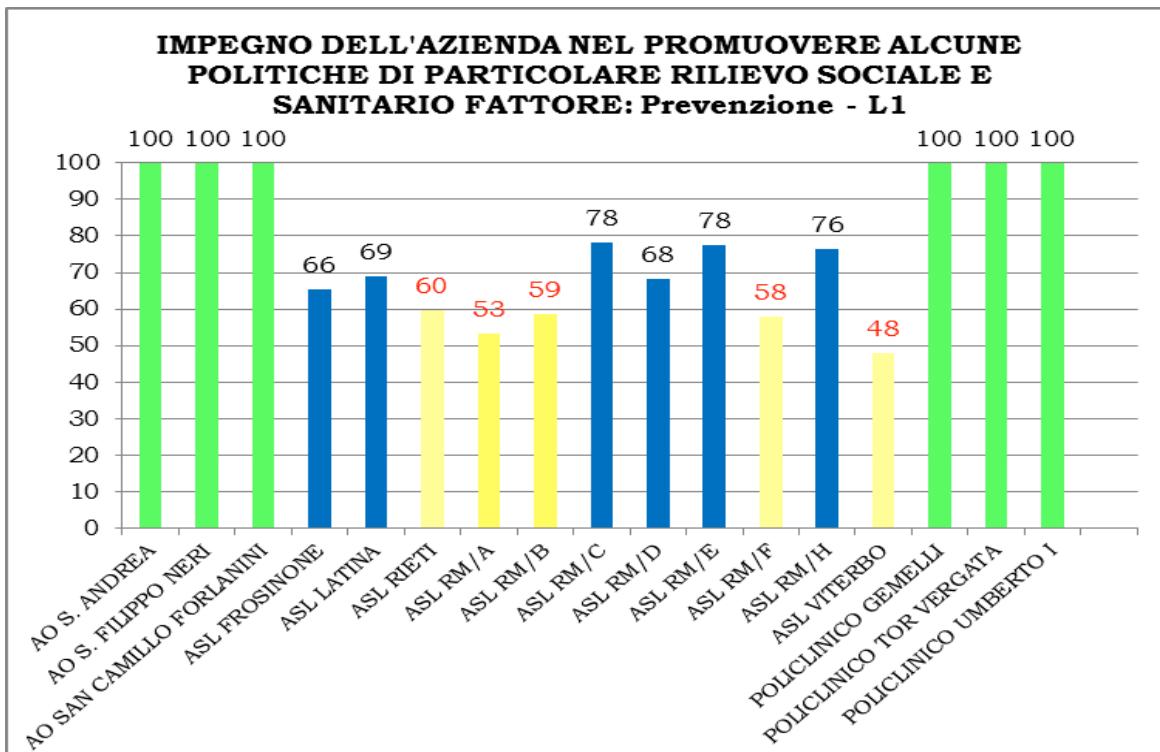


Grafico n. 40 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello aziendale

Gli elementi presi in considerazione sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell’ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118, e personale dei mezzi di soccorso	50	33
Attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell’ictus: interventi formativi; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento rete emergenza; utilizzo algoritmi specifici per il sospetto di ictus per il personale dei mezzi di soccorso, riorientamento di piani di formazione già previsti	33	25
Stroke Unit nell’ospedale della ASL e protocollo di assistenza	10	17
Stroke Unit nell’ospedale della AO e protocollo di assistenza	86	88
Programma di contrasto all’iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi: informazione/comunicazione; interventi di tipo cognitivo comportamentale che coinvolgono anche gli insegnanti; partecipazione al Global Youth Tobacco survey	55	58
Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi:	68	52

- counselling; - farmaci sostitutivi; - altri farmaci; - altri trattamenti		
Programma per la promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività: informazioni alle donne incinte o alle partorienti: opuscoli, lettere; formazione delle ostetriche e delle puericultrici dei punti nascita o dei servizi territoriali; tutoraggio delle neomamme per aiutarle nell'attaccamento al seno; tutoraggio delle mamme con visite a casa nei primi mesi di vita del neonato; monitoraggio su frequenza e durata dell'allattamento al seno	<b>98</b>	<b>98</b>
Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche	<b>82</b>	<b>75</b>
Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale	55	<b>61</b>
Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione	<b>100</b>	<b>58</b>
Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra medicina generale, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste: costruzione di percorsi assistenziali in accordo tra i Centri di diabetologia e i medici di medicina generale; coinvolgimento eventuale dei distretti sanitari; formazione degli operatori sanitari coinvolti nei percorsi assistenziali; registro/database delle persone con diabete; richiamo attivo delle persone con diabete nell'ottica del case management; programma di educazione terapeutica delle persone con diabete; monitoraggio dell'assistenza al diabete attraverso indicatori specifici	69	<b>60</b>
Programma di formazione specifica per i medici di medicina generale sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, ecc)	64	<b>58</b>
Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio	<b>82</b>	<b>58</b>
Programma organizzato di screening mammografico	<b>100</b>	<b>100</b>
Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia	54	<b>58</b>
Programma organizzato di screening con il pap test	<b>91</b>	<b>92</b>
Percentuale di donne che si sottopone al pap test	<b>38</b>	<b>44</b>
Programma organizzato di screening del cancro del colon retto	73	<b>67</b>
Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto	<b>31</b>	<b>38</b>

Tabella 27 – Elenco degli indicatori valutati con il Fattore “Prevenzione” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Come si evince dal precedente grafico e dalla tabella, a parte sei strutture che rispettano pienamente lo standard, le altre undici variano dal discreto al buono. Non vi sono risultati ottimi, pessimi o scadenti.

Gli indicatori che hanno ottenuto il valore IAS minore sono relativi alla “percentuale di donne che si sottopone al pap test” nelle strutture considerate (IAS = 38): in particolare, tale indicatore si presenta in percentuali minori nella ASL RM A (IAS = 16) e nella ASL RM D (IAS = 19), ed in percentuali maggiori

nella ASL RM E che ottiene un valore medio ottimo; e alla percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto (IAS = 31). Entrambi questi indicatori segnano addirittura un peggioramento rispetto all'Audit precedente.

Altri indicatori con valori bassi sono le “*attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus -interventi formativi; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento rete emergenza; utilizzo algoritmi specifici per il sospetto di ictus per il personale dei mezzi di soccorso, riorientamento di piani di formazione già previsti*”- (IAS = 33); la “percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto” (IAS = 31) e la “presenza di reparti di Stroke Unit” nell'ospedale della ASL e protocollo di Assistenza.

Le attività previste nel “*Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus*” ottengono un IAS eccellente solo nella ASL RM B, mentre in cinque casi su dieci il servizio è totalmente assente. La “percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto” è estremamente bassa nella ASL RM A (IAS = 12), ASL RM B (IAS = 22), e ASL di Rieti (IAS = 25), le restanti strutture che offrono il servizio (ASL di latina, RM D, RM E, RM F, RM H) ottengono un punteggio variabile tra l'IAS = 30 ed il 40. L'indicatore con il valore medio peggiore riguarda la “*presenza di un reparto di Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza*”: tale servizio è presente solo nella ASL RM C.

**Aspetti da migliorare.** Rimane perciò un'ampia base di miglioramento in almeno quattro indicatori: su questi temi i tavoli misti di partecipazione e le direzioni devono attivarsi per aumentare il livello di sensibilità relativamente al pap test, alla ricerca di sangue occulto da un lato, e dall'altro nel migliorare l'effettuazione delle attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus e la presenza delle Stroke Unit. Questi fattori sono assolutamente importanti nella prevenzione di patologie gravi di tipo oncologico e nella prevenzione di gravi sequele in caso di ictus.

### **Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto**

Le 24 sedi di Distretto monitorate ottengono un punteggio piuttosto buono (IAS = 78) e sostanzialmente uguale allo scorso anno (IAS = 79). La situazione è alquanto diversificata tra le sedi indagate in quanto sei raggiungono l'eccellenza, una ASL ottiene un valore medio ottimo, due un valore buono mentre la ASL di Frosinone ottiene un valore scadente e la ASL di Latina pessimo. Di seguito si riporta l'istogramma in grado di fornirci il prospetto generale dell'andamento degli IAS.

**BUONO (IAS medio del fattore = 78) (79 nel 2011)**

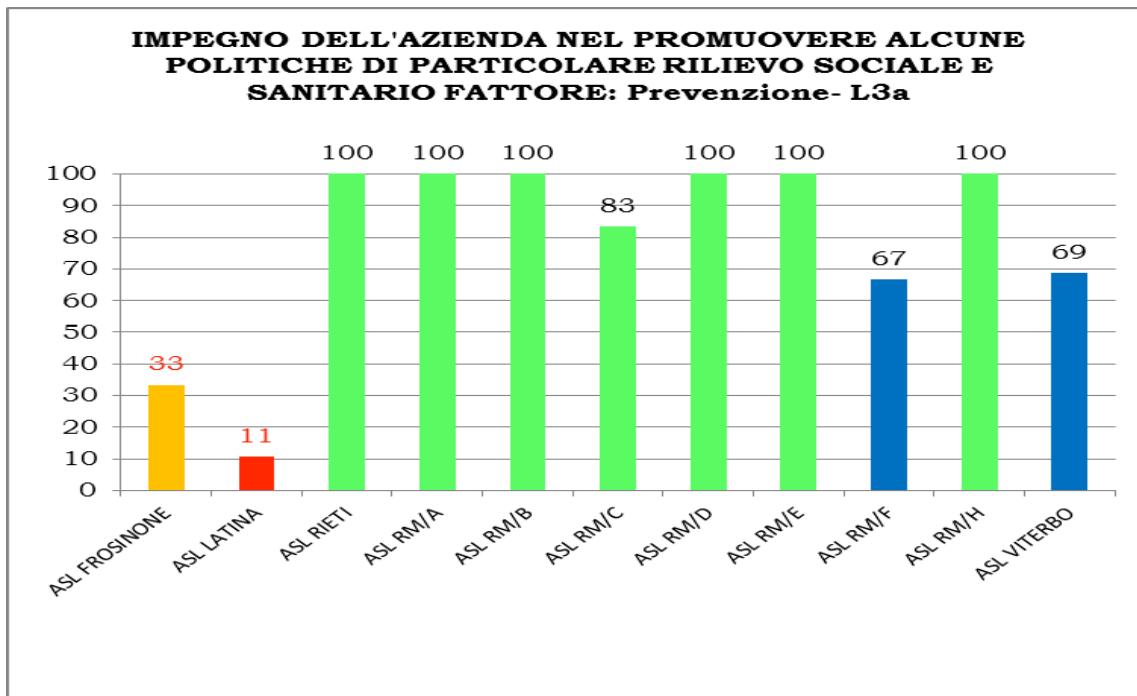


Grafico n. 41 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello di assistenza territoriale: Sedi di Distretto (L3a)

Gli elementi valutati sono i seguenti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” – LIVELLO 3a	IAS MEDI O	IAS MEDI O 2011
Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	82	78
Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da disposizione del mettere a pubblico nei propri studi	82	78
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari	82	95
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano	0	-25

Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posaceneri	- 25	0
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra	- 25	0
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di sigaretta	0	-25

Tabella 28 – Elenco degli indicatori valutati con il Fattore “Prevenzione” – Seconda Componente per il Livello Sedi di Distretto (L3a) (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

I primi tre indicatori ottengono un punteggio ottimo ed omogeneo, in particolare gli indicatori relativi all’ “*invio ai medici di medicina generale ed ai pediatri di materiale informativo sulla prevenzione da esporre al pubblico da parte dell’Azienda*”: questa attività, tuttavia, è del tutto assente nella ASL di Frosinone e di Latina mentre il “*rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell’utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari*” ottiene un valore nullo solo nella ASL RM F.

Il rispetto del divieto di fumo nei locali nelle Sedi di Distretto, indagato con l’assenza di persone che fumano, non viene infine osservato in nessuna delle strutture indagate.

**Punti di forza.** Dall’analisi dell’andamento degli indicatori emerge che l’ “*invio ai medici di medicina generale e ai pediatri da parte dell’Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione, da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi*”, è una modalità di promozione della prevenzione adottata da quasi tutte le ASL e costituisce quindi un punto di forza.

**Aspetti da migliorare.** Nonostante la presenza di cartelli regolamentari occorre porre maggiore attenzione al rispetto del divieto di fumo nonché dei non fumatori che si trovano nelle Sedi di Distretto. In particolare risulta necessario eliminare totalmente la presenza di mozziconi di sigaretta dal suolo della ASL di Viterbo.

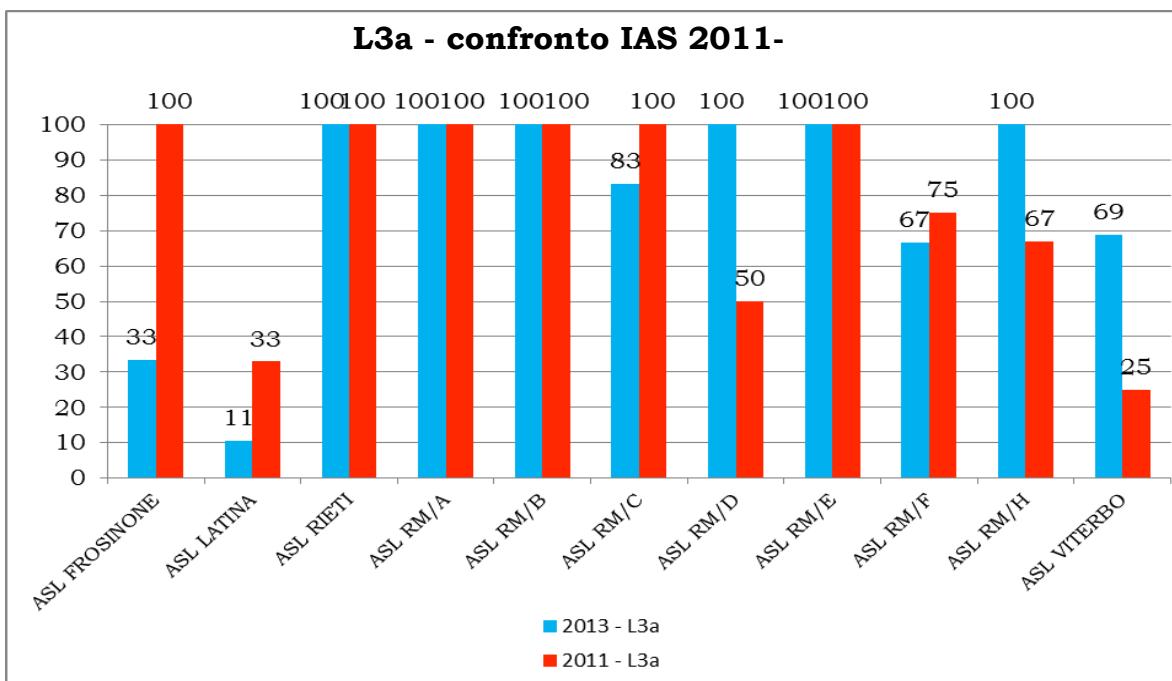


Grafico n. 42 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello dell’Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a)

Rispetto allo scorso ciclo di Audit cinque strutture continuano a ottenere pieni punteggi. La ASL di Viterbo migliora passando da un giudizio scadente ad un giudizio buono, la ASL RM D passa da 50 a 100, la ASL RM H passa da 67 a 100. La ASL di Frosinone, invece, che nel 2011 aveva ottenuto un punteggio eccellente, nel 2012-2013 è peggiorata moltissimo passando a un IAS di 33, mentre la RM C scende a 87 da 100. La ASL di Latina è passata, infine, da un giudizio scadente ad un giudizio pessimo, e la ASL RM F da un IAS di 75 ad un IAS pari a 6

### ***Livello dell'Assistenza Territoriale: Poliambulatori***

L'indicatore “Prevenzione” ottiene per il livello poliambulatoriale un IAS pari a 71, nonostante sia il valore più basso rispetto ai livelli precedentemente discussi, tale punteggio è comunque maggiore rispetto a quello raggiunto lo scorso anno (IAS = 68).

**BUONO (IAS medio del fattore = 71) (68 nel 2011)**

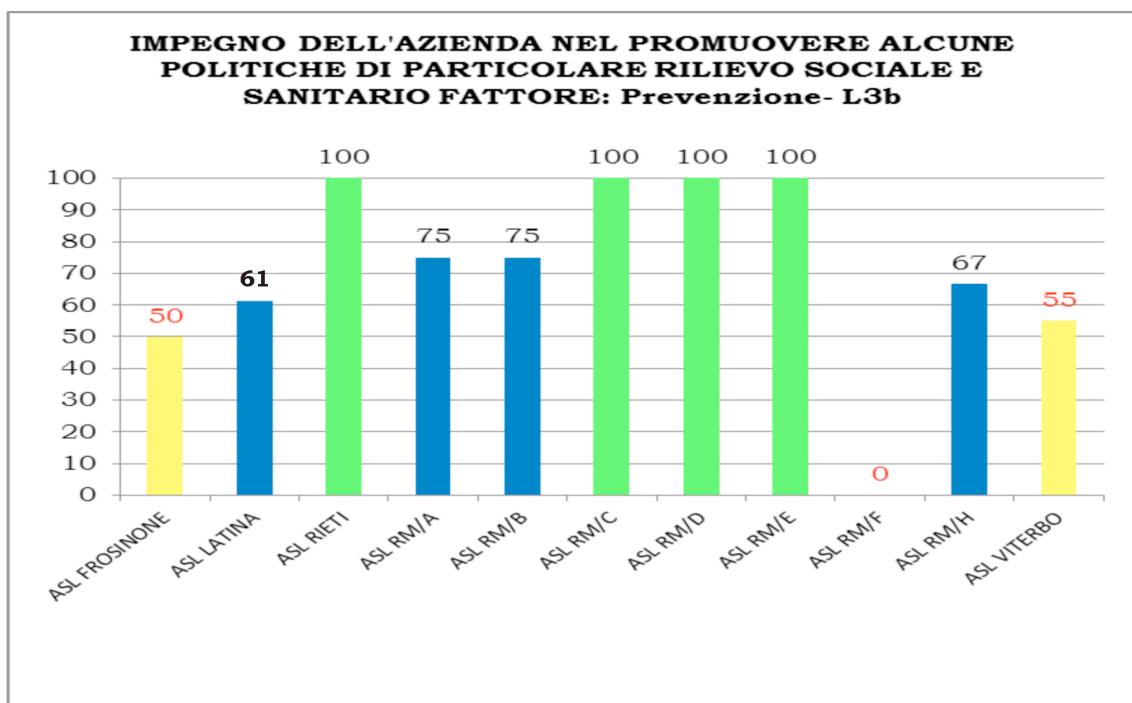


Grafico n. 43 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello di assistenza territoriale, Poliambulatori (L3b)

Alla valutazione del fattore “Prevenzione” concorrono sei indicatori:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” – LIVELLO 3b</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all’ingresso della sede del poliambulatorio	<b>58</b>	<b>78</b>
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari	<b>89</b>	<b>95</b>
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di persone che fumano	<b>0</b>	<b>0</b>
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di posaceneri	<b>- 25</b>	<b>-25</b>
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di mozziconi di sigaretta per terra	<b>- 25</b>	<b>0</b>
Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di odore di sigaretta	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabella 29 – Elenco degli indicatori valutati con il Fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b) (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico)

Quattro strutture hanno ottenuto, come è possibile notare dall’istogramma, un punteggio eccellente, quattro un punteggio ottimo seppur variabile dal valore 61 al valore 75, due un punteggio discreto ed una un punteggio assolutamente pessimo.

L’indicatore che ha ottenuto il valore più alto fa riferimento al “*rispetto del divieto di fumo nei locali delle sedi del poliambulatorio adibiti a servizio dell’utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari*”: tale indicatore è del tutto negativo solo nella ASL RM F e nel Poliambulatorio di Aprilia di competenza della ASL di Latina.

**Aspetti da migliorare.** Questi riguardano la “*distribuzione di materiali destinati al pubblico sulla prevenzione*”, servizio totalmente assente nella ASL RM F e nella ASL di Frosinone e scadente nella ASL RM H.

Più importante è tuttavia eliminare definitivamente i valori negativi che derivano dagli eventi sentinella e che pesano sul conteggio del valore finale. Come appare evidente anche dai fattori precedenti, il tema della prevenzione deve essere posto all’attenzione dei Tavoli Misti e delle direzioni: questa infatti non è solo un diritto dei cittadini, che necessita di essere trasformato in pratica tramite le politiche regionali, ma è anche un elemento strategico di risparmio a medio-lungo termine e di corretta allocazione di risorse per la collettività.

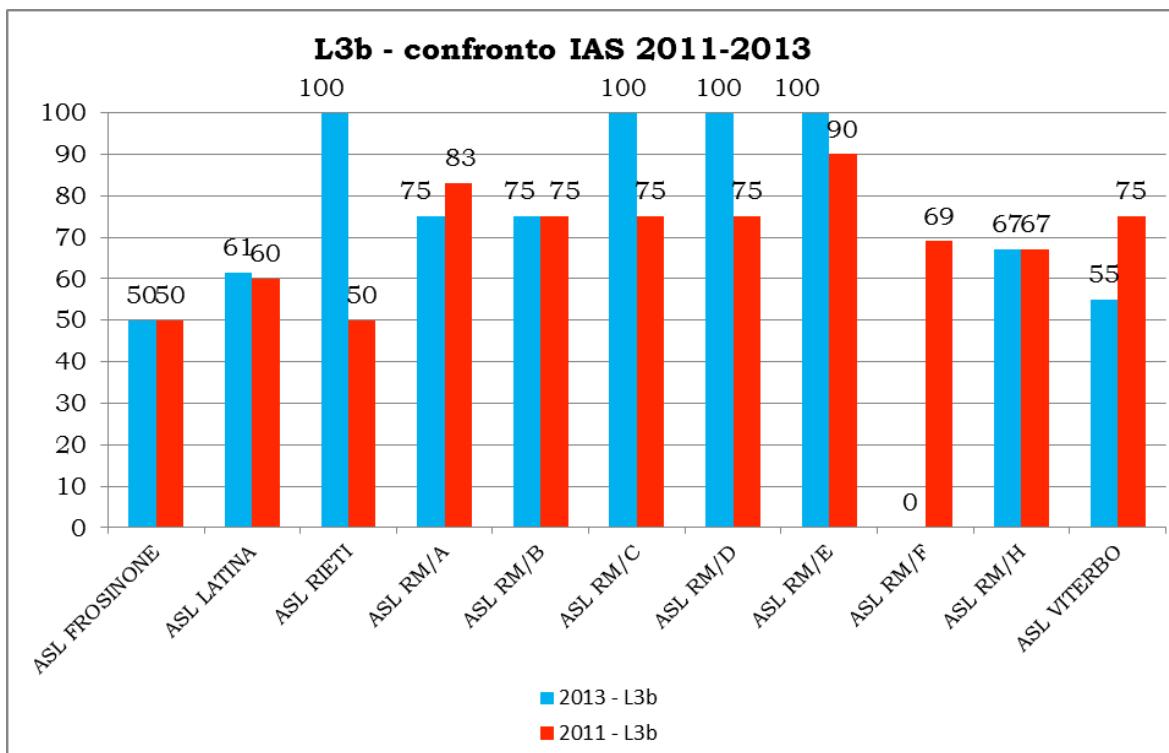


Grafico n. 44 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (L3b)

Rispetto allo scorso ciclo di Audit, alcune strutture poliambulatoriali sono nettamente migliorate raggiungendo risultati eccellenti (ASL di Rieti, ASL RM C, ASL RM D, ASL RM E), alcune hanno ottenuto sostanzialmente gli stessi valori dello scorso anno (ASL di Latina, ASL di Frosinone, ASL RM B e ASL RM H) mentre i Poliambulatori della ASL RM A e ASL di Viterbo hanno subito un peggioramento; in particolare, la ASL RM A è peggiorata da un valore ottimo ad un valore buono, mentre Viterbo è passata da un giudizio buono ad uno discreto.

### Terza componente

#### **Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali**

La Terza Componente “*Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali*” si articola nei due seguenti fattori:

- 3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione
- 3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda

Per essere opportunamente studiato, ciascuno di questi due fattori è stato a sua volta declinato in una serie di indicatori rilevanti ai fini della valutazione del coinvolgimento civico nelle politiche aziendali. Seguono le tre tabelle

relative rispettivamente ai livelli di analisi per lo studio della terza componente (Tab.30), alle classi di punteggio (Tab.31) e ai valori medi degli IAS per i corrispondenti livelli di analisi (Tab.32):

LIVELLI
L1 = livello aziendale (Direzione Generale)

Tabella 30 – Livelli esaminati con la Terza Componente

<b>CLASSI DI PUNTEGGIO IAS</b> (Indice di Adeguamento agli Standard)	<b>LEGENDA COLORI DELLE TABELLE</b>
<b>IAS 100 – 81 = OTTIMO</b>	
<b>IAS 80 – 61 = BUONO</b>	
<b>IAS 60 – 41 = DISCRETO</b>	
<b>IAS 40 – 21 = SCADENTE</b>	
<b>IAS 20 – 0 = PESSIMO</b>	

Tabella 31 - equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi

<b>Terza componente: Involvemento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>MEDIO</b>
				<b>48</b>
<b>FATTORI</b>				
3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione	49	/	/	<b>49</b>
3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda	47	/	/	<b>47</b>

Tabella 32 – Valori medi generali di L1 relativamente ai fattori della Terza Componente

La terza componente è stata impiegata come strumento di rilevazione con riferimento ad uno solo dei livelli di applicazione e osservazione: il Livello Aziendale.

La componente relativa al coinvolgimento civico nelle politiche aziendali ottiene un punteggio discreto (IAS medio pari a 48). Il fattore con il valore medio più alto è quello riguardante l' "attuazione ed il funzionamento degli

*istituti di partecipazione*" (IAS medio 49). Di poco più basso (47, Tab.32, e il lieve aumento rispetto al precedente ciclo di Audit in cui era 44) è l'IAS che fa riferimento alle altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione tra cittadini e azienda. Entrambi si attestato tuttavia su un livello solo discreto: ciò mette in evidenza che il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali può e deve essere certamente potenziato e migliorato, per garantire un più efficace esercizio del diritto di partecipazione.

### **DISCRETO (IAS medio del fattore = 48) (46 nel 2011)**

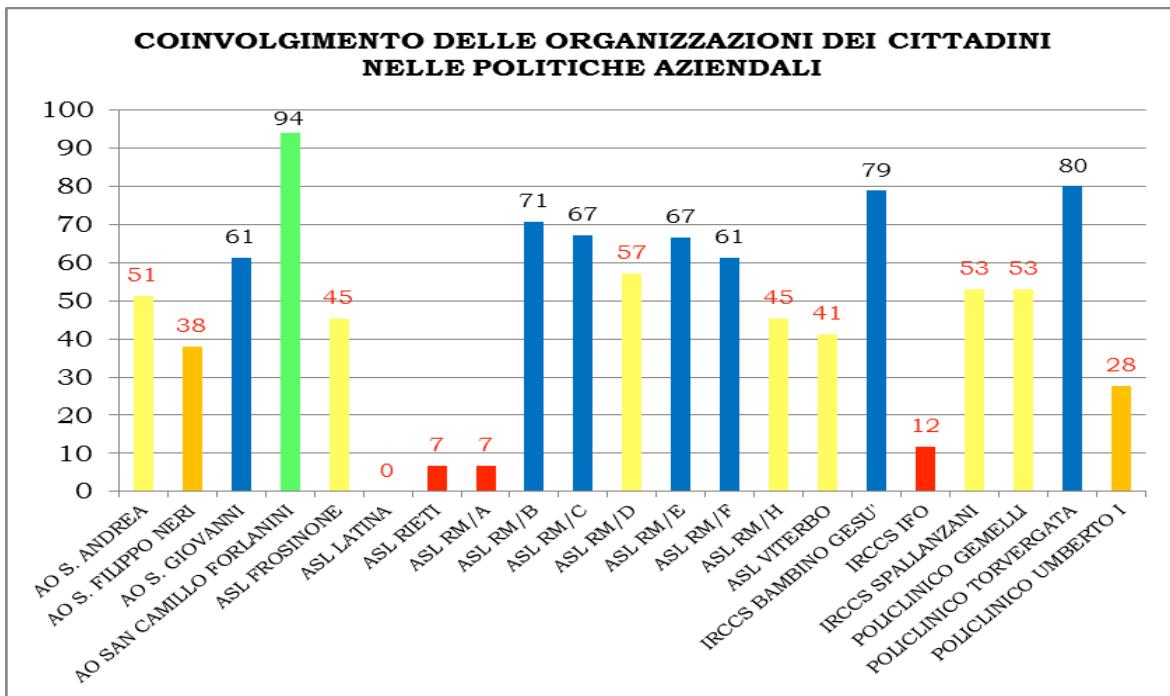


Grafico n. 45 – Confronto dell'andamento degli IAS della Terza Componente “*Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali*”

Il grafico rappresenta un confronto tra gli IAS delle ventuno strutture sanitarie alle quali si riferisce lo studio della Terza Componente. Ad esclusione dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (IAS 94) e delle sette altre Aziende che si attestano su un livello buono di valutazione, le restanti 13 aziende analizzate fanno registrare valori da discreto a pessimo.

La situazione in assoluto peggiore fa capo alla ASL di Latina, ma risultati particolarmente negativi si riscontrano anche nella ASL di Rieti, nella ASL RM A e all'IRCCS IFO: in questi tre contesti, l'esistenza e la vigenza di Protocolli d'intesa con le organizzazioni di cittadini non si traducono sempre in un concreto e diretto coinvolgimento di questi e delle loro organizzazioni, quindi nei gruppi di lavoro per la progettazione in tema di comunicazione e di informazione che dovrebbero essere rivolte loro. E' necessario che i "gap" relativi alle richieste formali alle organizzazioni dei cittadini di partecipare alla definizione del piano di comunicazione aziendale debbano essere colmati.

A seguire, la valutazione (*benchmarking*) dei risultati ottenuti dalle ventuno Aziende Ospedaliere che sono state prese in esame come strutture di osservazione per lo studio della Terza Componente nel quadro dell'Audit civico 2012-2013.

## Fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione”

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 49) (48 nel 2011)**

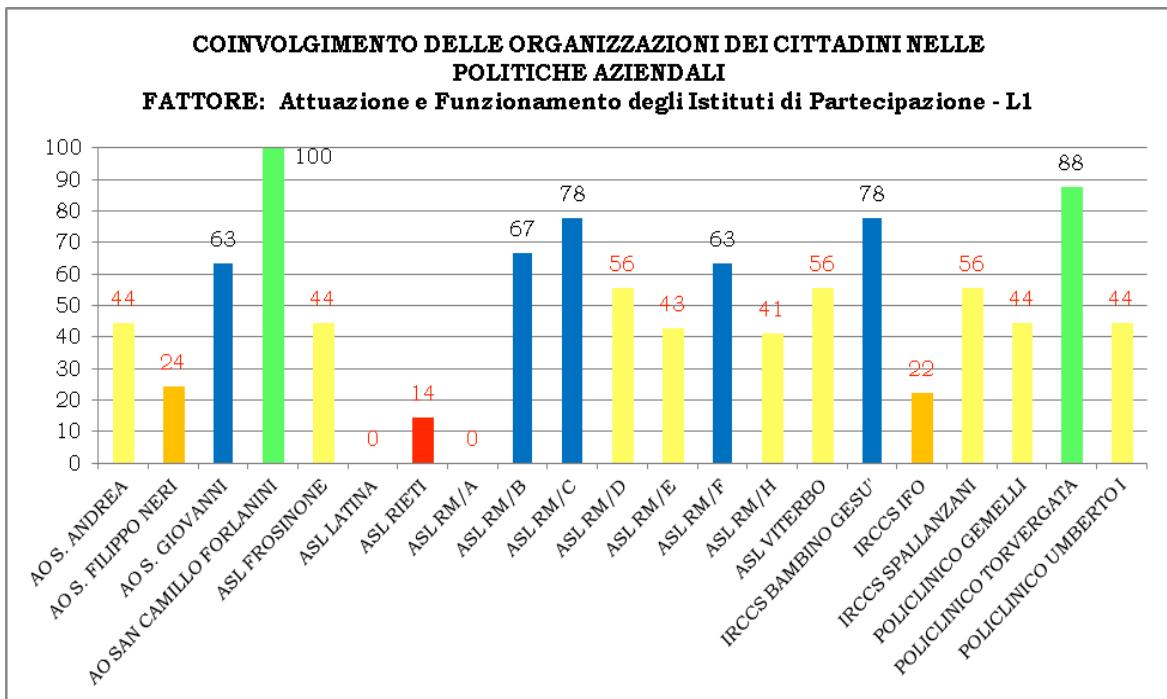


Grafico n. 46 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione*” – Terza Componente: Livello Aziendale

Per ciò che concerne l’attuazione ed il funzionamento degli “*istituti di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini alle politiche aziendali*”, nove delle ventuno strutture esaminate hanno ottenuto un punteggio medio IAS discreto (49), sostanzialmente stabile rispetto al risultato rilevato nello scorso ciclo di Audit 2011 (IAS 48). Si notano le due situazioni in assoluto migliori rappresentate dal San Camillo Forlanini e dal Policlinico Tor Vergata, con un IAS rispettivamente di 100 e 88. Indiscusse criticità si individuano invece nei valori peggiori che emergono dal confronto e che riguardano le Aziende Sanitarie Locali di Rieti, Latina e della RM A, San Filippo Neri e l’IRCCS IFO.

Merita un approfondimento la situazione relativa alla Azienda Sanitaria Locale di Rieti: il valore medio dell’IAS scende, per questa struttura, da 44 nel 2011 a 14 nel 2013. La principale riflessione in merito riguarda il pieno rispetto da parte della ASL Rieti dello standard che garantisce la “*presenza di protocolli d’intesa con le organizzazioni dei cittadini*”. All’attuazione di tali protocolli non fa tuttavia seguito un effettivo funzionamento degli stessi istituti di partecipazione, mancando forme concrete di partecipazione delle organizzazioni civiche alle attività di programmazione, valutazione e controllo della qualità dei servizi.

### **Livello aziendale**

Gli indicatori per la valutazione del fattore “*attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione*” sono raccolti nella tabella seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE” – LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99)	76	73
Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 dlgs 502/92)	81	59
Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)	33	36
Commissione mista conciliativa	24	9
Comitati consultivi misti	33	19
Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità	29	17
Coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi	33	27
Comitato etico	88	100
Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico	69	86

Tabella 33 – Elenco degli indicatori per la valutazione del primo fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” – Terza Componente: Livello Aziendale (l'ultima colonna a destra contiente i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

Si riscontrano, come accennato, situazioni particolarmente critiche, con riferimento ai bassissimi valori IAS delle ASL di Latina, Rieti<sup>14</sup> e della RM A<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Una delle criticità rilevate nel diario di bordo redatto dalle equipe operative incaricate risiede proprio nel bassissimo indice IAS=14 relativo al fattore 3.11 per il livello aziendale L1. Gli indicatori del fattore sono quindi da intendersi come parametri per interventi prioritari di natura correttiva. L'impegno della ASL di Rieti a mettere in atto azioni correttive riguarda in generale entrambi i fattori della terza componente. Le azioni che, nello specifico, in questo contesto si segnalano sono: redazione di procedure e protocolli aziendali su argomenti vari che definiscano le regole precise a garanzia dell'utente e che consentano di eliminare distorsioni; inserire nella Carta dei Servizi una pagina dedicata all'URP nella quale indicare anche i tempi di risposta ai reclami; redigere il bilancio sociale; realizzare brevi Carte dei Servizi relative alle strutture aziendali disponibili in formato cartaceo all'ingresso delle stesse o almeno rendere disponibile in formato cartaceo la Carta dei Servizi Generale dell'Azienda USL di Rieti.

<sup>15</sup> Per la ASL RM/A, al livello aziendale L1, risulta: una criticità riguardo l'aggiornamento e i contenuti della Carta dei Servizi da attribuirsi anche ad una continua riorganizzazione dei servizi sanitari; scarsa attenzione rispetto alla rilevazione della qualità percepita attraverso indagini sulla soddisfazione degli utenti; assenza di forme di partecipazione da parte delle organizzazioni civiche alle attività di programmazione, valutazione e controllo della qualità dei servizi sanitari della ASL. Mancano inoltre iniziative comuni tra azienda e organizzazioni dei cittadini (monitoraggi, custode satisfaction). Proposte di miglioramento in tal senso vengono anche dalla ASL RM/E che rileva le seguenti criticità: gli standard e i fattori di qualità della Carta dei Servizi non vengono aggiornati attraverso un gruppo di lavoro/commissione aziendale, né attraverso l'apporto dei cittadini; assenza dei comitati consultivi misti e della commissione consultiva mista. La ASL RM/E si impegna ad una serie di azioni concrete: individuazione e realizzazione di altre forme partecipate di valutazione della qualità dei servizi, quali indagini di rilevazione della valutazione dei cittadini nei confronti della qualità delle prestazioni ricevute sia nel contesto ospedaliero che a livello dei servizi territoriali; individuazione delle modalità di partecipazione delle Associazioni di volontari a progetti aziendali di promozione della salute all'interno di una cornice caratterizzata dall'individuazione di modalità innovative di

Ne consegue una indubbia necessità di potenziare lo strumento dei protocolli d'intesa con le organizzazioni dei cittadini al fine di garantire la partecipazione civica alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari, nella forma di un coinvolgimento diretto delle organizzazioni civiche nei gruppi di lavoro aziendali per il controllo della qualità dei servizi.

Rispetto al precedente ciclo dell'Audit civico 2011, si segnala un innalzamento rilevante del valore del IAS per l'IRCCS Bambin Gesù (22 nel 2011, 78 nel 2013) e per lo Spallanzani (22 nel 2011, 56 nel 2013)<sup>16</sup>. Una tendenza migliorativa riguarda anche il Policlinico Gemelli (33 nel 2011, 44 nel 2013)<sup>17</sup>.

**Punti di forza.** I punteggi maggiori, nonché ottimi, sono stati ottenuti dal fattore “*Comitato etico*” (IAS 88), “*Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini*” (IAS 81) e “*Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari*” (IAS 76). Il Comitato etico si conferma un punto di forza, pur non essendo più un elemento di eccellenza come nella precedente valutazione del 2011, in cui rappresentava l'unico standard pienamente rispettato in tutte le strutture sanitarie esaminate.

**Aspetti da migliorare.** In merito agli elementi sopra elencati per la valutazione del Primo Fattore al Livello Aziendale, i risultati peggiori riguardano la “*Commissione mista conciliativa*” (IAS 24) e l'indicatore “*Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità*” (IAS 29). Le “*forme di controllo della qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini*” hanno anche un valore molto basso e, dal punto di vista civico, inaccettabile (IAS 33). Sebbene il coinvolgimento diretto di queste organizzazioni civiche nel gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei Servizi sia – seppur di poco – aumentato (27 nel 2011), si è indebolito l'elemento della “*richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico*”, passato da 86 a 69. Insomma,

---

cooperazione e integrazione con gli operatori professionali e di nuove modalità congiunte di ascolto e di relazione con i cittadini (esempio, la possibilità di costituire equipe miste sperimentali operanti all'interno degli sportelli da attivare nelle scuole presenti sul territorio della ASL nell'ambito del progetto Scuola-Salute); valorizzazione delle risorse e competenze dei cittadini delle Associazioni di volontariato attraverso la progettazione e realizzazione di eventuali percorsi formativo/informativi finalizzati all'acquisizione di abilità considerate necessarie per migliorare l'efficacia della loro collaborazione con gli operatori professionali all'interno dei progetti da realizzare in modo integrato nelle strutture sanitarie della ASL RM/E (esempio, eventuale collaborazione delle Associazioni di volontariato nell'assistenza domiciliare).

<sup>16</sup> Alcune criticità notate con lo scorso ciclo di Audit sono state risolte: è stata rilevata una maggiore partecipazione dei responsabili aziendali ed una notevole presa di coscienza nell'interazione tra Direzione sanitaria, UOC e rappresentanze civiche. Questo ha influito sulla scelta aziendale di aderire al progetto di istituzione del Tavolo misto permanente sulla partecipazione delle Associazioni dei cittadini. Tale tavolo è uno strumento di partecipazione civica alle politiche delle aziende sanitarie e ospedaliere sugli aspetti che assumono particolare rilevanza per i cittadini e costituisce una risorsa privilegiata per lo sviluppo di decisioni gestionali concretamente orientate e informate dal punto di vista civico.

<sup>17</sup> L'indice tuttavia migliorabile del IAS fa ritenere opportuno un maggior coordinamento tra società civile e azienda ospedaliera al fine di rendere l'attività di entrambi maggiormente produttiva ed efficiente.

c'è molto da fare in quest'area per migliorare la partecipazione e gli istituti che la dovrebbero promuovere e sostenere.

### **Fattore “Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda”**

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 47) (44 nel 2011)**

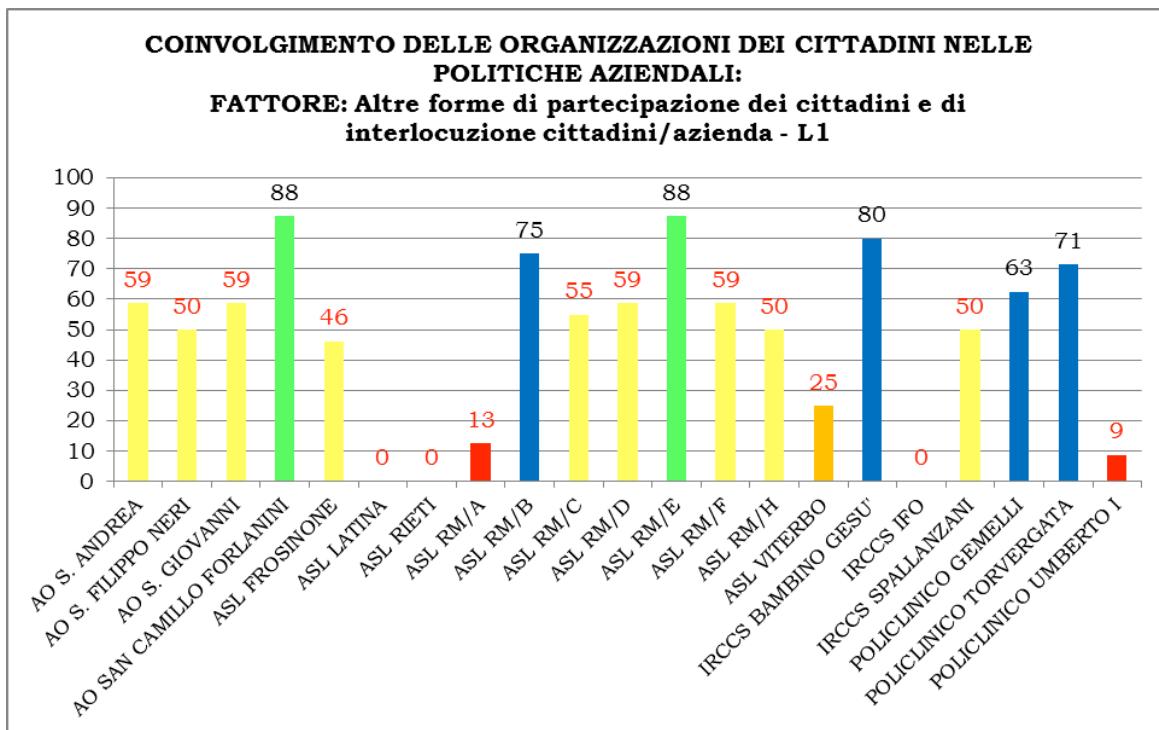


Grafico n. 47 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” – Terza Componente: Livello Aziendale

I dati dell'istogramma sopra rappresentato indicano che, per questo fattore, nove strutture sanitarie studiate - sul totale di n. 21 AO del Livello 1 - si attestano su un livello medio solo discreto (IAS 47).

Delle cinque Aziende Ospedaliere che riportano i punteggi migliori, il Policlinico Gemelli fa registrare un considerevole miglioramento di livello (63 nel 2013 e 18 nel 2011), mentre ASL RM E e San Camillo Forlanini confermano nella presente annualità la performance già ottima del 2011<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Dal diario di bordo emerge che – anche in una visione comparata tra le annualità di valutazione civica – la ASL RM/E ha sempre ricercato la massima collaborazione e condivisione con le Associazioni dei cittadini. D'altro canto, un punto di forza della ASL RM/E è dato proprio dalla collaborazione delle strutture con le organizzazioni civiche, non solo per quanto riguarda il sostegno delle persone con particolare riferimento a quelle portatrici di fragilità socio-sanitaria, ma anche all'interno di percorsi e programmi congiunti di valutazione e nella gestione congiunta di nuovi servizi e nuove progettualità. L'esperienza dell'Audit civico viene sottolineata come momento che ha consentito di sviluppare ulteriormente, all'interno dell'azienda, la cultura della partecipazione dei cittadini e della cooperazione con gli operatori professionali.

Al contrario, la ASL di Viterbo è passata da un punteggio nominale discreto ad uno scadente (50 nel 2011 e 25 nel 2013). Ma non è questa la sola criticità, perché da scadente a pessimo, rispetto al 2011, risulta essere invece il passaggio per ASL Latina e Policlinico Umberto I.

### **Livello aziendale**

Per un esame più dettagliato prendiamo ora in considerazione gli elementi valutati per lo studio di questo Secondo Fattore della Terza Componente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – ALTRE FORME DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DI INTERLOCUZIONE CITTADINI/AZIENDA” – LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
(L1) 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	67	64
(L1) Una o più richieste formali negli ultimi due anni alle organizzazioni di cittadini da parte dell'azienda di suggerimenti o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.	57	59
(L1) Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio (monitoraggi concordati, customer satisfaction, ecc.)	62	64
(L1) Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari	62	64
(L1) 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.	43	36
(L1) Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture	25	14
(L1) Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica	13	23
(L1) Piano di comunicazione e richieste formali alle organizzazioni dei cittadini/cittadini da parte dell'azienda di partecipare a commissioni di studio/gruppi di lavoro per la progettazione degli aspetti del Piano di Comunicazione inerenti la comunicazione e l'informazione rivolte ai cittadini	49	33

Tabella 34 – Elenco degli indicatori per la valutazione del primo fattore “*Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda*” – Terza Componente: Livello Aziendale (l'ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico)

Per quanto riguarda i singoli indicatori, si riscontra un solo risultato classificabile come pessimo, ed è quello che riguarda la “*redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e di discussione pubblica*”. Questo indicatore ottiene, in questa edizione dell'Audit civico 2012-13, un IAS pari a 13, riproponendosi, come già nella precedente edizione, come uno dei punti di particolare criticità. L'andamento medio degli IAS degli indicatori di questo Secondo Fattore non fa rilevare punti di eccellenza. Se da un lato le “*riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e i rappresentanti dell'azienda*” offrono un risultato buono all'interno della valutazione, appare tuttavia necessario un potenziamento del criterio periodico di questi incontri,

al fine di rafforzare la partecipazione e la realizzazione di iniziative congiunte azienda-organizzazioni dei cittadini in merito alla qualità del servizio erogato. Il rafforzamento del “*Piano di comunicazione aziendale*” – attualmente ad un livello discreto con un IAS pari a 49 – è condizione imprescindibile per garantire ai cittadini il fondamentale diritto all’informazione. In questo modo i cittadini sarebbero pienamente in grado di esercitare una diretta partecipazione, fornendo pareri o suggerimenti su problemi generali o tematiche più specifiche che li riguardano.

La possibilità di essere consultate periodicamente, darebbe inoltre alle organizzazioni dei cittadini l’opportunità di rappresentare nelle sedi tecniche (commissioni di studio o gruppi di lavoro pertinenti) le principali criticità riconosciute a livello civico.

**Punti di forza.** L’indice IAS pari a 47, in aumento rispetto al 2011 (44), segnala una debole tendenza migliorativa. L’indicatore che ottiene il valore assoluto più alto (IAS 67) testimonia un livello di coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali che, seppur statisticamente indicato come “buono”, in realtà è solo accettabile in questo contesto, anche perché si parla di un coinvolgimento negli “ultimi due anni”.

**Aspetti da migliorare.** Nonostante la generale tendenza migliorativa dell’Indice di Adeguamento agli Standard (47 nel 2013 e 44 nel 2011), l’inquadramento dell’IAS nella classe di punteggio discreta denota un risultato che, dal punto di vista civico, continua a costituire una delle massime priorità di intervento da sottoporre alla politica del Sistema Sanitario Regionale. Punteggi solo discreti o bassi in questa componente sottendono un blocco culturale nei confronti di un vero processo partecipativo, come se ciò rappresentasse più una minaccia che una opportunità di crescita civica di tutti i protagonisti del sistema sanitario e della comunità che si muove intorno ad esso.

## Livello Pronto Soccorso



LIVELLI
L2 = Livello Pronto Soccorso

Tabella 35 – Livelli esaminati con la Terza Componente

<b>CLASSI DI PUNTEGGIO IAS</b> (Indice di Adeguamento agli Standard)	<b>LEGENDA COLORI DELLE TABELLE</b>
<b>IAS 100 – 81 = OTTIMO</b>	
<b>IAS 80 – 61 = BUONO</b>	
<b>IAS 60 – 41 = DISCRETO</b>	
<b>IAS 40 – 21 = SCADELENTE</b>	
<b>IAS 20 – 0 = PESSIMO</b>	

Tabella 36 – Equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi

Il Pronto Soccorso<sup>19</sup> è stato indagato con le seguenti tre componenti e relativi fattori (non esiste un confronto con l'annualità precedente in quanto il PS non era mai stato oggetto di Audit civico prima di ora):

### **Prima Componente:**

#### **Dati strutturali, Risorse e Personale**

- 1.1 Dati di Attività
- 1.2 Dotazione di Personale
- 1.3 Funzioni

#### *Seconda Componente - “Qualità tecnica”*

- 1.6 Gestione del *triage* (gestione del dolore) e Valutazione della criticità
- 1.7 Integrazione della rete
- 1.8 Sistema Informativo e Risorse Tecnologiche
- 1.9 Formazione e Sicurezza del Personale

---

<sup>19</sup> Le valutazioni degli indicatori prevedono oltre ai punti di forza e agli aspetti da migliorare, come è avvenuto per il capitolo precedente, anche i punti di debolezza in quanto essendo un nuovo campo d'indagine per l'Audit civico si è voluto fornire il massimo livello di dettaglio nell'analisi.

### *Terza Componente - “Umanizzazione”*

- 1.10 Cura della relazione con il paziente e rispetto della *privacy*
- 1.11 Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa
- 1.12 Comfort e Accessibilità
- 1.13 Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione

Come è stato accennato in occasione della parte introduttiva del presente Rapporto il Pronto Soccorso è stato analizzato, in questo ciclo di Audit, attraverso due tipi diversi di dati: i “*DATI IAS*” e i “*DATI NO IAS*”. In particolare questi ultimi fanno riferimento ad alcuni fattori della Prima e della Seconda Componente con cui è stato indagato tale livello:

### **DATI “NO IAS”**

Prima Componente  (Dati strutturali, Risorse e Personale)	F2 – Dati di attività  F3 – Dotazione di Personale  F5 - Funzioni
Seconda Componente  (Qualità tecnica)	F7 – Gestione del <i>triage</i> (gestione del dolore) e Valutazione della criticità  F10 – Formazione e sicurezza del personale

Nella discussione che segue, si prenderanno in considerazione esclusivamente i dati “NO IAS” relativi alla Seconda Componente, in quanto solo questi ultimi ci hanno permesso, veicolando informazioni significative, di elaborare delle riflessioni. I temi principali fanno riferimento alle tempistiche riscontrate in alcune delle Aziende esaminate e alla formazione del personale ospedaliero. Segue un’analisi dei dati ottenuti tramite la rilevazione dell’Audit.

*Qualità tecnica: Gestione del triage (gestione del dolore) e valutazione delle criticità*

L’analisi dei dati utili messi a disposizione a seguito delle opportune rilevazioni consentono di valutare il sistema di *triage* per la selezione delle classi di emergenza relative al livello Pronto Soccorso, nell’ottica dei valori “NO IAS”<sup>20</sup> relativi alla qualità tecnica della gestione del *triage*.

#### **Codice Rosso**

Le reti di emergenza di 5 strutture analizzate – San Camillo Forlanini, ASL RM A, PS Latina, PS Frascati, PS Anzio – fanno registrare un tempo medio di

---

<sup>20</sup> Ossia tutti quei valori che non hanno un Indice di Adeguamento allo Standard.

attesa per le prestazioni effettuate in codice rosso pari a *0 minuti*. In generale, riguardo al *triage* per le prestazioni effettuate in codice rosso, si rileva una media complessiva<sup>21</sup> che non supera gli 8,6 minuti (PS Formia). Cinque minuti è il tempo medio di attesa per questa classe di emergenza nei Pronto Soccorso di Terracina, di Frosinone e di Fondi.

### **Codice Giallo**

La ASL RM A si distingue positivamente per un tempo medio di attesa dopo il *triage* pari a *0 minuti* per le prestazioni in codice giallo. Seguono, in ordine di efficienza della *performance* relativamente a questo stesso livello di urgenza, il PS di Anzio (5 minuti), PS Formia (8,7 minuti), San Camillo Forlanini (11,7 minuti), Azienda USL Rieti e PS Tor Vergata (21 e 22 minuti), PS Fondi e Frascati (15 minuti), PS Latina e Terracina (30 minuti), PS di Frosinone (46 minuti).

### **Codice Verde**

Venti minuti è la stima del tempo minimo di attesa, fra tutti i risultati esaminati, e riflette la qualità del *triage* per le prestazioni in codice verde della ASL RM A e del Pronto Soccorso di Formia. Segue (con 37 minuti) il PS di Frascati e (con 56 minuti) il Pronto Soccorso di Frosinone. Questo stesso tempo medio di attesa è di 1 ora per i PPSS di Anzio, Fondi e Terracina; 74 minuti invece per Azienda USL Rieti e 2 ore per PS Latina e per PS Tor Vergata.

### **Codice Bianco**

Per ciò che concerne il livello di urgenza/emergenza corrispondente al codice bianco, i tempi medi di attesa più bassi dopo il *triage* per le prestazioni afferenti a questa categoria è di 20,6 minuti (Pronto Soccorso Formia)<sup>22</sup>. Tre ore è la stima media che accomuna il risultato in questione in tre strutture esaminate: Pronto Soccorso Anzio, Pronto Soccorso Fondi, Pronto Soccorso Terracina<sup>23</sup>. I valori maggiori si registrano per i Pronto Soccorso di Latina e del Policlinico Tor Vergata (4 ore) e dell'AO San Camillo Forlanini (6 ore).

#### *Qualità tecnica: Formazione e sicurezza del personale*

La valutazione della qualità tecnica dei Pronto Soccorso analizzati dal punto di vista della formazione e della sicurezza del personale mette in evidenza che le strutture esaminate<sup>24</sup> hanno predisposto e realizzato corsi di formazione e

---

<sup>21</sup> Nel novero delle strutture che hanno fatto pervenire i dati in esame, ossia: San Camillo Forlanini, ASL RM/A, ASL Latina, PS Frascati, PS Anzio, PS Formia, Azienda USL Rieti, PS Terracina, PS Fondi, PS Tor Vergata.

<sup>22</sup> 30 minuti per ASL RM/A, 64 minuti per PS Frascati e 72 minuti per Azienda USL di Rieti.

<sup>23</sup> Il PS di Frosinone si pone in posizione migliore con un tempo medio di attesa dopo il triage per le prestazioni effettuate in codice bianco pari a 120 minuti.

<sup>24</sup> E che hanno fornito i dati di cui si sta discutendo: San Camillo Forlanini, ASL RM/A, ASL Latina, PS Frascati, PS Anzio, PS Formia, Azienda USL Rieti, PS Terracina, PS Fondi, PS Tor Vergata.

aggiornamento professionale per i propri medici negli ultimi due anni<sup>25</sup>. La rilevazione si è concentrata su taluni corsi specifici: *Basic Life Support Defibrillator, Advanced Life Support, Advanced Trauma Life Support*. Sono stati programmati anche corsi di formazione per i medici specifici per ciascuna struttura analizzata: corsi FSC per medici (PPSS Terracina, Fondi); NIMV – Ecografia d’urgenza/master management aziendale/Maxiemergenze/Medicina d’urgenza (Azienda USL Rieti, San Camillo Forlanini<sup>26</sup>); corso su fibrillazione atriale, sincope polmoniti, sindromi coronariche acute, traumi gravi, intossicazioni (PS Formia); corso sulla gestione dei cateteri arteriosi e venosi (PS Latina); corso Gipse (ASL RM A); corso ACLS (PS Frosinone). Negli ultimi due anni sono stati parimenti attivati corsi di formazione/aggiornamento professionale riservati agli infermieri. In questo caso la rilevazione è stata fatta sugli specifici corsi così denominati: *Basic Life Support Defibrillator* e Corso di *Triage* per infermieri. Anche gli infermieri hanno potuto fruire di corsi più specifici: sulla gestione dei cateteri arteriosi e venosi (PS Latina); corsi FSC per infermieri (PPSS Terracina e Fondi); corsi NIV e ECG (San Camillo Forlanini)<sup>27</sup>.

Sul fronte della sicurezza del personale, si sono verificati alcuni episodi di violenza nel Pronto Soccorso nell’anno 2013, soprattutto a danno di medici e infermieri: fra le strutture esaminate e che hanno restituito dati utili alla valutazione di questo aspetto, si segnala l’assenza di questi episodi di violenza solo nella ASL RM A e nell’Azienda USL di Rieti.

---

<sup>25</sup> L’eccezione è costituita dal PS di Frosinone che non ha attivato corsi di formazione/aggiornamento BLSD, ALS e ATLS (sia per medici), e corsi di Triage per gli infermieri.

<sup>26</sup> Dove peraltro è stato attivato anche un corso sulla violenza di genere per n.20 medici.

<sup>27</sup> La Azienda USL di Rieti ha attivato altri corsi specifici per infermieri su diversi argomenti.

## Seconda componente:

### qualità tecnica

Seconda componente: Qualità Tecnica	
IAS 2013	L2
	77
<b>FATTORI</b>	
1.1 Gestione del <i>triage</i> e valutazione della criticità	71
1.2 Integrazione della rete	86
1.3 Sistema informativo e risorse tecnologiche	68
1.4 Formazione e sicurezza del personale	84

Tabella 37 – Valori dei livelli analizzati (solo L2) relativamente ai fattori della Seconda componente del Pronto Soccorso

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 77)**

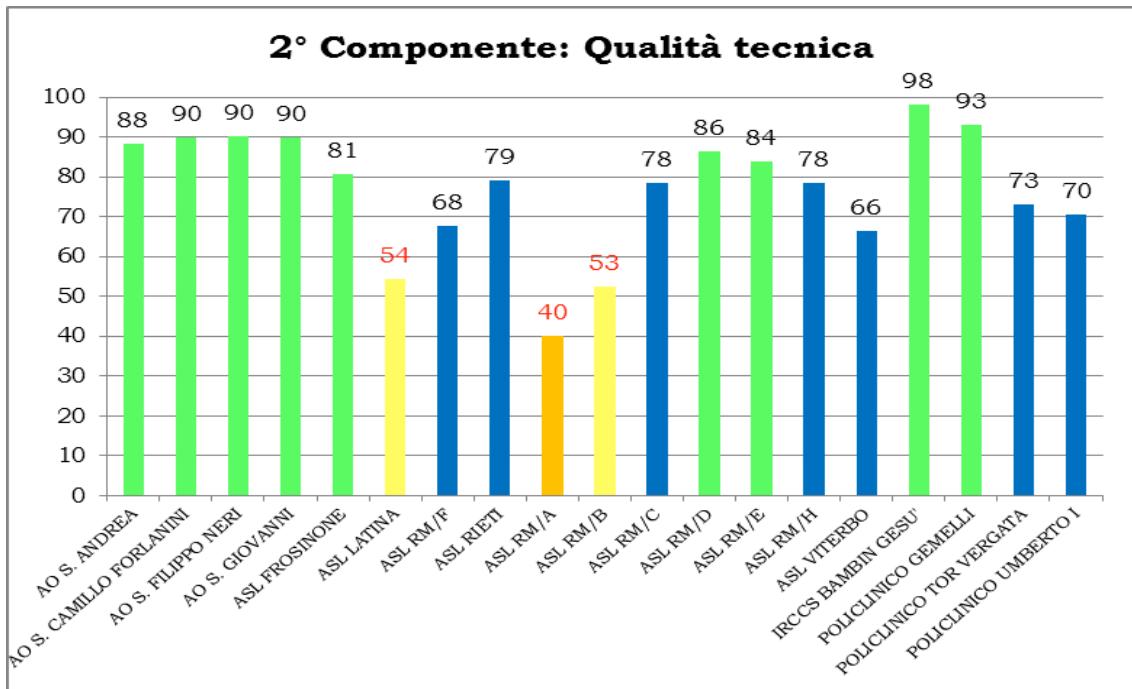


Grafico n. 48 – Confronto dell'andamento degli IAS per la componente “Qualità Tecnica” – Livello Pronto Soccorso

In generale, la rete dell'emergenza è nell'occhio del ciclone da parecchio tempo, e nel corso del 2013 si sono succeduti molti episodi, spesso drammatici e riportati senza risparmio dai media, mettendo in evidenza una sua criticità complessiva, certamente non determinata dalla scarsa preparazione o dallo scarso impegno e professionalità degli operatori. Si tratta piuttosto di un problema strutturale che, in assenza di interventi sulla medicina territoriale – ormai improcrastinabili – su tutto il territorio regionale, non potrà vedere una soluzione. Si è tuttavia assistito ad un intervento della regione che ha cercato, pur senza cambiare nel corso del 2013 il sistema, di far applicare alcune raccomandazioni, in particolare – ma è avvenuto alla fine dell'anno analizzato dall'Audit e quindi non si è potuto rilevare alcun eventuale effetto in merito – la richiesta della identificazione di un “*bed manager*” che gestisse la disponibilità di posti letto nei reparti per aumentare la disponibilità degli stessi e limitare la permanenza dei pazienti nei locali del pronto soccorso per molte ore o addirittura per parecchi giorni.

Tuttavia, alla luce dei dati raccolti nel corso di questo nuovo ciclo 2012-2013 dell'Audit civico, registriamo un punteggio IAS ottimo per la componente “*qualità tecnica*”, che presenta nove valori ottimi, sette buoni, e solo tre criticità [due punteggi discreti e uno scadente, rispettivamente alla ASL di Latina (IAS = 54), nella ASL RM B (IAS = 53) e in quella RM A (IAS 37)]

### Fattore “Gestione del *Triage* e Valutazione della Criticità”

**BUONO (IAS medio del fattore = 70)**

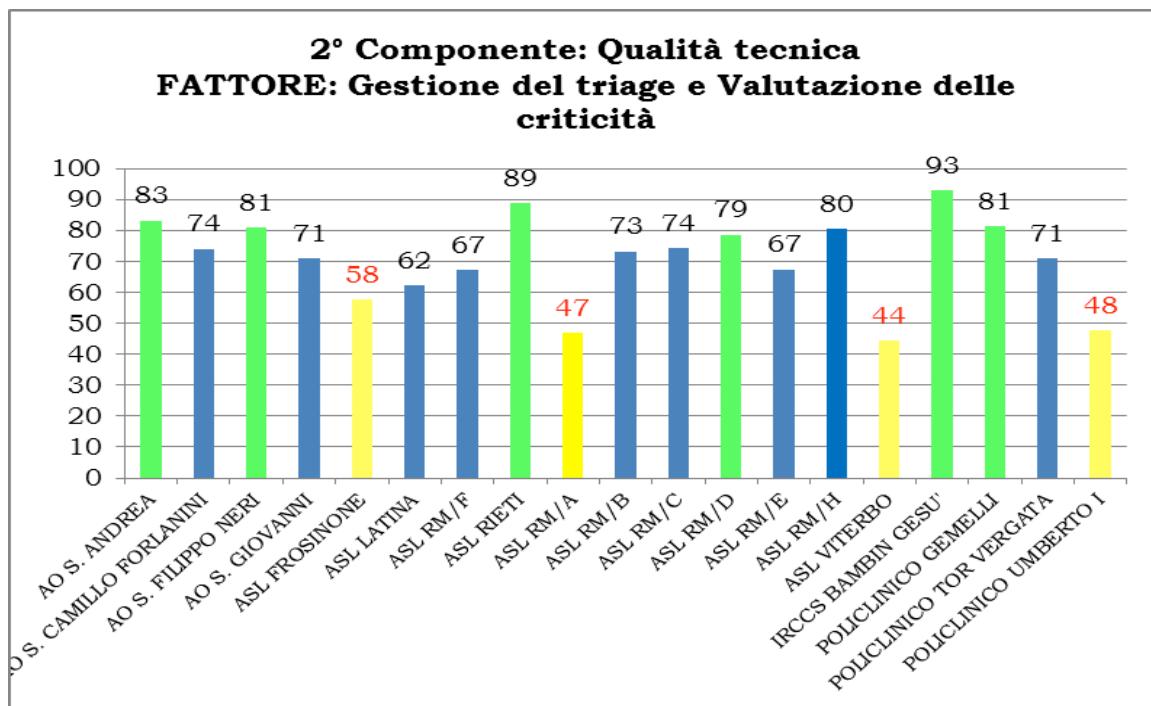


Grafico n. 49 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Gestione del triage e valutazione della criticità*” – Seconda componente, Livello Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "GESTIONE DEL TRIAGE E VALUTAZIONE DELLE CRITICITA"	IAS MEDIO
Sistema di Triage per la classificazione dei pazienti	<b>100</b>
Classificazione degli interventi sanitari con appositi codici	<b>100</b>
Scheda Triade	<b>100</b>
Procedure Fast Track durante il Triage: otorinolaringoiatra; oculistica	<b>25</b>
Procedura per la valutazione del dolore durante il Triage, in cui la misura del dolore è discriminante per l'attribuzione del codice	<b>91</b>
Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza in Pronto Soccorso	66
Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza in Osservazione Breve Intensiva	60
Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza nella Unità Operativa di Medicina Urgenza	70
Linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso	<b>24</b>

Tabella 38 – elenco degli indicatori valutati con il primo fattore per il livello del Pronto Soccorso, Seconda Componente

Nonostante il buon punteggio medio ottenuto da questo fattore (IAS = 70), si evidenzia una forte variabilità tra le diverse aziende. Su un totale di 9 indicatori se ne registrano infatti quattro con punteggio ottimo, due buoni, uno discreto e due scadenti.

Il sistema di *triage* per la valutazione del paziente è ovviamente presente in tutte le strutture, ma osservando l'andamento degli altri indicatori, si osserva una certa eterogeneità nella procedura di rivalutazione del dolore nelle varie fasi, ma i punteggi sono sempre tra l'ottimo e il buono, con l'eccezione di Latina<sup>28</sup>, nella cui struttura viene riportato un valore “pessimo” (IAS = 17) nell'indicatore “procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza in Osservazione Breve Intensiva”, e solo discreto (IAS = 43) nell'indicatore “Procedura di rivalutazione del dolore durante l'intera permanenza nella Unità Operativa di Medicina Urgenza”.

In generale, si osserva una situazione di difficoltà nell'area “Linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso”: tali linee guida risultano assenti o valutate con un punteggio molto basso: appena discreto in diverse strutture (IAS = 50)<sup>29</sup>, mentre in altre va dalla valutazione pessima<sup>30</sup> (IAS = 7,5) di un caso, a quella scadente<sup>31</sup> (IAS = 30) di altri 3.

**Punti di forza.** I punti di forza sono rappresentati dagli elementi base, quali un efficace sistema di *triage* e la classificazione degli interventi sanitari con appositi codici, la compilazione della scheda di *triage*. Molto importante è l'efficace e omogenea valutazione del dolore in fase di *triage*, che contribuisce a portare alla attribuzione di codici corretti. Significativa anche la presenza di quasi tutti IAS = 100 (con l'eccezione della ASL RM A e del Policlinico Umberto I) per l'indicatore “procedura per la valutazione del dolore durante il triage, in cui

<sup>28</sup> Per la ASL di Latina è stata considerata la media dei punteggi IAS dei quattro Pronto Soccorso del territorio di sua competenza: Ospedale Dono Svizzero – Formia, Ospedale Santa Maria Goretti Latina, Ospedale Fiorini Terracina, Ospedale Fondi.

<sup>29</sup> S. Andrea, S. Camillo, ASL Frosinone, ASL RMB

<sup>30</sup> ASL Latina

<sup>31</sup> AO San Filippo Neri, ASL RMD e Policlinico Gemelli

*la misura del dolore è discriminante per l'attribuzione del codice*", di cui riportiamo per comodità il grafico di sintesi qui di seguito:

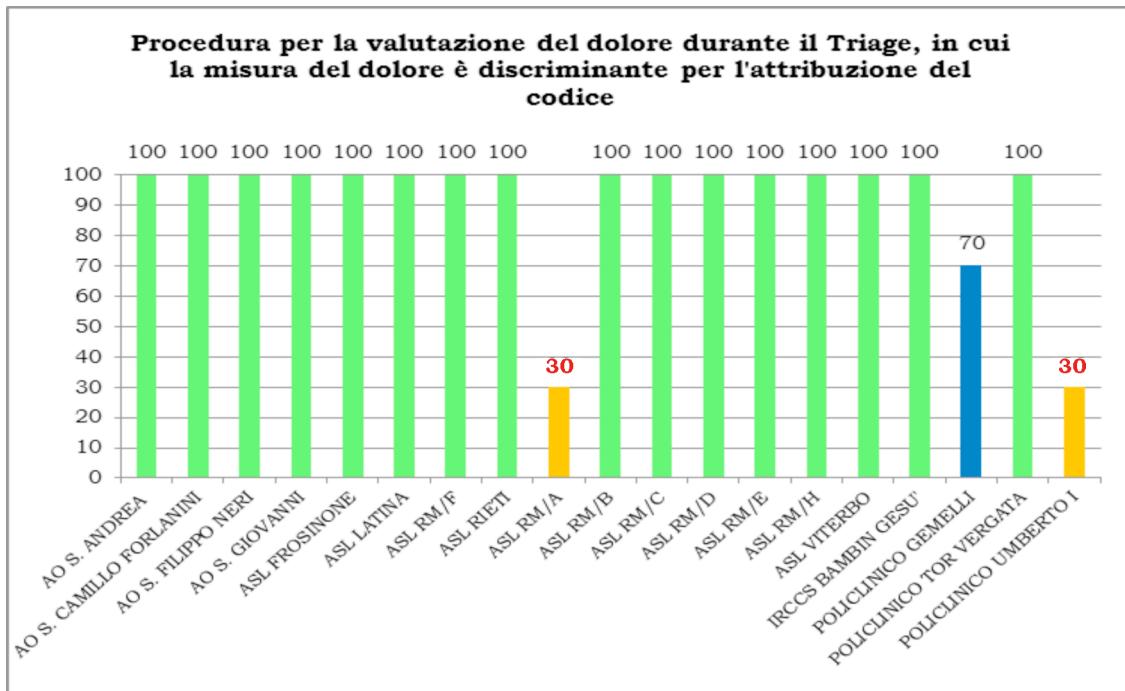


Grafico n. 50 - Confronto dell'andamento degli IAS dell'indicatore *"Valutazione del dolore durante il triage, in cui la misura del dolore è discriminante per l'attribuzione del codice"* – Seconda Componente, Livello Pronto Soccorso

**Punti di debolezza.** Come abbiamo visto, punti di debolezza si evidenziano nell'area *"linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso"*, ma anche nelle *"procedure Fast Track durante il Triage otorinolaringoiatria e oculistica"* (AO S Camillo, ASL di Latina, IRCCS Bambin Gesù e Policlinico Gemelli, tutte con un punteggio scadente); sempre su questo indicatore abbiamo una serie di IAS = 0<sup>32</sup>.

Si segnala, inoltre, che risultano valutati con un punteggio scadente (IAS = 30) la *"procedura per la valutazione del dolore durante il Triage"* per la ASL RM A e il Policlinico Umberto I Roma.

**Aspetti da migliorare.** Pur in modo eterogeneo, l'area di rivalutazione del dolore ha margini di miglioramento in diverse strutture, in quanto osserviamo in diversi casi IAS di poco superiori a 60, soprattutto negli indicatori relativi ai periodi di permanenza nelle UO di Medicina d'Urgenza e nell'Osservazione Breve Intensiva. Relativamente alle ASL, da sottolineare, come area di miglioramento ampia, la ASL di Latina, che ha presentato punteggi largamente al di sotto dello standard in diversi indicatori, soprattutto nell'area di rivalutazione e gestione del dolore: è necessario che il tavolo misto di partecipazione apra una discussione all'interno della ASL per analizzare la situazione e sviluppare proposte per migliorare la situazione.

<sup>32</sup> S Andrea, S Filippo Neri, S Giovanni, ASL di Frosinone, le ASL RM F, RM A, RM B, RM C, RM D, ASL di Viterbo e Policlinico Tor Vergata

## Fattore “Integrazione della Rete”

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 86)**

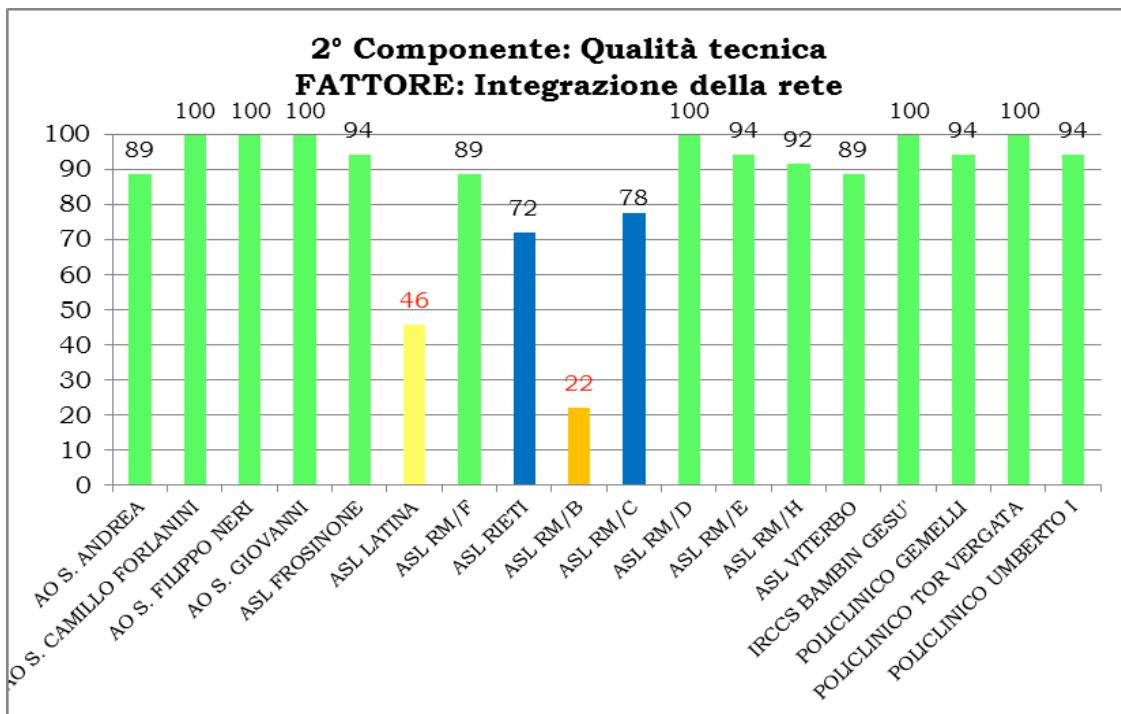


Grafico n. 51 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Gestione del triage e valutazione della criticità” – Seconda Componente, Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INTEGRAZIONE DELLA RETE”	IAS MEDIO
Percorsi per l'identificazione di pazienti con dolore toracico	<b>92</b>
Percorsi per l'identificazione di pazienti con sindrome coronarica acuta	<b>91</b>
Percorsi per l'identificazione di pazienti con disturbo neurologico acuto	<b>90</b>
Procedura di Triage al Pronto Soccorso per l'individuazione di pazienti con sindrome coronarica acuta	<b>88</b>
Rete Integrata di Servizi per la gestione delle patologie di natura cardiaca	<b>94</b>
La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio	<b>89</b>
La Rete si ispira al modello Hub&Spoke	<b>94</b>
La Rete è collegata alla CO 118	<b>94</b>
Rete Integrata di Servizi per la gestione del trauma maggiore	<b>83</b>
La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio	72
La Rete si ispira al modello Hub&Spoke	<b>83</b>
La Rete è collegata alla CO 118	<b>83</b>
Rete Integrata di Servizi per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare	<b>90</b>
La Rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio	78
La Rete si ispira al modello Hub&Spoke	<b>90</b>
La Rete prevede il servizio di Stroke unit oppure Stroke team	59
La Rete è collegata alla CO 118	<b>84</b>
Sistema di valutazione condiviso in caso di sospetto ictus cerebrale ischemico	<b>91</b>

Tabella 39 – Elenco degli indicatori valutati con il secondo fattore per il livello del Pronto Soccorso, Seconda Componente

Abbiamo raccolto un ottimo punteggio medio (IAS = 86) per questo fattore che appare essere di rilevante importanza nella dinamica del sistema di pronto soccorso, in quanto la rete integrata dei servizi per la gestione delle diverse emergenze può essere determinante per l'esito di un evento traumatico o cerebro-vascolare in un paziente. Nell'insieme, visto il valore IAS medio riportato dall'analisi, possiamo dire che nell'insieme la situazione è molto buona, con alcune piccole criticità.

**Punti di forza.** Possiamo dire che l'eccellenza è la norma sostanzialmente in tutti gli indicatori e nella maggioranza delle strutture: ben 15 indicatori su 18 hanno punteggi superiori a 80.

**Punti di debolezza.** I punti di debolezza sono segnalati in casi specifici, e in particolare a Latina in diversi indicatori: mentre già nei “*percorsi per l'identificazione di pazienti con dolore toracico*” e nei “*percorsi per l'identificazione di pazienti con sindrome coronarica acuta*” abbiamo i relativi IAS con un valore di appena 50, in merito agli indicatori “*percorsi per l'identificazione di pazienti con disturbo neurologico acuto*” e “*rete Integrata di Servizi per la gestione dell'emergenza cerebrovascolare*”, “*la rete garantisce la continuità assistenziale e favorisce l'integrazione ospedale-territorio*” troviamo valori IAS di 25. Va osservato che anche negli indicatori specifici sui modelli organizzativi quali “*la rete si ispira al modello Hub&Spoke*” e “*La Rete è collegata alla CO 118*”, purtroppo siamo in presenza di punteggi scadenti (IAS=25). Latina sconta nel suo punteggio medio anche una serie di IAS = 0: in particolare in merito alla “*Stroke unit*” o dello “*stroke team*”, e alla “*Rete Integrata di Servizi per la gestione del trauma maggiore*”.

**Aspetti da migliorare.** Come abbiamo visto, in presenza in generale di valori molto alti largamente diffusi e che rassicurano, abbiamo un amplissimo margine di miglioramento in diverse aree della Rete di emergenza di Latina, e occorrerà che il tavolo misto di partecipazione apra una discussione seria e serrata su questi elementi che richiedono un approfondimento e degli interventi determinati da parte della direzione.

## Fattore “Sistema Informativo e Risorse Tecnologiche”

**BUONO (IAS medio del fattore = 68)**

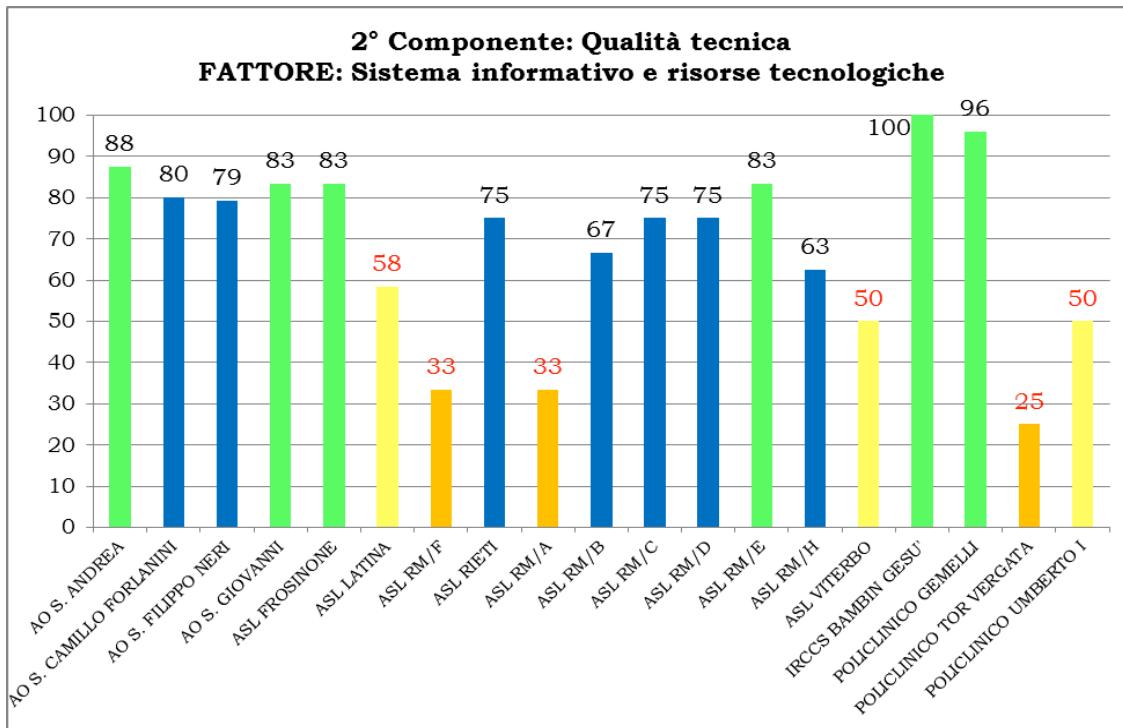


Grafico n. 52 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sistema informativo e risorse tecnologiche” – Seconda Componente, Livello Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SISTEMA INFORMATIVO E RISORSE TECNOLOGICHE”	IAS MEDIO
Gestione completa dei dati del paziente attraverso il software	<b>95</b>
Gestione della cartella clinica attraverso il software	70
Gestione delle prestazioni effettuate attraverso il software	<b>97</b>
Integrazione tra il software e l'Unità Operativa di radiologia ai fini della trasmissione e della lettura delle immagini in formato elettronico	76
Condivisione del software tra tutti i Presidi Ospedalieri presenti all'interno della ASL	58
Compatibilità del software con gli altri sistemi informativi presenti nella ASL	66
Analisi statistica dei dati attraverso il software	<b>100</b>
Archiviazione dell'analisi delle attività svolte e delle valutazioni circa la loro qualità e appropriatezza attraverso il software	76
Collegamento informatico per la gestione dei ricoveri	71
Cartella clinica informatizzata	58
Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in ospedale con quale modalità: - software integrato di gestione dei posti letto - sistema codificato di messa a disposizione di un certo numero di posti letto per il PS da parte delle Unità Operative di ricovero	<b>36</b>
Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in altri ospedali della ASL - con quale modalità: - sistema di collegamento con la CO118 - sistema di collegamento con altri Pronto Soccorso	<b>0</b>

Tabella 40 – elenco degli indicatori valutati con il terzo fattore per il livello Rete di Emergenza, Seconda Componente

Nonostante il punteggio medio nominalmente buono ottenuto da questo fattore (IAS = 67), si evidenzia una forte variabilità tra le diverse aziende. Su in totale di dodici indicatori, ne osserviamo 7 con punteggi IAS buono o ottimo.

Questo fattore assume rilevanza per la sua capacità di indicare il grado di evoluzione tecnologica del servizio, in funzione sia della capacità di elaborazione di dati e di comunicazione tra diverse parte della struttura sanitaria, sia della capacità organizzativa derivante dalle informazioni raccolte ed elaborate e dalla velocità con la quale questo processo può avvenire.

**Punti di forza.** Dai dati raccolti, possiamo affermare che ci sono almeno tre indicatori con punteggio molto elevato: quelli relativi alla *"gestione completa dei dati del paziente"* e *"gestione delle prestazioni attraverso il software"*, e quelli relativi alla *"capacità di analisi statistica dei dati"*.

**Punti di debolezza.** Le aree di debolezza sono presenti in indicatori critici per la capacità di gestione dei flussi intensi di pazienti ai pronto soccorso della nostra regione: *"Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in ospedale, con quale modalità, se è presente un software integrato di gestione dei posti letto, se esiste un sistema codificato di messa a disposizione di un certo numero di posti letto per il PS da parte delle Unità Operative di ricovero"*, con un valore IAS di 36, molto basso (IAS = 25 – per la ASL di Latina) e *"il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in altri ospedali della ASL, con quale modalità, se il sistema ha un collegamento con la CO 118, se esiste un sistema di collegamento con altri Pronto Soccorso"*, che è stato valutato "0" in tutti i centri.

**Aspetti da migliorare.** Occorre intervenire perché l'informatizzazione carente sia realizzata in tempi brevi e sia compatibile con i sistemi attualmente presenti nelle strutture. Appare particolarmente importante migliorare la gestione dei posti letto per le strutture di emergenza, soprattutto alla luce di quanto osservato negli ultimi mesi nei pronto soccorso della regione. La capacità di gestire i posti letto disponibili nei reparti diventa fondamentale per decongestionare il sistema, in attesa di una riforma strutturale che attivi un efficace sistema di medicina territoriale, e di una redistribuzione dei posti letto e dei pazienti in diverse strutture di emergenza che eviti di concentrarli soltanto in alcune.

## Fattore “Formazione e Sicurezza del Personale”

OTTIMO (IAS medio del fattore = 84)

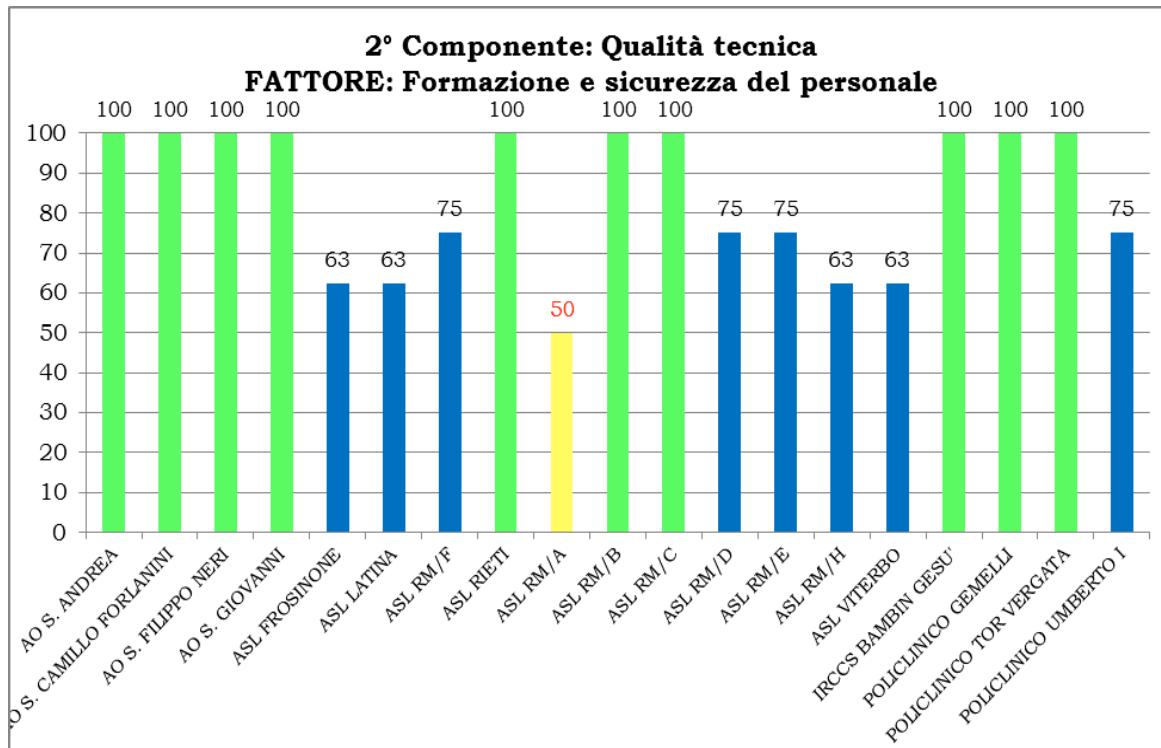


Grafico n. 53 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Formazione e sicurezza del personale” – Seconda Componente, Livello Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “FORMAZIONE E SICUREZZA DEL PERSONALE”	IAS MEDIO
Formazione di base sul Triage per tutti gli operatori	100
Formazione permanente sul Triage per tutti gli operatori	84
Guardie giurate nella sala d'attesa del Pronto Soccorso)	72
Postazione di pubblica sicurezza nelle vicinanze del Pronto Soccorso	79

Tabella 41 – Elenco degli indicatori valutati con il quarto fattore per il livello Pronto Soccorso, Seconda Componente

Quest'area si presenta come ben presidiata da tutte le strutture, sia per quanto riguarda la formazione del personale che la sicurezza di personale e pazienti.

**Punti di forza.** Tutte le aree sono ben rappresentate e, come si vede dalla tabella, i punteggi medi sono tutti tra il buono e l'ottimo.

**Punti di debolezza.** Non si segnalano criticità particolari, solo due valori - limite di IAS = 50 in merito alla presenza di vigilanza e di posto di polizia nella ASL di Latina e in quella di Frosinone.

**Aspetti da migliorare.** In merito ai valori puntuali dei singoli indicatori osservati nei diversi centri, possiamo suggerire ai Tavoli Misti e alle direzioni di lavorare sulla formazione permanente sul *triage* a Frosinone, Viterbo e Policlinico Umberto I, e curare maggiormente la sicurezza a Latina, RM H e RM A.

## Terza componente:

### Umanizzazione

Terza componente: Umanizzazione	
IAS 2013	L2
	60
<b>FATTORI</b>	
1.1 Cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy	67
1.2 Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa	54
1.3 Comfort e accessibilità	65
1.4 Accesso alle informazioni, alla documentazione e informazione	55

Tabella 42 – Valori dei livelli analizzati (solo L2) relativamente ai fattori della Terza componente del Pronto Soccorso

### DISCRETO (IAS medio del fattore = 60)

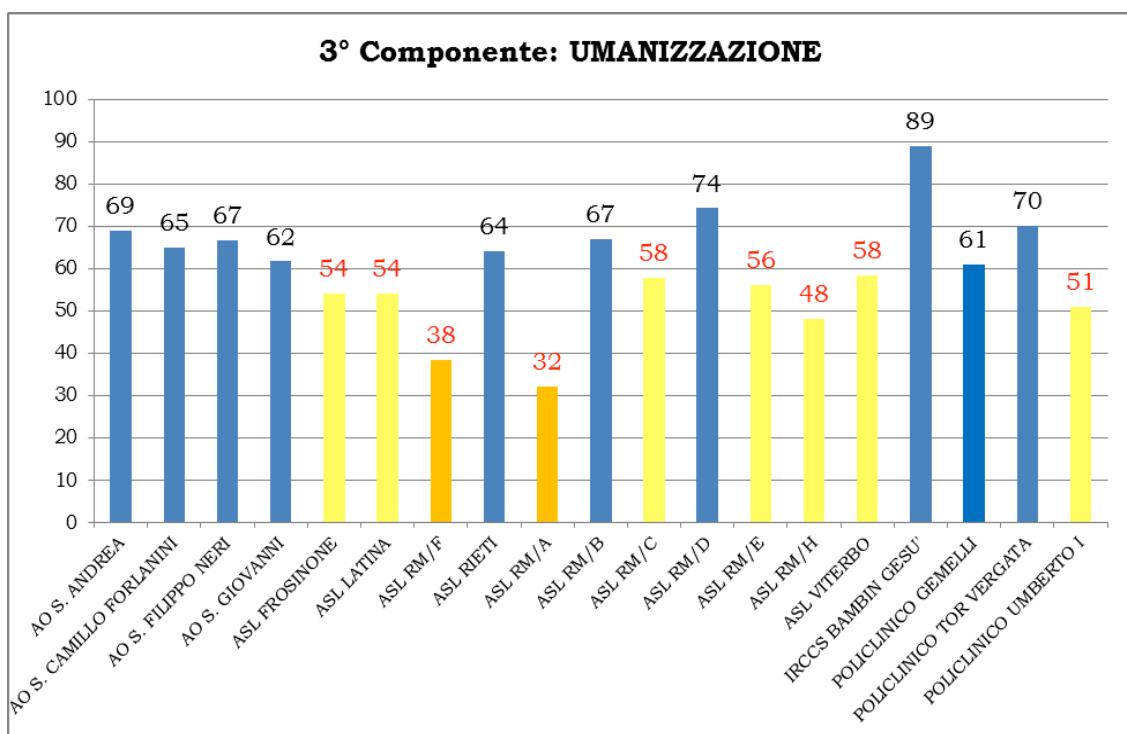


Grafico n. 54 - Confronto dell'andamento degli IAS della componente "Umanizzazione" – Livello Pronto Soccorso.

**Fattore “Cura della relazione  
con il paziente e rispetto della privacy”**

**BUONO (IAS medio del fattore = 66)**

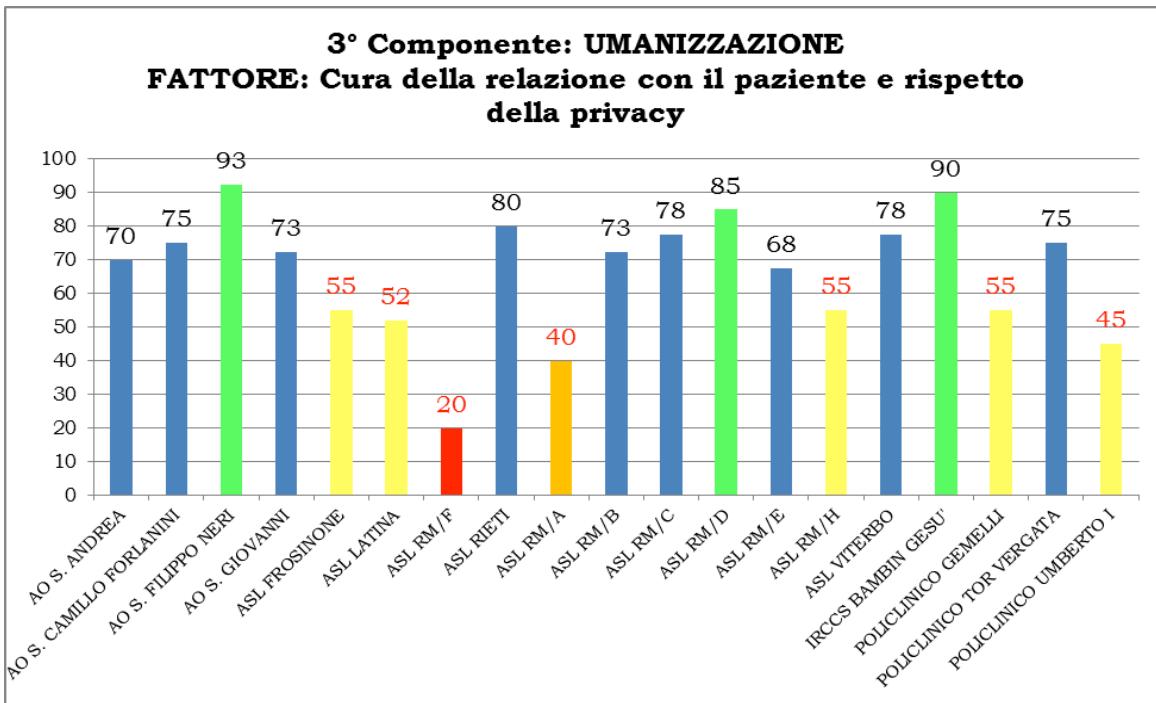


Grafico n. 55 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy” – Terza Componente, Livello Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE E RISPETTO DELLA PRIVACY”	IAS MEDIO
Procedura per la comunicazione con i parenti	66
Servizio di accoglienza dedicato ai cittadini che accedono al Pronto Soccorso	61
Procedura aziendale per il consenso informato	<b>95</b>
Corsi di formazione su aspetti della comunicazione/relazione con il paziente/cittadino per gli operatori sanitari negli ultimi due anni - indicare su quali argomenti: - comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto - temi della diversità culturale - gestione della fase del fine vita	52
Supporto psicologico specifico per coloro che hanno subito violenza a sfondo sessuale - indicare con quali modalità: - consulenza psicologica in tutti i casi di violenza a sfondo sessuale - consulenza psicologica su eventuale richiesta, ma non rientra in un programma specifico	77
Modalità di chiamata dei pazienti in sala di attesa del Pronto Soccorso nel rispettano della tutela della privacy	70

Procedura per le comunicazioni ai pazienti e familiari nel rispetto della riservatezza	<b>88</b>
Area dedicata ai pazienti in fase terminale nel Pronto Soccorso	<b>38</b>
Area dedicata ai pazienti deceduti nel Pronto Soccorso	74
Informazione agli utenti del Pronto Soccorso della possibilità di decidere a quali soggetti può essere comunicata la propria presenza al Pronto Soccorso indicare con quale modalità:	
- informativa stampata/materiale documentale (depliant, scheda, modulo, ecc)	<b>46</b>
- affissioni	
- operatore secondo una precisa procedura aziendale	

Tabella 43 – elenco degli indicatori valutati con il primo fattore per il livello Pronto Soccorso, Terza Componente

Il punteggio medio del fattore “*cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy*” è buono (IAS = 66), anche se sarebbe auspicabile un valore più alto su un tema così delicato e complesso del rapporto con la cittadinanza. Anche in questa area di valutazione si notano alcuni punteggi negativi nella ASL di Latina.

**Punti di forza.** Il “*servizio di accoglienza dedicato ai cittadini che accedono al Pronto Soccorso*” (IAS = 95), insieme all’indicatore “*procedura per le comunicazioni ai pazienti e familiari nel rispetto della riservatezza*” (IAS = 88) sono chiaramente i punti di forza emersi, e risultano sostanzialmente distribuiti in modo omogeneo tra le varie strutture analizzate. Tuttavia non sono due indicatori chiave. Altri indicatori più sensibili non hanno raggiunto lo stesso livello di eccellenza.

Per quanto riguarda la distribuzione dei dati, possiamo affermare che punteggi elevati sono stati ottenuti dall’IRCCS Bambin Gesù, dalla ASL di Rieti, dalla ASL RMD e dall’AO San Filippo Neri.

**Punti di debolezza.** Specifici punti di debolezza appaiono essere l’indicatore “*area dedicata ai pazienti in fase terminale nel Pronto Soccorso*” (IAS = 33), con un valore molto basso a Latina (IAS = 25) e l’indicatore “*informazione agli utenti del Pronto Soccorso della possibilità di decidere a quali soggetti può essere comunicata la propria presenza al Pronto Soccorso*”, che presenta valori particolarmente bassi (IAS = 25) nella ASL RMH e all’IRCCS Bambin Gesù. Sorprende, inoltre, il punteggio pessimo (IAS = 12) di Latina nell’indicatore “*Supporto psicologico specifico per coloro che hanno subito violenza a sfondo sessuale*”, che richiede certamente un approfondimento con la direzione e delle azioni immediate per riportarlo ad uno standard accettabile. Anche la ASL RMF e il Policlinico Umberto I registrano un punteggio medio di questo fattore piuttosto basso (rispettivamente IAS 20 e 45).

**Aspetti da migliorare.** I punti di debolezza identificati spingono a pensare che interventi nelle due aree e nelle strutture indicate sono opportuni e urgenti.

Come segnalato nel commento iniziale a questo fattore, i punteggi di alcuni indicatori, seppur considerati “buoni”, non sono elevati: “*procedura per la comunicazione con i parenti*”, “*servizio di accoglienza dedicato ai cittadini che accedono al Pronto Soccorso*” hanno IAS appena sopra il 60 e la formazione

degli operatori in tema di comunicazione e relazione ha uno IAS di 52. Dal punto di vista civico, questo fattore, pur non riguardando aspetti direttamente connessi all'intervento diagnostico e terapeutico, ha una importanza rilevante: una comunicazione rispettosa e corretta, la qualità umana dell'accoglienza, il rispetto della riservatezza dei cittadini che si rivolgono a queste strutture e, infine, la sensibilità di offrire attenzioni particolari e dedicate a chi è in fase terminale e ai loro cari, sono alla base di una relazione umana che può e deve costruire una relazione tra utenti e strutture sanitarie tramite i loro operatori.

### **Fattore “Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa”**

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 54)**

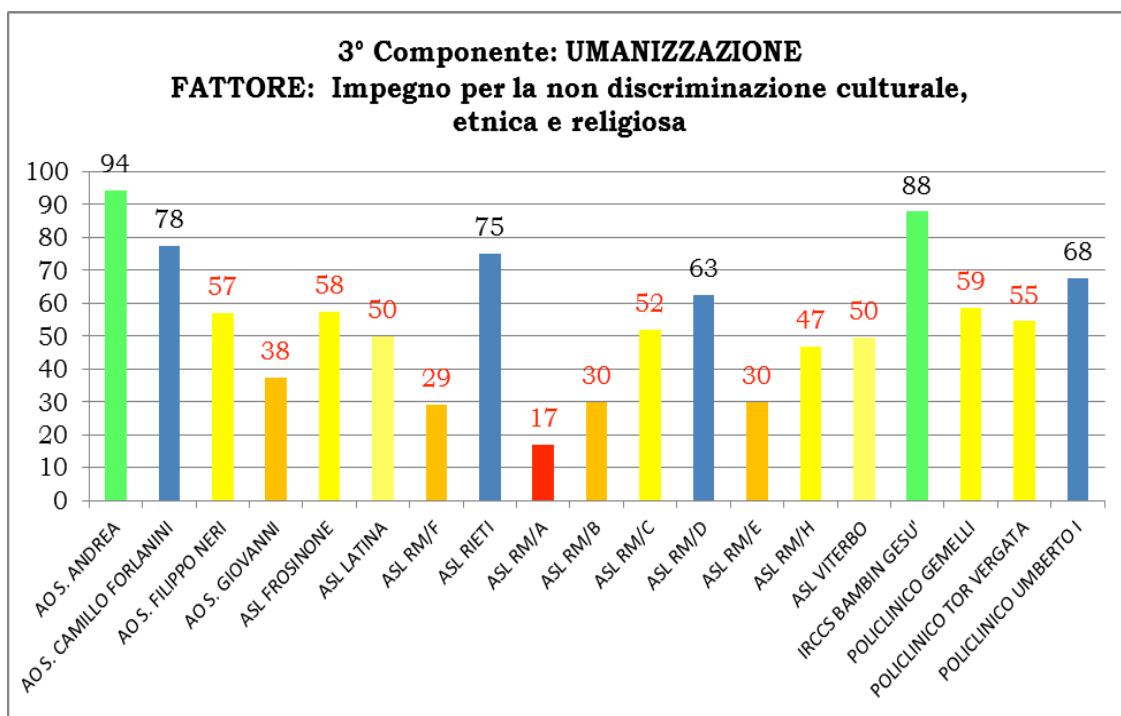


Grafico n. 56 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “*Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa*” – Terza Componente, Livello Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “IMPEGNO PER LA NON DISCRIMINAZIONE CULTURALE, ETNICA E RELIGIOSA”</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Servizio di interpretariato al Pronto Soccorso - indicare con quali modalità: - servizio disponibile nella struttura sanitaria - servizio disponibile a chiamata	<b>28</b>
Documentazione informativa multilingue al Pronto Soccorso - indicare quali: - fogli informativi multilingue su servizi presenti nelle strutture - moduli di consenso informato multilingue - carta dei servizi	<b>7</b>
Comunicazione formale delle modalità di rilascio, agli utenti stranieri sprovvisti de permesso di soggiorno, del codice STP	<b>84</b>
Servizio di mediazione culturale a chiamata	64
Assistenza religiosa - indicare con quali modalità: - per i cattolici è disponibile nella struttura sanitaria e/o a chiamata - per i non cattolici è disponibile nella struttura sanitaria e/o a chiamata	71
Possibilità al Pronto Soccorso di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza	<b>43</b>
Possibilità nel reparto di Osservazione Breve intensiva di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza	<b>37</b>
Possibilità nel reparto di Medicina d'Urgenza di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza	<b>47</b>
Possibilità nel reparto di Osservazione Breve Intensiva di tenere conto nei menu delle esigenze etiche o religiose	91
Possibilità nel reparto di Medicina d'urgenza di tenere conto nei menu delle esigenze etiche o religiose	<b>98</b>

Tabella 44 – Elenco degli indicatori valutati con il secondo fattore per il livello Pronto Soccorso, Terza Componente

La trasformazione in atto ormai da anni della nostra società in una comunità multietnica, multireligiosa e multiculturale deve spingere tutta la pubblica amministrazione non solo a prenderne finalmente atto, ma ad organizzarsi affinché siano rispettati i diritti di tutti e siano messi in pratica servizi che vadano incontro a tutti i nuovi bisogni legati a tale evoluzione.

In questo quadro, il punteggio medio discreto (IAS = 53) non può essere certo considerato positivamente, anche perché ci sono ben cinque indicatori su dieci che hanno valori molto bassi o pessimi.

Si nota anche, pur in presenza di strutture con punteggi positivi, che ne esistono altre che raccolgono punteggi medi piuttosto bassi.

**Punti di forza.** Due punti di forza comunque sono presenti, e fanno riferimento agli indicatori “comunicazione formale delle modalità di rilascio, agli utenti stranieri sprovvisti de permesso di soggiorno, del codice STP” (IAS = 84) e “Possibilità nel reparto di Medicina d'urgenza di tenere conto nei menu delle esigenze etiche o religiose” (IAS = 87). Tuttavia, possiamo considerare questi due elementi come veramente di base e non certo indicatori di eccellenza in un'area così delicata.

**Punti di debolezza.** I punteggi registrati in ben cinque indicatori sono davvero bassi, e sottolineano una mancanza di attenzione e di politiche dell'accoglienza multiculturale alla quale occorrerà mettere in fretta rimedio. Tra le altre cose, alcuni sono davvero da un lato “basici”, ma dall'altro importanti per garantire la giusta attenzione a quanto il paziente deve comunicare per poter accedere ad una diagnosi corretta e ad un intervento terapeutico appropriato: “servizio di interpretariato al Pronto Soccorso” (IAS =

28) “documentazione informativa multilingue al Pronto Soccorso comprensiva dei moduli di consenso informato multilingue” (IAS = 7). Tre indicatori sono riferiti alla “possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza”: il valore basso di questi (IAS tra 32 e 43) indica che occorre fare una operazione culturale prima ancora che organizzativa che porti ad una maggiore sensibilità delle nostre strutture sanitarie.

Rispetto alle strutture, la ASL RMH appare quella con le maggiori difficoltà, avendo punteggi basi in ben cinque indicatori<sup>33</sup>.

**Aspetti da migliorare.** Gli aspetti da migliorare relativamente a questo fattore sono parecchi ed è opportuno che si avvii una discussione con la regione e con le strutture che presentano maggiori difficoltà ad avviare servizi in questa delicata area. Serviranno corsi di formazione e sensibilizzazione dei dipendenti e l’attivazione di personale *ad hoc*, come indicato proprio dalle domande effettuate nel corso di questa parte dell’audit civico in sanità.

### Fattore “Comfort e Accessibilità”

**BUONO (IAS medio del fattore = 65)**

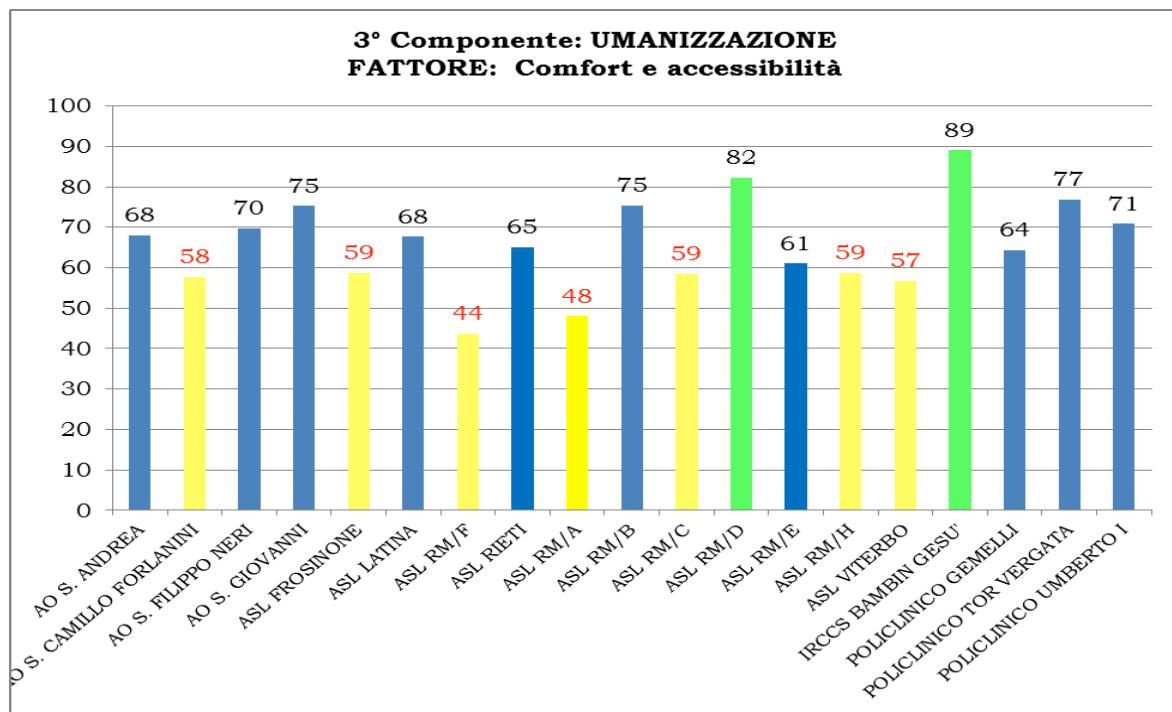


Grafico n. 57 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Comfort e accessibilità” – Terza Componente, Livello Pronto Soccorso

<sup>33</sup> Servizio di interpretariato al Pronto Soccorso; documentazione informativa multilingue al Pronto Soccorso; servizio di mediazione culturale a chiamata; assistenza religiosa; possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna al Pronto Soccorso

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT E ACCESSIBILITÀ”	IAS MEDIO
Vitto e/o generi di conforto gratuiti per i pazienti in corso di visita al Pronto Soccorso	<b>84</b>
Sistema di climatizzazione nei locali che ospitano pazienti nel Pronto Soccorso	<b>100</b>
Sistema di climatizzazione nei locali che ospitano pazienti nell'Osservazione Breve Intensiva	79
Sistema di climatizzazione nei locali che ospitano pazienti nella Medicina d'urgenza	<b>86</b>
Sala d'attesa/spazio dedicato ai bambini nel Pronto Soccorso	58
Interventi di pulizia nei locali del Pronto Soccorso previsti nel Capitolato d'appalto	69
Interventi di pulizia nei locali di Osservazione Breve Intensiva previsti nel Capitolato d'appalto	74
Interventi di pulizia nei locali di Medicina d'Urgenza previsti nel Capitolato d'appalto	66
Interventi di pulizia extra a chiamata, previsti nel Capitolato	<b>28</b>
Bagni per il pubblico nel Pronto Soccorso, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati	<b>36</b>
Bagni nei locali dell'Osservazione Breve Intensiva, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati	<b>16</b>
Bagni nei locali di Medicina d'Urgenza, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati	<b>15</b>
Sala d'attesa del Pronto Soccorso con: congruo numero di posti a sedere; spazio congruo per i pazienti in barella; display che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per ogni codice triage; distributori di alimenti e bevande; telefono pubblico; televisione (anche a circuito chiuso)	76
Nei locali del Pronto Soccorso sono presenti le seguenti aree dedicate ad uso del personale: bagno; Cucina; Sala relax; Impianto di aria condizionata	<b>95</b>
Segnaletica stradale in prossimità della struttura sanitaria relativa al Pronto Soccorso	<b>100</b>
Parcheggio riservato agli utenti del Pronto Soccorso	<b>46</b>
Cartellonistica, all'interno della struttura sanitaria, con indicazioni che tracciano il percorso per raggiungere il Pronto Soccorso	<b>89</b>
Percorsi e accorgimenti per raggiungere il Pronto Soccorso accessibili a persone con disabilità motoria	<b>100</b>
Percorsi e accorgimenti che consentono a non vedenti e ipovedenti l'accesso al Pronto Soccorso	<b>25</b>

Tabella 45 – Elenco degli indicatori valutati con il terzo fattore per il livello Pronto Soccorso, Terza Componente

Questo fattore vede alcune criticità segnalate dalla presenza di punteggi bassi o molto bassi in una serie di indicatori, con aree di miglioramento che non dovrebbero essere troppo difficili da implementare, visto che non si tratta di interventi di carattere strutturale o culturale. Dall'altro lato, esistono ben sette punti di forza, indicando che sulle aree sottostanti è stato svolto un lavoro efficace negli anni passati. La presenza infatti di un IAS medio di 63 descrive bene la situazione eterogenea di questo fattore, accompagnato dalla presenza di 6 indicatori con punteggi pessimi (tre) o scadenti (tre).

Rispetto alla situazione delle singole strutture, di nuovo la ASL di Latina appare in difficoltà (con 7 indicatori tra 25 e 50), seguita a distanza dalla ASL RM/H (5 indicatori tra 33 e 50).

**Punti di forza.** Fa piacere osservare che alcuni elementi importanti per il comfort rappresentano punti di forza, quali ad esempio il “*sistema di climatizzazione nei diversi reparti dell'emergenza*” (IAS tra 79 e 100), “*la segnaletica e la cartellonistica*” (IAS tra 89 e 100), “*i percorsi e gli accorgimenti a beneficio dei portatori di disabilità motorie*” (IAS = 100), ma non per coloro che hanno deficit visivi, come evidenziato qui sotto.

**Punti di debolezza.** Come detto, esistono sei indicatori con punteggi molto bassi che mettono in evidenza criticità sulle quali occorre intervenire. Segnaliamo prima di tutto il valore inaccettabile di un indicatore particolarmente sensibile, quello relativo alla presenza di “*percorsi e accorgimenti che consentono a non vedenti e ipovedenti l'accesso al Pronto Soccorso*”: al di là degli obblighi di legge, occorrerebbe soltanto un po’ di buona volontà e di sensibilità umana ancora prima che civica per porre rimedio a questo problema assai diffuso, dal momento che il suo IAS è solo 25 .

Inoltre, punteggi bassi sono registrati per “*interventi di pulizia nei locali di Medicina d'Urgenza previsti nel Capitolato d'appalto*”, “*bagni per il pubblico nel Pronto Soccorso, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati*”, “*bagni nei locali dell'Osservazione Breve Intensiva, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati*”, “*bagni nei locali di Medicina d'Urgenza, in cui sono presenti tabelle con la registrazione degli interventi di pulizia effettuati*”. Sembrano tutti aspetti legati alla modalità con la quale viene sviluppato e poi eventualmente monitorato il relativo capitolato per le pulizie. Quest’area mette di nuovo in evidenza l’importanza della trasparenza e della partecipazione dei rappresentanti dei cittadini e dei pazienti in diversi processi organizzativi che fino a poco tempo fa venivano comunemente considerati di competenza aziendale ma che dovranno nel prossimo futuro vedere la partecipazione di una più ampia schiera di *stakeholder*.

Infine, un elemento meno critico ma senz’altro motivo di scomodità: “*parcheggio riservato agli utenti del Pronto Soccorso*” (problema che appare evidentemente comune a diverse strutture, avendo sviluppato un IAS di 46).

**Aspetti da migliorare.** Nell’insieme, come detto, uno IAS medio del fattore pari a 63 lascia spazio a miglioramenti a diversi livelli, e questo richiederà impegno: l’accessibilità per non vedenti e ipovedenti richiede interventi immediati che possono essere effettuati con una certa facilità dal momento che non richiedono misure strutturali complesse o costose. Ci si aspetta l’apertura di una discussione sul tema dei capitolati per la pulizia e la verifica degli interventi di pulizia effettuati, e l’attivazione di interventi tempestivi di pulizia a chiamata, soprattutto in periodi di grande afflusso e affollamento dell’area dell’emergenza, come ormai siamo abituati a vedere troppo spesso.

## Fattore “Accesso alle Informazioni, alla documentazione e Comunicazione”

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 54)**

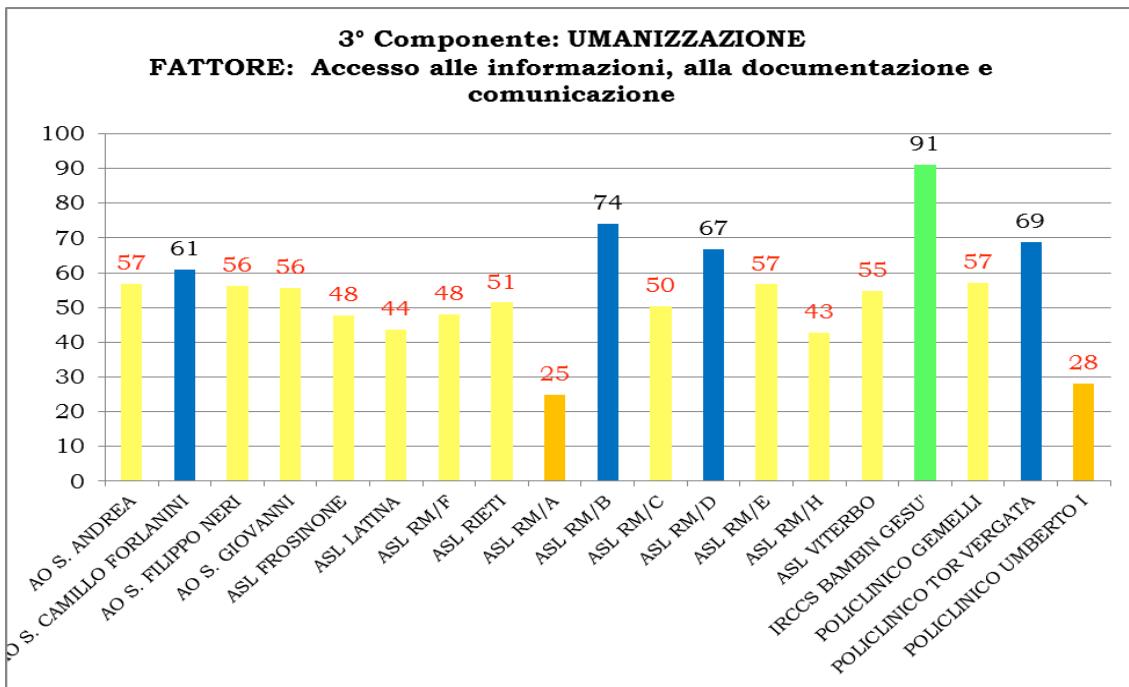


Grafico n. 58 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione” – Livello Pronto Soccorso, Terza Componente

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, ALLA DOCUMENTAZIONE E COMUNICAZIONE”</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Modalità di comunicazione ai cittadini sulle informazioni sul sistema di triage adottato e relativa attribuzione dei codici di priorità	68
Modalità di comunicazione ai cittadini sulle informazioni circa le prestazioni soggette a pagamento ticket e relativa modalità	46
Modalità di comunicazione ai cittadini su come e dove ottenere referti e comunicazioni clinica	45
Copia (duplicato) delle immagini diagnostiche	100
Copia di documentazione clinica masterizzata (DVD o CD)	80
Invio a domicilio della Cartella Clinica del reparto di Medicina d'Urgenza	74
Invio online della Cartella Clinica del reparto di Medicina d'Urgenza	18
Invio a domicilio dei referti di esami diagnostici strumentali	28
Invio online dei referti di esami diagnostici strumentali	12
Materiale informativo sul sistema Triage adottato dalla struttura in prossimità o all'interno del Pronto Soccorso	93
Sala d'attesa con monitor che indica i tempi di attesa divisi per codici di Triage	58
Sito Web aziendale con i tempi di attesa divisi per codice di Triage	24
Carta dei Servizi redatta dalla struttura	87
Redazione della Carta con il coinvolgimento della rappresentanza degli utenti	42
Copia della Carta nella sala d'attesa o in altri ambienti del Pronto Soccorso	34
Carta on line sul sito internet aziendale	89
Documento, per i medici, con le indicazioni operative sulle modalità di	95

prescrizione di esami, farmaci e presidi a carico del SSN ai pazienti: - Visitati al Pronto Soccorso - Dismessi dal reparto di Osservazione Breve Intensiva e Medicina d'Urgenza	
Procedura relativa alle dimissioni per garantire la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.) - indicare se: - Pronto Soccorso - Osservazione Breve Intensiva - Medicina d'urgenza	50
(solo per il reparto di Medicina d'Urgenza) - Procedura per la prenotazione del follow-up post-ricovero all'atto della dimissione senza la necessità di richiesta da parte del medico curante	81
Report periodici sull'applicazione delle procedure di follow up	17
Sistema di condivisione telematica dei dati clinici tra l'ospedale e i medici di medicina generale	5

Tabella 46 – elenco degli indicatori valutati con il quarto fattore per il livello Pronto Soccorso Terza Componente

Questa è un'altra area delicata dalla quale, dal punto di vista civico, ci aspettiamo di più: il suo IAS medio è solo discreto, con un valore di 54. E' un fattore molto articolato nella sua analisi e, per comodità di lettura, può essere diviso in cinque sottogruppi:

- a) comunicazione sostanzialmente di informazioni ai cittadini (due IAS bassi su tre);
- b) accesso alle proprie informazioni da parte dei cittadini (tre indicatori negativi su sei);
- c) informazioni sul *triage* e sui tempi di attesa nel Pronto Soccorso (un punteggio negativo su tre, ma c'è anche un punteggio molto alto);
- d) carta dei servizi (due IAS molto bassi su quattro). Va rilevato che mentre la presenza della carta dei servizi redatta dalla struttura è sostanzialmente presente dappertutto e riceve un punteggio alto (IAS tra 87 e 89), dai valori riportati nell'analisi appare chiaro che non è stata in generale elaborata in collaborazione con le rappresentanze degli utenti, e questo, dal punto di vista civico, rappresenta sicuramente un'area di miglioramento.
- e) altre procedure più operative che hanno a che fare con il follow-up, i trattamenti, le dimissioni e i rapporti tra il Pronto Soccorso e i medici di medicina generale (due punteggi negativi su cinque).

Dal punto di vista delle strutture prese in esame, dobbiamo segnalare di nuovo elementi di criticità soprattutto nella ASL RM H e nella ASL di Latina.

**Punti di forza.** La disponibilità di copia del duplicato delle immagini diagnostiche (IAS = 100), le informazioni su come viene realizzato il triage; l'applicazione di una procedura che preveda un “documento, per i medici, con le indicazioni operative sulle modalità di prescrizione di esami, farmaci e presidi a carico del SSN ai pazienti”; “la disponibilità sul sito della carta dei servizi”. Va osservato, come segnalato nel commento precedente, che nessuna delle cinque aree che abbiamo identificato all'inizio di questo paragrafo è in tutto positiva, denunciando una problematica di sistema.

**Punti di debolezza.** Come rappresentato nel commento all'inizio dell'analisi di questo fattore, esistono 10 indicatori con punteggi insufficienti su 21 in totale. I punti di debolezza, quindi, indicano una difficoltà all'interno del sistema qui descritto ad essere omogeneamente efficiente all'interno delle cinque aree in cui i 21 indicatori sono stati raccolti per semplicità di lettura.

Esistono anche situazioni territoriali che richiedono interventi specifici<sup>34</sup>.

**Aspetti da migliorare.** Da un punto di vista civico, il meccanismo di elaborazione delle carte dei servizi deve prevedere maggiore partecipazione con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei cittadini. Ciò, tra l'altro, consentirebbe la messa a fuoco di problematiche specifiche che potrebbero sfuggire a causa del punto di vista e delle sensibilità diverse dei vari *stakeholder*.

In generale, tutte e cinque le aree hanno bisogno di interventi per far sì che questo sistema funzioni meglio e in modo più omogeneo.

### **Eventi sentinella della rete del pronto soccorso**

Nel corso di questa edizione dell'Audit civico nel Lazio sono stati anche analizzati alcuni eventi sentinella che sono indicatori negativi che segnalano un problema, in genere nell'area dell'igiene e della manutenzione, e che concorrono al calcolo della media per ciascuna struttura: in caso di presenza di tale evento, si tolgono una volta sola 25 punti, anche se si presentano su più situazioni; se tale evento non è presente, il valore è zero e non ha impatto alcuno.

---

<sup>34</sup> La ASL di Latina prima di tutte, ma c'è spazio per interventi di miglioramento anche all'AO S Giovanni, ASL RM A, ASL RM C, ASL RM H, ASL Rieti, ASL Viterbo, Policlinico Gemelli e Policlinico Umberto I

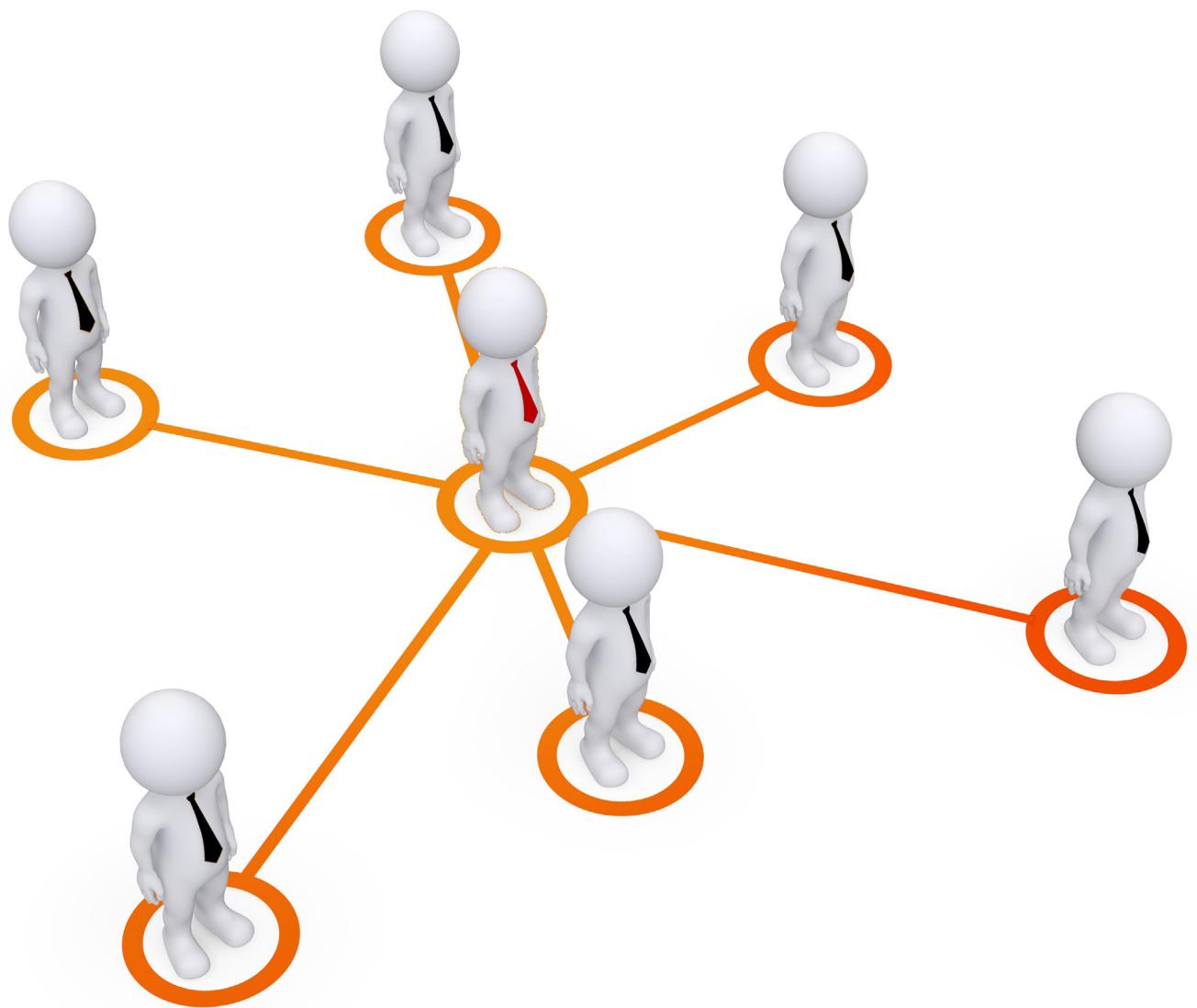
Nella tabella sottostante sono rappresentati questi eventi nelle strutture dove sono stati registrati:

	<b>Segni di fatiscenza alle pareti</b>	<b>Vetri rotti</b>	<b>Finestre che non si chiudono</b>	<b>Presenza di insetti, scarafaggi ecc</b>	<b>Rifiuti o altro materiale abbandonato</b>	<b>Soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa</b>	<b>Servizi igienici fuori uso</b>	<b>Enorme affollamento in sala d'attesa</b>	<b>Letti aggiunti</b>	<b>Barelle aggiunte</b>
AO S. Andrea	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25
AO S. Camillo Forlanini	0	0	0	0	-25	0	0	-25	0	-25
AO S. Filippo Neri	0	0	0	0	0	0	0	-25	0	-25
AO S. Giovanni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-25
ASL Frosinone	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25
ASL Latina	-25	0	-25	-25	0	0	-25	-25	0	0
ASL RM B	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25
ASL RM C	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25	-25
ASL RM E	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25
ASL RM H	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25	-25
ASL Viterbo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-25
POL. Tor Vergata	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25
POL. Umberto I	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	-25

Tabella 47 – Rappresentazione degli eventi sentinella per il Pronto Soccorso

Come riportato nella parte iniziale, gli ultimi tre eventi sentinella (“*enorme affollamento nella sala d'attesa*”, “*letti aggiunti*”, “*barelle aggiunte*”), anche se registrati in un momento specifico nel tempo durante l’effettuazione di questo ciclo di Audit civico, rappresentano quanto segnalato nei mesi scorsi senza sosta da molti di coloro che a vario titolo frequentano il Pronto Soccorso degli ospedali di Roma e del Lazio e che ha trovato ampio spazio sui media.

## Livello Salute Mentale



## **Valutazione civica della qualità dei servizi di Salute Mentale**

Nella *Valutazione civica della qualità dei servizi di Salute Mentale* confluiscono i seguenti dieci fattori:

- Accessibilità delle prestazioni sanitarie
- Integrazione dei servizi
- Comfort
- Sicurezza dei pazienti
- Continuità assistenziale
- Miglioramento della qualità e formazione professionale
- Informazione e comunicazione
- Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione
- Rapporti con le famiglie
- Rapporti con le comunità

Tali fattori si articolano a loro volta in diversi indicatori ritenuti importanti per valutare se l'organizzazione dei servizi sanitari sia concretamente orientata al cittadino. Di seguito si riportano le tabelle relative ai livelli di analisi considerati per lo studio di questa componente (Tab. 1) e le classi considerate per la classificazione dei punteggi (Tab. 2) ed i valori medi degli IAS per i corrispondenti livelli di analisi (Tab. 3):

<b>LIVELLI</b>
L1 = Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
L2 = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
L3 = Centro di Salute Mentale (CSM)

Tabella 48 – Livelli esaminati nell'analisi delle strutture per la Salute Mentale

CLASSI DI PUNTEGGIO IAS (Indice di Adeguamento agli Standard)	LEGENDA COLORI DELLE TABELLE
<b>IAS 100 - 81 = OTTIMO</b>	
<b>IAS 80 - 61 = BUONO</b>	
<b>IAS 60 - 41 = DISCRETO</b>	
<b>IAS 40 - 21 = SCADENTE</b>	
<b>IAS 20 - 0 = PESSIMO</b>	

Tabella 49 – equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi

<b>Valutazione civica della qualità dei Servizi di Salute Mentale</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1 DSM</b>	<b>L2 SPDC</b>	<b>L3 CSM</b>	<b>IAS MEDIO</b>
				<b>68</b>
<b>FATTORI</b>				
Accessibilità delle prestazioni sanitarie	68	66	71	<b>71</b>
Integrazione dei servizi	61	44	63	<b>61</b>
Comfort	/	69	70	<b>71</b>
Sicurezza dei pazienti	57	79	61	<b>65</b>
Continuità assistenziale	66	87	83	<b>80</b>
Miglioramento della qualità e formazione professionale	56	63	58	<b>57</b>
Informazione e comunicazione	70	47	60	<b>59</b>
Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione	59	83	71	<b>72</b>
Rapporti con le famiglie	60	79	62	<b>64</b>
Rapporti con le comunità	65	53	63	<b>62</b>

Tabella 50 – valori medi di L1 (DSM), L2 (SPDC) e L3 (CSM) relativamente ai fattori considerati

La Valutazione Civica della Qualità dei Servizi di Salute Mentale ottiene complessivamente un punteggio medio in termini di Indice di Adeguamento agli Standard - IAS (68) e, come è possibile notare dalla Tab. 50, il fattore con il valore medio maggiore è quello relativo alla “Continuità assistenziale” che riporta un IAS di 80. Al contrario, i valori IAS più bassi fanno riferimento alla “Informazione e comunicazione” instaurate con il cittadino (IAS = 59) e al

*“Miglioramento della qualità e formazione professionale”* (IAS = 57) che risultano essere particolarmente carenti nelle strutture che si prendono cura della salute mentale.

È quindi necessario evidenziare come, nonostante l'accessibilità alle prestazioni sanitarie sia garantita e si posizioni ad un buon livello, l'informazione e la comunicazione - che comunque costituisce un diritto fondamentale e di primaria importanza per il cittadino - e il miglioramento della qualità e la formazione, rappresentino una evidente criticità in alcune strutture sanitarie regionali.

### **Fattore: “Accessibilità delle prestazioni sanitarie”**

Il fattore *“Accessibilità delle prestazioni sanitarie”* è stato indagato in tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: Dipartimento di salute mentale (DSM), Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Centro di salute mentale (CSM). Ottiene complessivamente un IAS pari a 71: il valore medio maggiore è risultato quello del livello CSM (IAS = 71) mentre i punteggi ottenuti dagli altri due servizi sono buoni.

Di seguito si riporta l'istogramma dell'andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 71)**

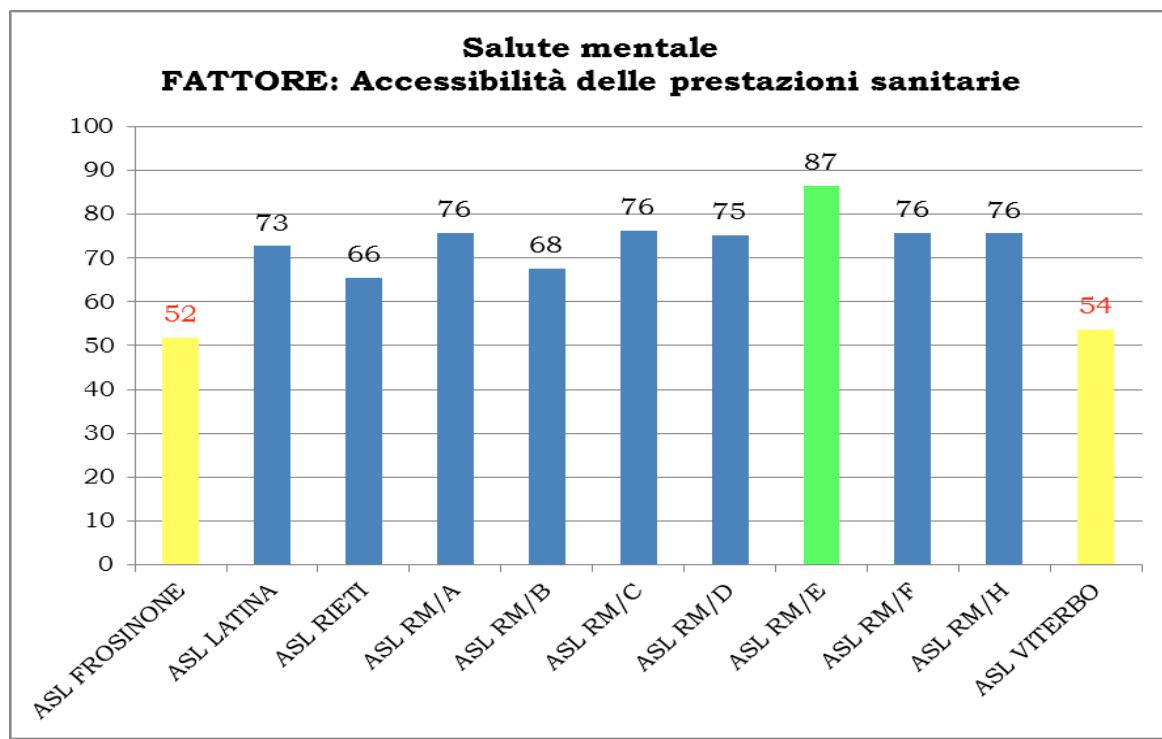


Grafico n. 59 – Andamento degli IAS del fattore *“Accessibilità delle prestazioni sanitarie”*

Si osserva anche una certa variabilità di performance tra le varie strutture prese in considerazione, con una prevalenza di punteggi buoni (otto casi su undici), due Indici di Adeguamento allo Standard (IAS) discreti e un solo risultato ottimo (ASL RM E). Non si rilevano nell'insieme dei valori medi aree di particolare criticità.

## Livello Dipartimento di Salute Mentale

**BUONO (IAS medio del fattore = 68)**

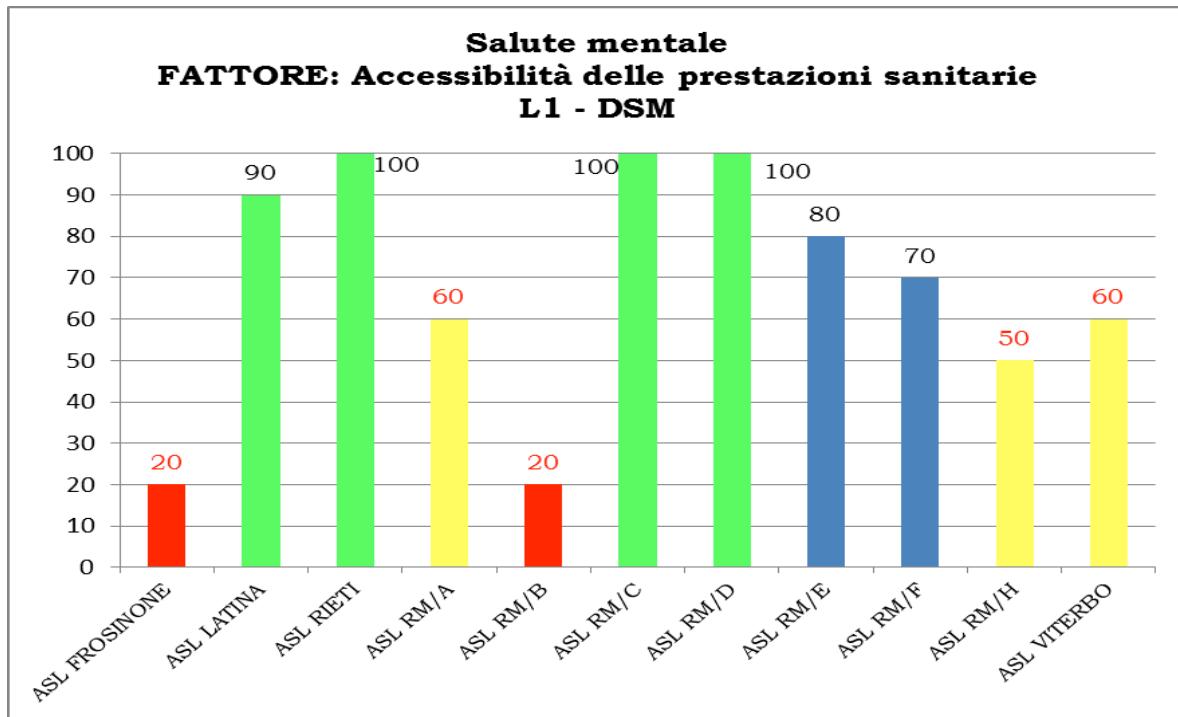


Grafico n. 60 – Andamento degli IAS del fattore “Accessibilità delle prestazioni sanitarie” – livello DSM

Gli indicatori che compongono questo fattore per il livello DSM sono riportati nella tabella seguente insieme ai punteggi medi ottenuti:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSIBILITÀ” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Linee guida per l'accoglienza degli utenti nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale	91
Linee-guida circa i criteri di presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza nel Dipartimento di Salute Mentale	55
Protocolli di intesa tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Pronto Soccorso, con presenza di <i>triage</i> per le sindromi psichiatriche	59
Collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza	82
Linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno	55

Tabella 51 – elenco degli indicatori valutati per il primo fattore per il livello DSM

Nell'insieme, il fattore “Accessibilità” al livello del Dipartimento di Salute Mentale appare rispondere alle attese, con un punteggio IAS medio di 68. Si osserva tuttavia, come appare dal grafico riportato sopra, una marcata

variabilità tra le diverse strutture monitorate che va dall'eccellenza di tre<sup>35</sup> di esse fino a valori davvero bassi di due<sup>36</sup>.

**Punti di forza.** I punti di forza messi in evidenza sono le “*linee guida per l'accoglienza degli utenti dei servizi*” (IAS = 91) e il “*collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza*” (IAS = 82), importante per il coordinamento degli interventi in casi acuti.

**Punti di debolezza.** Non risultano punti gravi di debolezza medi, ma rimane qualche situazione locale sulla quale porre un'attenzione particolare.

**Aspetti da migliorare.** Pur in assenza di punteggi IAS medi negativi, ci sono aree di miglioramento negli indicatori relativi a “*linee-guida circa i criteri di presa in carico in rapporto alla gravità e all'urgenza nel Dipartimento di Salute Mentale*” (IAS = 55) e “*linee-guida circa le modalità con cui assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno*” (IAS = 55): in realtà queste medie derivano dalla combinazione di punteggi eccellenti e altri pari a zero poiché tali linee guida non sono presenti. Di conseguenza, è importante che i tavoli misti permanenti e le direzioni si attivino nelle numerose strutture prive di alcune di esse<sup>37</sup>.

#### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**BUONO (IAS medio del fattore = 66)**

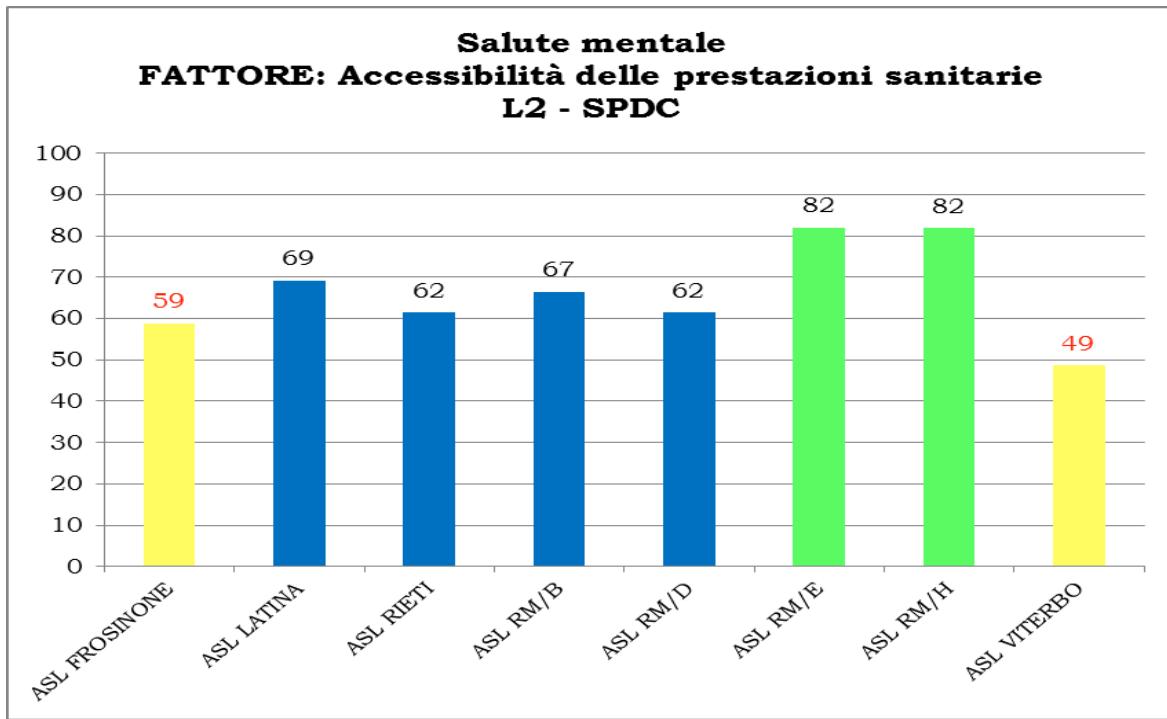


Grafico n. 61 – Andamento degli IAS del fattore “*Accessibilità delle prestazioni sanitarie*” – livello SPDC

<sup>35</sup> ASL Latina, ASL RM C e ASL RM D

<sup>36</sup> ASL Frosinone e ASL RM B

<sup>37</sup> ASL Frosinone, ASL RM B, ASL RM E, ASL RM F, ASL RM H

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSIBILITÀ” – LIVELLO 2 (SPDC)</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Ufficio relazione con il pubblico nell'ospedale	63
Locale dedicato all'accoglienza utenti, segreteria, informazioni	69
Procedure o linee-guida scritte per l'accoglimento degli utenti	75
Protocolli di intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche	69
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza	<b>100</b>
Day Hospital nel SPDC	50
Linee di mezzi che si recano presso il Presidio	<b>83</b>
Parcheggio interno o in prossimità del Presidio dove si trova il SPDC	<b>100</b>
Parcheggio taxi in prossimità del Presidio dove si trova il SPDC	<b>31</b>
Posti riservati ai disabili all'esterno del Presidio dove si trova il SPDC	<b>100</b>
Assenza di barriere architettoniche	<b>92</b>
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni feriali	<b>13</b>
Numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni festivi	<b>19</b>

Tabella 52 – elenco degli indicatori valutati per il primo fattore per il livello SPDC

Nell'insieme, il fattore “Accessibilità” al livello dell'SPDC esprime un punteggio buono con un IAS medio di 66. Si osserva tuttavia, come appare dal grafico riportato sopra, una certa variabilità tra le diverse strutture monitorate che mettono in evidenza spazi di miglioramento.

Va sottolineato che nella ASL RMC al momento dell'audit civico, l'SPDC del S Eugenio era in fase di ristrutturazione (il servizio era stato spostato al CTO che però non era una struttura monitorata). Sappiamo che è stato ora riaperto e funziona regolarmente.

**Punti di forza.** Dal punto di vista del servizio di cura, il principale punto di forza messo in evidenza è il “collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza” (IAS = 100); da sottolineare anche i punteggi eccellenti relativi alla presenza di “parcheggio interno o in prossimità del Presidio dove si trova il SPDC” (IAS = 100), di “Posti riservati ai disabili all'esterno del Presidio dove si trova il SPDC” (IAS = 100) e all’“assenza di barriere architettoniche” (IAS = 92). Positivo anche il fatto che in genere sono presenti soddisfacenti servizi di trasporto pubblico con “linee di mezzi che si recano presso il Presidio” (IAS = 82).

**Punti di debolezza.** Manca in genere un “parcheggio di taxi in prossimità dei Presidi” della ASL RMB e ASL RME, e parzialmente della ASL di Latina. Appaiono invece da approfondire i due indicatori relativi a “numero medio di ore di apertura ai visitatori dell'SPDC durante i giorni feriali” e “festivi” che non vengono indicati: l'accesso dei visitatori è un punto importante per il contatto con la famiglia e per il sistema di relazioni delle persone in cura e andrebbe chiarito.

**Aspetti da migliorare.** Ad eccezione dei punti di eccellenza messi in evidenza, il fattore “accessibilità” degli SPDC sembra lasciare spazio a miglioramenti legati ad una maggiore omogeneità della qualità del servizio offerto nei vari territori e, dal punto di vista funzionale, i tavoli e le direzioni potrebbero concentrarsi su accoglienza e relazioni con il pubblico, attivazione

di un day hospital nei quattro centri in cui non è presente, definizione di un protocollo di intesa con i pronto soccorso per la messa a punto di un *triage* per le sindromi psichiatriche nelle due strutture dove non è presente.

### **Livello Centro di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore=71)**

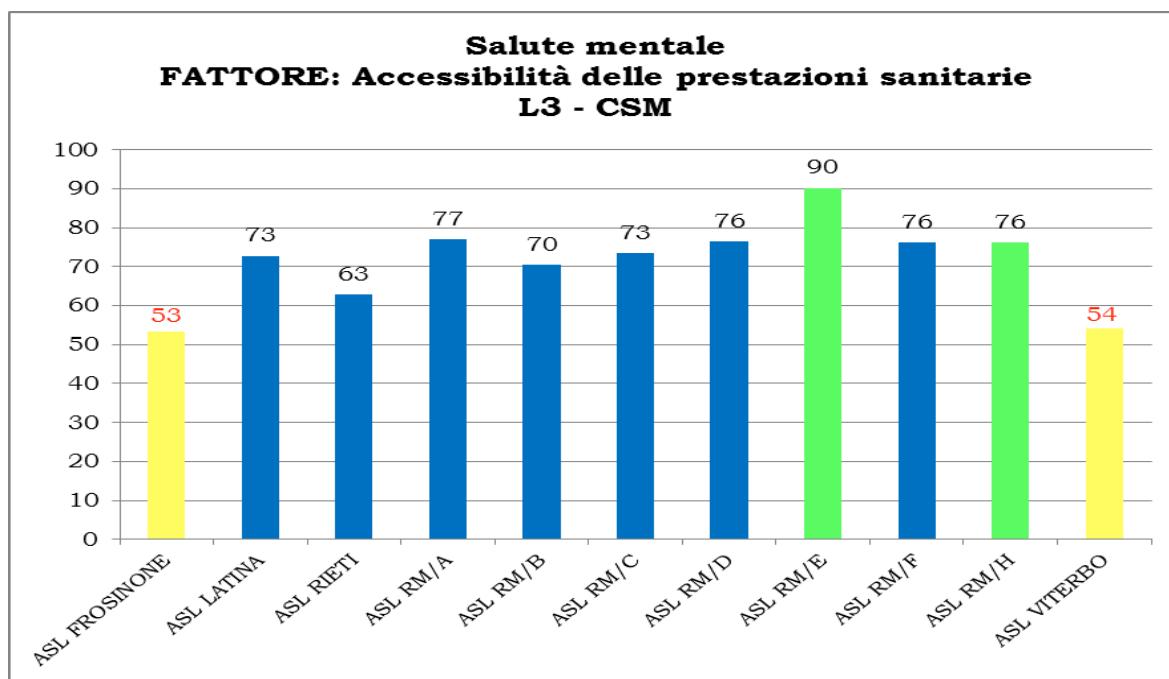


Grafico n. 62 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Accessibilità delle prestazioni sanitarie” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “ACCESSIBILITÀ” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Numero ore al giorno di apertura del CSM	<b>91</b>
Numero giorni di apertura settimanale del CSM	<b>100</b>
Procedure o linee-guida per l’accogliimento degli utenti	76
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità di valutazione iniziale della domanda dell’utente e dei familiari	60
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i criteri della presa in carico in rapporto alla gravità e all’urgenza	64
Protocolli di intesa con il pronto soccorso, che prevedono un triage per le sindromi psichiatriche	50
Collegamento formalizzato con il Dipartimento Emergenza-Urgenza	61
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell’anno	58
Prenotazioni telefoniche (colloqui iniziali, visite, prestazioni specialistiche)	<b>88</b>
Colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta	<b>100</b>
Operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare	<b>9</b>

interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi	
Numero adeguato di autovetture ben funzionanti per le visite domiciliari e l'eventuale trasporto di utenti	48
Strutture residenziali collegate al CSM	<b>83</b>
Strutture diurne collegate al CSM	<b>97</b>
Cartellonistica stradale presente in prossimità della struttura	<b>33</b>
Targa visibile esterna al CSM	<b>89</b>
Linee di mezzi pubblici che si recano presso il CSM	78
Parcheggio interno o in prossimità del CSM	<b>86</b>
Parcheggio taxi in prossimità del CSM	<b>37</b>
Posti riservati ai disabili all'esterno del CSM	<b>89</b>
Assenza di barriere architettoniche	71
Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, con persona dedicata	<b>91</b>

Tabella 53 – elenco degli indicatori valutati per il primo fattore per il livello CSM

Nell'insieme, il fattore “accessibilità” al livello del CSM esprime un punteggio buono con un punteggio IAS medio di 71. Si osserva che quasi tutte le strutture hanno raccolto punteggi buoni o ottimi, con due soltanto classificati come discreti.

**Punti di forza.** Dal punto di vista organizzativo e logistico, vengono attribuiti punteggi molto alti al “*numero di ore e giorni di apertura*” delle strutture, all’ “*efficacia del sistema di prenotazione*”, alla disponibilità di “*Colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta*”, alla presenza di strutture diurne e residenziali collegate al CSM e alla *disponibilità di parcheggio* e alla *presenza di indicazioni interne chiare*.

**Punti di debolezza.** Il punto di debolezza più significativo dal punto di vista civico corrisponde all'indicatore “*Operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi*” che ha un IAS davvero inaccettabile pari a 9, mettendo in evidenza una carenza di assistenza, perfino in casi di crisi, che deve essere coperta immediatamente.

**Aspetti da migliorare.** Ci sono alcuni aspetti di tipo logistico e organizzativo da migliorare, ma soprattutto, i tavoli misti e le direzioni devono prendere urgentemente in carico il problema della sostanziale mancanza di “*operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi*”. L'area della salute mentale è una di quelle più afflitte dalla carenza di personale e dal blocco del turnover, ma è anche un'area nella quale le famiglie e i malati sono più esposti, vista la complessità del tema. Tale punto va discusso sicuramente anche con il DSM di riferimento che potrebbe essere in grado di utilizzare in modo più efficace le risorse professionali disponibili. Sono dunque necessari un monitoraggio attento del servizio nei prossimi mesi e l'attivazione di contatto con la Regione al fine di superare questo problema.

## Fattore “Integrazione tra i servizi”

Il fattore “*Integrazione dei servizi*” è stato indagato in tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale, ed ottiene complessivamente un IAS discreto pari a 61, in virtù di alcuni ottimi punteggi: il valore medio maggiore è risultato quello del livello CSM (IAS = 63) mentre il livello DSM si colloca a 61 e il SPDC raggiunge un punteggio nella fascia bassa della classe “discreto” con un IAS di 44.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 61)**

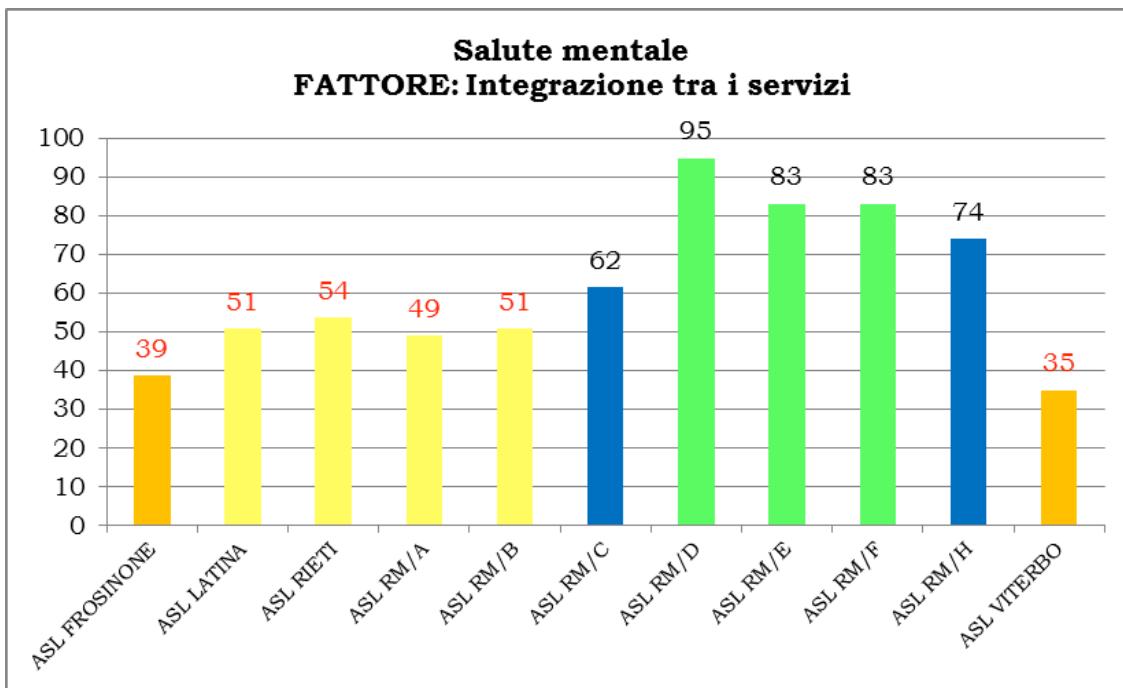


Grafico n. 63 – Andamento degli IAS del fattore “*Integrazione tra i servizi*”

Si osserva una certa variabilità di *performance* tra le varie strutture prese in considerazione con solo cinque punteggi buoni - ottimi contro sei discreti (quattro) - scadenti (due): si rilevano criticità, infatti, nei valori medi IAS della ASL di Frosinone (39) e in quella di Viterbo (35).

## **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 61)**

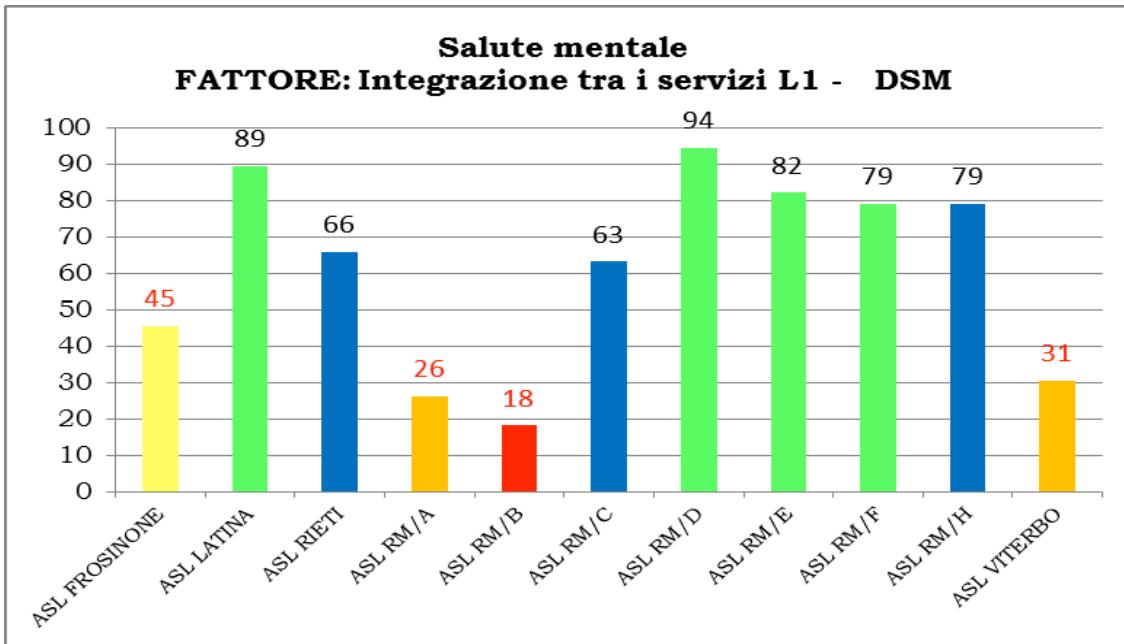


Grafico n. 64 – Andamento degli IAS del fattore “*Integrazione tra i servizi*” – livello DSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte relative all’integrazione tra attività di ricovero, residenziali, day hospital, centro diurno, ambulatoriali, domiciliari con incontri periodici tra rappresentanti delle varie componenti organizzative per promuovere l’integrazione e la continuità dell’assistenza	68
Procedure scritte per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, con visita da parte dei servizi comunitari, per i pazienti residenti nel territorio del Dipartimento di Salute Mentale, entro una settimana dalla dimissione	<b>91</b>
Procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai singoli pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante	<b>73</b>
Procedure scritte di collaborazione con le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio del DSM o a cui il DSM invia i suoi pazienti, con redazione concordata dei Piani terapeutico-riabilitativi e pianificazione congiunta delle dimissioni del paziente	64
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali	73
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale	73
Organico del Dipartimento di Salute Mentale è composto anche da assistenti sociali con esperienza specifica nella salute mentale	<b>100</b>
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell’ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	<b>36</b>
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	<b>18</b>

Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM	56
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio	60
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcologici	55
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile	70
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza ai disabili	45
Procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza agli anziani	27
Procedure scritte di collaborazione con i medici generali, nelle quali è previsto che il servizio comunica la presa in carico e il piano di trattamento degli assistiti	50
Formazione e consulenza da parte del servizio ai medici di medicina generale	64
Elenco delle agenzie esistenti nella “comunità sociale” a disposizione degli operatori	55
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale	100

Tabella 54 – elenco degli indicatori valutati per il secondo fattore per il livello DSM

L’andamento degli IAS per il DSM indica che, pur in presenza di un valore medio di 61, ci sono 7 strutture con valore ottimo o buono, ma si segnalano anche tre valori particolarmente critici: due IAS sono infatti scadenti (ASL RM A = 26 e ASL di Viterbo = 31) e uno addirittura pessimo (ASL RM B = 18).

Il fattore “*integrazione fra i servizi*” mostra a livello del DSM una forte differenza nella valutazione qualitativa dei diversi indicatori: il valore IAS presenta valori che vanno da 18 a 100, per cui è difficile valutare in questo caso lo IAS medio come indicatore effettivo globale. Nel complesso abbiamo solo tre IAS ottimi su un totale di diciannove indicatori, mentre quattro sono sotto la soglia dei 50 punti, uno dei quali è davvero critico con soli 27 punti IAS.

**Punti di forza.** E’ da segnalare la presenza nel 100% dei DSM di “*Assistenti sociali con esperienza specifica nella salute mentale*” nell’organico (IAS 100). Importante e positivo, nel contesto della gestione dell’area della salute mentale, il valore IAS di 100 nell’indicatore “*Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale*”. Ottima anche la performance per quanto riguarda sia la presenza delle “*procedure scritte per garantire la continuità assistenziale dopo le dimissioni dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, con visita da parte dei servizi comunitari, per i pazienti residenti nel territorio del Dipartimento di Salute Mentale, entro una settimana dalla dimissione*” (IAS = 91) e buona quella relativa alle “*Procedure scritte per redigere piani concordati relativi ai singoli pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante*” (IAS = 73), anche se è utile segnalare che per quanto riguarda il primo punto la ASL RM B risulta avere IAS = 0, mentre per il secondo punto la ASL RM B, la RMC e la ASL di Viterbo risultano avere un IAS = 0, contrapposto al 100 di tutti gli altri. Da segnalare l’ottima performance del DSM della ASL RM D, a cui però mancano completamente “*procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza agli anziani*”.

**Punti di debolezza.** Considerato che l’integrazione dei servizi è un punto di grande importanza per la presa in carico del cittadino-paziente e per il supporto alle famiglie, impressiona il divario che appare fra i diversi DSM del

territorio. In particolare risultano del tutto insufficienti le ASL di Frosinone (IAS = 45), la RM A (IAS = 26), la RM B (IAS = 18) e la ASL di Viterbo (IAS = 31) in cui risultano non essere messe in pratica un certo numero di procedure.

**Aspetti da migliorare.** Fatta eccezione per i punti di eccellenza già analizzati, risulta di enorme importanza riequilibrare il territorio in maniera da rendere tutti i cittadini uguali di fronte ai propri diritti di salute. I tavoli e le Direzioni, opportunamente indirizzate dovranno discutere delle procedure scritte di collaborazione con le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio del DSM o a cui il DSM invia i suoi pazienti, con redazione concordata dei Piani terapeutico-riabilitativi e pianificazione congiunta delle dimissioni del paziente, per la continuità assistenziale, con gli enti locali, con il servizio di neuropsichiatria infantile, con i medici di medicina generale, di tutti gli indicatori che oggi risultano pari a 0.

#### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

##### **DISCRETO (IAS medio del fattore = 44)**

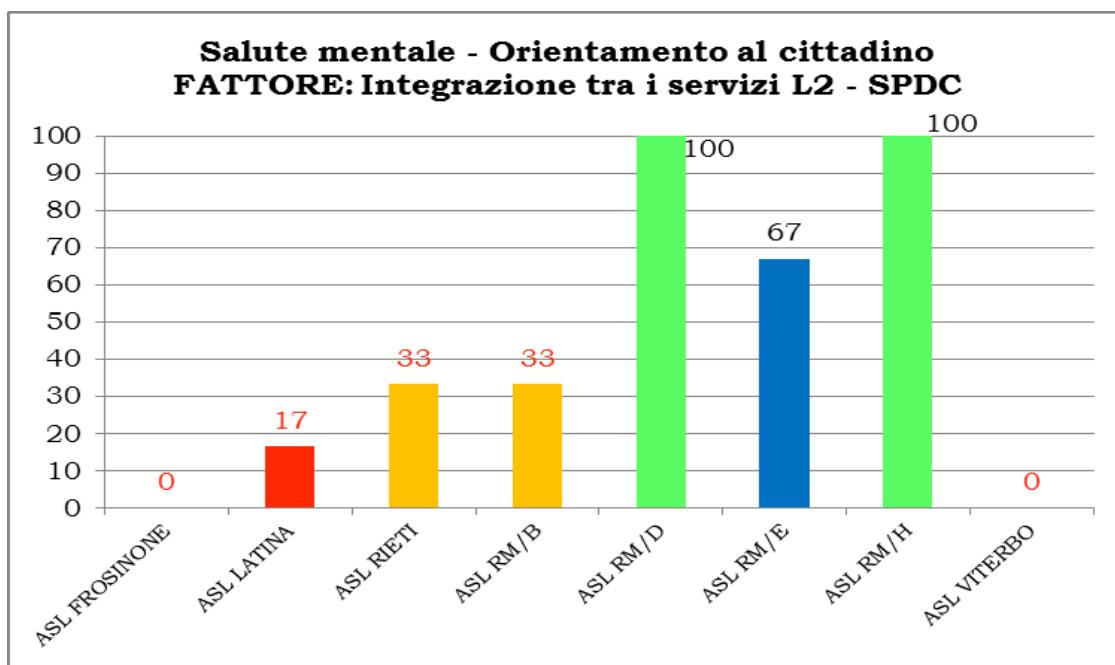


Grafico n. 65 – Andamento degli IAS del fattore “*Integrazione tra i servizi*” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	44
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	25
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcologici	63

Tabella 55 – elenco degli indicatori valutati per il secondo fattore per il livello SPDC

L'andamento degli IAS per il SPDC – analizzati in un numero minori di strutture rispetto agli altri livelli - indica che il servizio presenta diverse criticità, con il suo valore medio scadente pari a solo 44: due strutture esprimono un valore ottimo, ma si osservano due valori scadenti e ben tre pessimi, con punteggi tra zero e 17 e quindi particolarmente critici: (ASL di Frosinone, ASL di Viterbo e ASL di Latina).

Per quanto riguarda il fattore integrazione tra i servizi per l'SPDC, il punteggio medio dei singoli indicatori è tra discreto e scadente, e sicuramente la variabilità fra le diverse strutture monitorate indica l'esistenza di ampi spazi di miglioramento.

**Punti di forza.** Punteggio discreto e nettamente migliorabile risulta essere quello delle *“Procedure scritte di collaborazione con SERT, comunità terapeutiche e nuclei algologici”*, anche se sicuramente i tavoli possono approfondire e proporre miglioramenti laddove le procedure non sono chiaramente esplicitate.

**Aspetti da migliorare.** In particolare, sembra che l'attenzione dei tavoli e delle direzioni debba orientarsi a sviluppare e mettere in atto le pratiche per la collaborazione con le forze dell'ordine e la magistratura: i punteggi sono molto bassi e gli interventi da implementare non richiedono significativi investimenti.

## ***Livello Centro di Salute Mentale***

**BUONO (IAS medio del fattore = 63)**

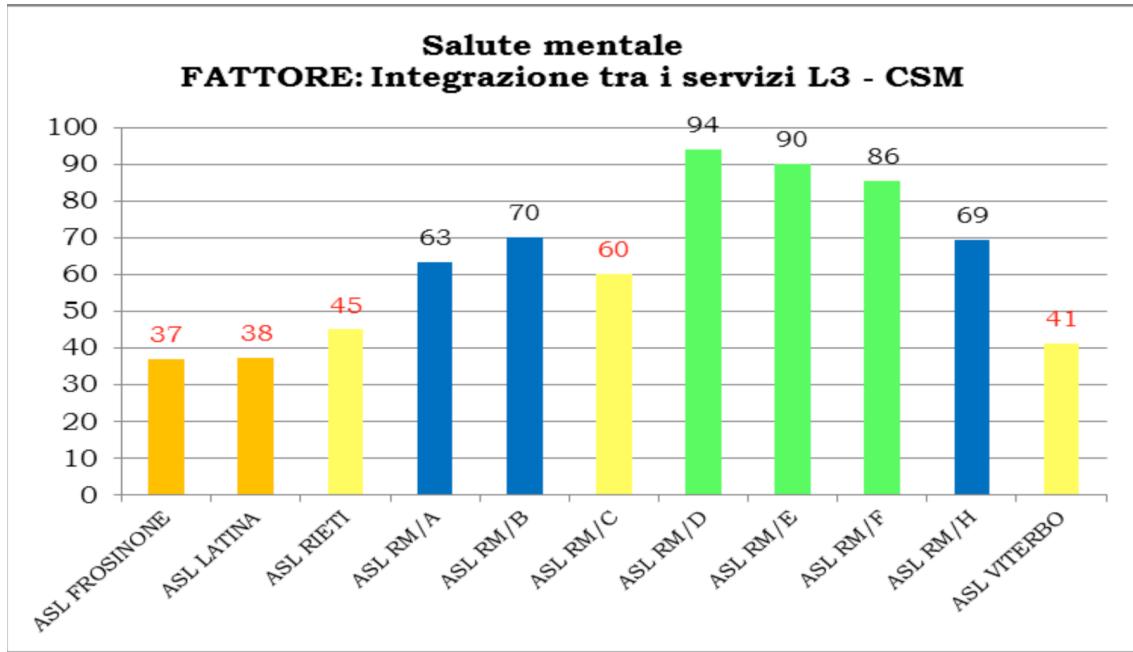


Grafico n. 66 – Andamento degli IAS del fattore “*Integrazione tra i servizi*” – livello CSM

L’andamento degli IAS per il DSM suggerisce che, pur in presenza di un valore medio appena buono pari a 63, ci sono 6 strutture con valore ottimo o buono, ma si segnalano anche tre valori solo discreti e soprattutto due IAS con punteggio scadente (ASL di Frosinone = 37 e ASL di Latina = 38).

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE “INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI” - LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Pratiche scritte di collaborazione con gli enti locali	76
Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale	69
Pratiche scritte di collaborazione con le forze dell’ordine (Carabinieri, Polizia, vigili)	35
Pratiche scritte di collaborazione con la magistratura	14
Pratiche scritte di collaborazione con le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM	50
Pratiche scritte di collaborazione con gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio	61
Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcologici	81
Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile	64
Elenco delle agenzie esistenti nella “comunità sociale” a disposizione degli operatori	77
Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale	100

Tabella 56 – elenco degli indicatori valutati per il secondo fattore per il livello CSM

L'andamento degli IAS per il DSM suggerisce che, pur in presenza di un valore medio appena buono pari di 63, ci sono 6 strutture con valore ottimo o buono, ma si segnalano anche tre valori solo discreti e soprattutto due IAS con punteggio scadente (ASL di Frosinone = 37 e ASL di Latina = 38).

Il fattore “*integrazione fra i servizi*” mostra a livello del CSM due indicatori con valore ottimo, buono in cinque, discreto in un caso e scadente o pessimo in due. Non si osserva una grande variabilità tra le diverse strutture per i singoli indicatori, in quanto i punteggi più critici si concentrano sulle ASL di Frosinone e Latina, come mostrato in sintesi nel grafico 66.

**Punti di forza.** L'indicatore “*Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale*” raggiunge un IAS di 100 e rappresenta il punto di forza di questo livello. Positivo anche l'ottimo punteggio (IAS = 81) dell'indicatore “*Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcologici*”, rilevante proprio nella logica dell'integrazione dei servizi a supporto dei pazienti, pur con un IAS = 25 della ASL di Latina.

**Punti di debolezza.** Come detto a proposito dei DSM, considerato che l'integrazione dei servizi è un punto di grande importanza per la presa in carico del cittadino-paziente e di supporto alle famiglie, le differenze territoriali mettono in evidenza uno squilibrio nel diritto dei cittadini ad essere presi in carico da queste strutture con lo stesso livello di qualità. Particolarmente critici, come visto nel grafico 67, la situazione riportata per le ASL di Frosinone e Latina: la prima ha avuto attribuiti cinque 0 e due 50, mentre la provincia pontina raccoglie due 0 e tre 25. Inoltre, risultano bassi i punteggi IAS delle ASL di Rieti (45, con quattro indicatori valutati 0) e di Viterbo (41, con due indicatori a 0 e ben cinque a 33).

**Aspetti da migliorare.** Al di là dei due indicatori con punteggio critico, vale la pena riportare il caso di due indicatori importanti quali le “*Procedure scritte di collaborazione tra il Servizio di Salute mentale per adulti e il servizio di neuropsichiatria infantile*” e i “*Protocolli scritti di collaborazione con i servizi sociali, con riunioni periodiche di coordinamento e condivisione degli obiettivi del servizio di salute mentale*” che, anche se presentano punteggi statisticamente “buoni” (64), sono caratterizzati da una eterogeneità sul territorio piuttosto marcata, con cinque valori di 50 e uno di 33 il primo e due 0, due 50 e un 33 il secondo. Questo indica che tali punti sono elementi di debolezza in troppe aree e occorre intervenire.

Anche nel caso del CSM, quindi, risulta di grande importanza riequilibrare il territorio in maniera da rendere tutti i cittadini uguali di fronte ai propri diritti di salute. Occorre lavorare con i tavoli misti di partecipazione e le Direzioni aziendali in modo che gli indicatori deficitari e i territori con punteggi critici siano oggetto di riflessione, analisi e interventi mirati a migliorare rapidamente la performance in questo campo così importante per la presa in carico dei pazienti e per il sostegno alle loro famiglie.

## Fattore “Comfort”

Il fattore “Comfort” è stato indagato su due livelli del sistema di salute mentale: L2 - SDPC e L3 - CSM. Complessivamente ottiene un buon IAS pari a 71, e i valori dei due servizi si equivalgono.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 71)**

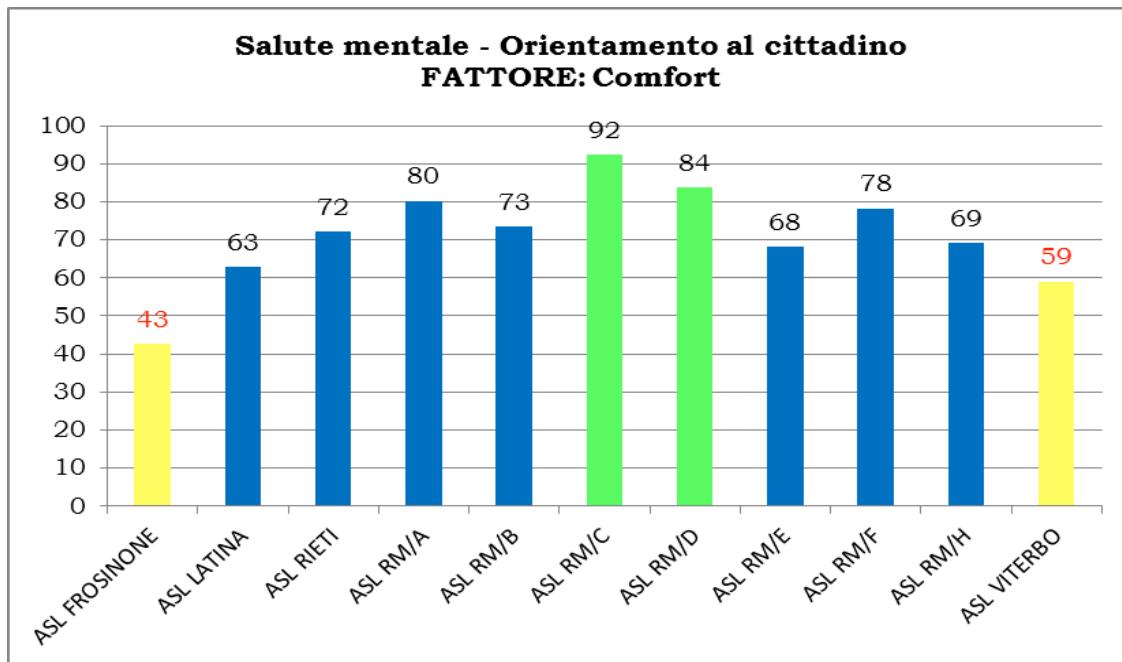


Grafico n. 67 – Andamento degli IAS del fattore “Comfort”

Si osserva tra le varie strutture prese in considerazione, in questo fattore, una performance abbastanza omogenea senza criticità particolari: 9 su 11 esprimono un punteggio ottimo o buono, mentre due sono solo discreti (ASL di Frosinone e ASL di Viterbo).

**Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**BUONO (IAS medio del fattore = 69)**

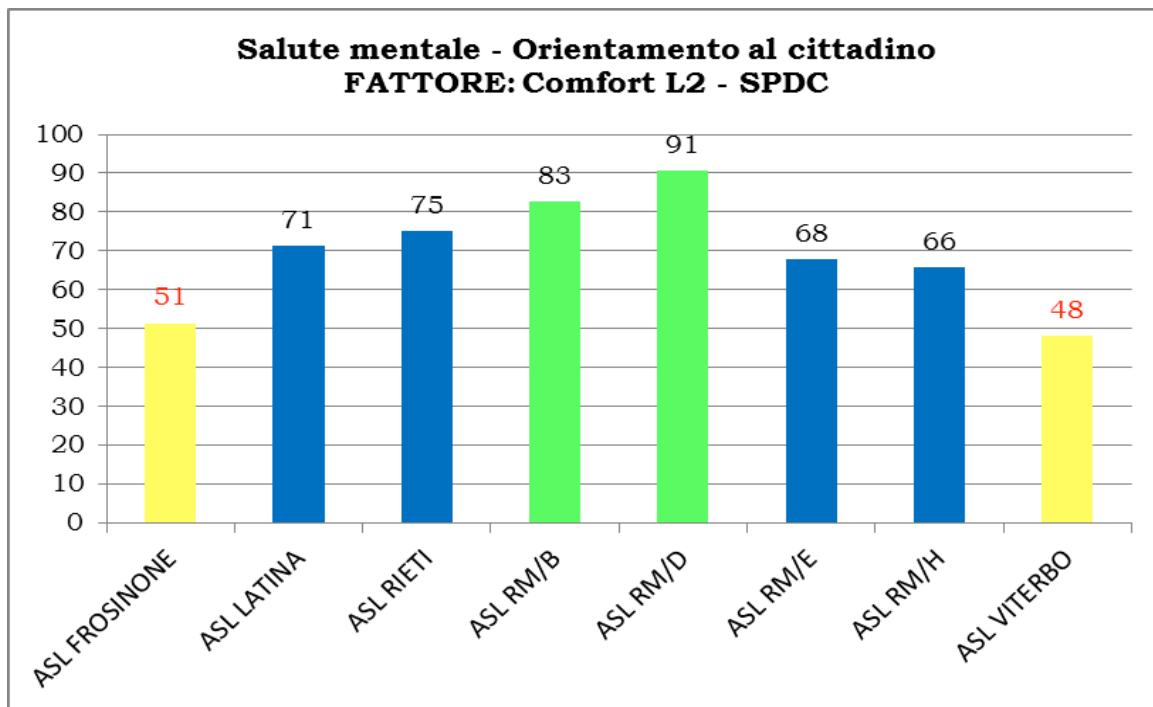


Grafico n. 68 – Andamento degli IAS del fattore “Comfort” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Realizzazione di un progetto nel SPDC per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati	38
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno	100
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno	100
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: giornali, riviste; oggetti per l'igiene personale; alimenti semplici (arance, biscotti)	85
Parrucchiere e barbiere nell'Ospedale	38
Accesso alla cucina da parte di pazienti/ospiti	19
Ambiente per i pasti nell'SPDC	100
Ambiente per le attività di interazione sociale e di relax nell'SPDC	88
Ambiente per le attività riabilitative di gruppo, psicoterapia o psicoeducazione in gruppo nell'SPDC	63
Spazio verde di facile accesso per gli utenti	63
SPDC non contiene più di 15 posti letto	75
Stanze di degenza contengono meno di 4 posti letti	100
Possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata	50
Fornitura di accessori completi ai degenzi per la consumazione dei pasti	100
Unità Operativa SPDC con posti letto dotati di: sedia; comodino; armadietto	93
Unità Operativa SPDC con bagni per disabili	81

Unità Operativa SPDC con bagni per i degenzi nelle stanze di degenza	<b>81</b>
Unità Operativa SPDC con bagni dotati di: specchio; mensola; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito	<b>42</b>
Unità Operativa SPDC con gabinetti dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito	<b>48</b>
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di segni di faticenza alle pareti	-25
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di vetri rotti [L2GO 18.2]	0
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di stanze di degenza prive di finestre	-25
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di stanze con finestre che non si chiudono	0
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	-25
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato	0
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	-25
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rubinetti rotti	0
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di servizi igienici fuori uso	0
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di assenza di acqua calda	0

Tabella 57 – elenco degli indicatori valutati per il terzo fattore per il livello SPDC

L'andamento degli IAS per il SPDC – riferito ad un numero ridotto di strutture rispetto agli altri livelli – indica che il servizio non presenta particolari criticità, con il suo valore buono pari a 69: infatti, due strutture esprimono un valore ottimo, quattro hanno valori buoni e solo due hanno punteggi discreti.

Questo livello è stato valutato su diciannove indicatori, dieci dei quali raggiungono un valore ottimo, ma cinque sono sotto la soglia dei 50 punti.

Non si osserva una grande variabilità tra le diverse strutture per i singoli indicatori, e i punteggi degli indicatori rimangono, in quasi tutti i casi, distribuiti tra valori di 100 e di zero, mettendo in evidenza chiaramente le aree di miglioramento in termini di omogeneità.

**Punti di forza.** Nell'area del comfort, punti di forza con punteggi IAS pari a 100 sono la “*disponibilità del telefono in entrata o in uscita*”, l’ “*ambiente e gli accessori per i pasti*” e, soprattutto, la “*presenza standard di meno di quattro letti per ogni stanza di degenza*”. Importanti anche, sia per i pazienti che per i familiari, “*Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze*” alcuni beni semplici ma utili (IAS = 85) e la presenza di un “*Ambiente per le attività di interazione sociale e di relax nell'SPDC*”.

**Punti di debolezza.** Il punto di debolezza più significativo dal punto di vista civico corrisponde all'indicatore “*Realizzazione di un progetto nel SPDC per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati*” (IAS = 38). L'immagine diversa dell'SPDC, che in questo modo verrebbe “sdrammatizzato”, rimane un obiettivo importante che appare fino ad ora messo in pratica solo nella ASL di Latina e nella ASL RM D. Gli altri elementi di debolezza, rilevati con punteggi

bassi, sono relativi all'arredo dei bagni e dei gabinetti (rispettivamente IAS di 42 e 48), alla presenza parrucchiere (IAS 38) e l'accesso alla cucina (IAS 19).

A livello di SPDC sono stati rilevati eventi sentinella (i punteggi negativi rappresentano la presenza di questi, i punteggi pari a zero rappresentano la loro assenza). Tali indicatori sono riportati con valori negativi che incidono sul punteggio medio finale concorrendo alla sua composizione, nelle ASL di Frosinone e Viterbo, e nella ASL RM H, e li riportiamo nella tabella qui sotto vista la loro rilevanza:

	<b>ASL FROSINONE</b>	<b>ASL RM H</b>	<b>ASL VITERBO</b>
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di segni di faticenza alle pareti	<b>-25,00</b>	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di vetri rotti	/	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di stanze di degenza prive di finestre	/	/	<b>-25,00</b>
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di stanze con finestre che non si chiudono	/	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.	<b>-25,00</b>	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato	/	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	<b>-25,00</b>	<b>-25,00</b>	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di rubinetti rotti	/	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di servizi igienici fuori uso	/	/	/
Rilevamento nella Unità Operativa SPDC dell'ospedale di assenza di acqua calda	/	/	/

Tabella 58 – elenco degli *eventi sentinella* per il livello SPDC e i relativi punteggi rilevati

**Aspetti da migliorare.** Ci sono alcuni aspetti di tipo logistico e organizzativo da migliorare, quali quelli relativi ai bagni (IAS rispettivamente di 42 e 48), ma soprattutto, come anticipato al punto precedente, i tavoli misti e le direzioni devono prendere in carico l' *"eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero"* così come descritta nell'indicatore, laddove tale progetto non sembra essere ancora stato avviato (ASL Frosinone, ASL Rieti, ASL Viterbo e ASL RMB) o completato (ASL RME e ASL RMH). Si tratta di un intervento che, seppur in qualche modo relativamente invasivo, non richiede interventi importanti sulle strutture e quindi non necessita di grandi risorse, pur portando come risultato un grosso beneficio.

Inoltre, occorre intervenire per rimuovere gli eventi sentinella e agire sulle loro cause.

### **Livello Centro di Salute Mentale**

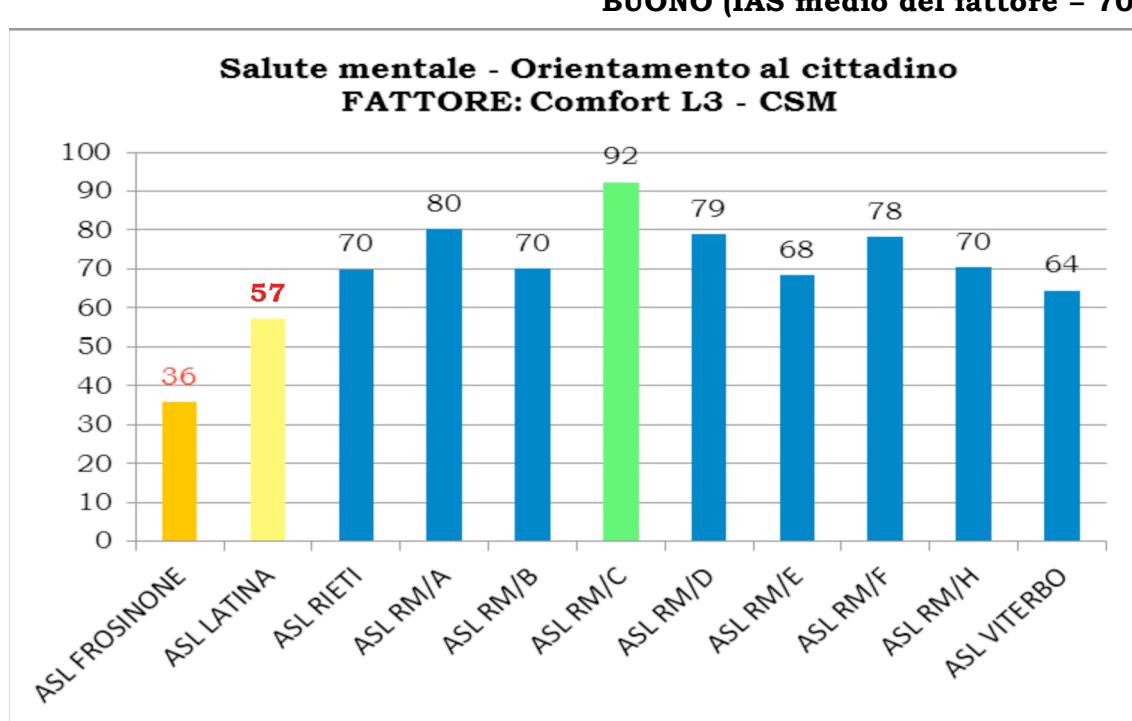


Grafico n. 69 – Andamento degli IAS del fattore “Comfort” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “COMFORT” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Realizzazione di un progetto nel CSM per l’eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati	66
Possibilità per un utente di ricevere telefonate dall'esterno	100
Possibilità per gli utenti di telefonare all'esterno	100
Possibilità per i pazienti di acquistare facilmente in sede o nelle vicinanze: giornali, riviste; oggetti per l'igiene personale; alimenti semplici (arance, biscotti).	95
Ufficio postale nelle vicinanze	77
Sportello bancario nelle vicinanze	93
Spazi d'attesa nella sede del CSM	95
Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa del CSM	9
Distributori di alimenti/bevande negli spazi d'attesa del CSM	39
Bagno per disabili nella sede del CSM	84
Bagni per il pubblico nel CSM	100
I bagni del CSM sono dotati di: specchio; dispensatore di sapone (rilevare presenza e funzionalità); dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda (rilevare presenza e funzionalità); contenitori portarifiuti; appendiabito.	60

I gabinetti del CSM sono dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito.	63
Rilevamento nel CSM di segni di faticenza alle pareti	-25
Rilevamento nel CSM di vetri rotti	-25
Rilevamento nel CSM di finestre che non si chiudono	-25
Rilevamento nel CSM della presenza di insetti, scarafaggi, ecc	-25
Rilevamento nel CSM di rifiuti o altro materiale abbandonato	-25
Rilevamento nel CSM di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	-25
Rilevamento nel CSM di rubinetti rotti	-25
Rilevamento nel CSM di servizi igienici fuori uso	-25

Tabella 59 – elenco degli indicatori valutati per il terzo fattore per il livello CSM

L'andamento degli IAS per il CSM come riportato dal grafico 69, ci suggerisce che la situazione è complessivamente buona, anche al di là del valore medio IAS di 70, similmente a quanto osservato per il SPDC analizzato precedentemente. Il servizio presenta una debolezza nella ASL di Frosinone, con il suo valore IAS = 36, e nella ASL di Latina (IAS = 57).

Su tredici indicatori, sette hanno raggiunto un punteggio ottimo (IAS tra 84 e 100), mentre solo due si trovano un IAS scadente (39) o pessimo (9) per la mancanza, diffusa in quasi tutte le strutture, rispettivamente di distributori di alimenti o di acqua gratuita.

Si nota in particolare che l'indicatore “Realizzazione di un progetto nel CSM per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati” si presenta ad un livello nettamente superiore a quello dell'SPDC (pur con punteggi insufficienti a Frosinone e ASL RM B).

**Punti di forza.** Nell'area del comfort, punti di forza con punteggi IAS pari a 100 sono la “disponibilità del telefono in entrata o in uscita”, i “bagni per il pubblico” (compresi quelli per persone con disabilità), ma anche la “possibilità di effettuare piccoli acquisti” nella sede o nelle vicinanze, e la presenza di altri servizi utili.

**Punti di debolezza.** L'indicatore “Realizzazione di un progetto nel CSM per l'eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati” si presenta con punteggi bassi nella ASL di Frosinone e nella ASL RM B (IAS = 37,5 per entrambe). La indisponibilità di “acqua gratuita” e la non-“presenza di distributori di alimenti/bevande negli spazi d'attesa” sono altri punti negativi che incidono sul livello di ospitalità e comfort dei pazienti e dei familiari, ad eccezione delle strutture della ASL di Viterbo e delle ASL RM B e RM C dove questo problema non esiste. A livello territoriale, si segnala la situazione della ASL di Frosinone che non è soddisfacente, con uno IAS medio di 37,5 a causa soprattutto della presenza di criticità su eventi sentinella (i punteggi negativi rappresentano la presenza di eventi sentinella, i punteggi pari a zero rappresentano la loro assenza). Tali indicatori sono presenti, con valori negativi che incidono sul punteggio medio finale concorrendo alla sua composizione, anche nelle ASL di Viterbo e Latina, e nella ASL RM E, e li riportiamo nella tabella qui sotto vista la loro rilevanza:

	ASL FROSINONE	ASL LATINA	ASL RIETI	ASL RM B	ASL RM E	ASL VITERBO
Rilevamento nel CSM di segni di faticenza alle pareti	-25	-25	-25	/	/	-25
Rilevamento nel CSM di vetri rotti	/	-25	/	/	/	-25
Rilevamento nel CSM di finestre che non si chiudono	-25	-25	/	/	/	-25
Rilevamento nel CSM della presenza di insetti, scarafaggi, ecc	-25	-25	/	/	/	/
Rilevamento nel CSM di rifiuti o altro materiale abbandonato	/	-25	/	/	/	/
Rilevamento nel CSM di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	-25	/	/	/	/	/
Rilevamento nel CSM di rubinetti rotti	-25	-25	/	/	-25	/
Rilevamento nel CSM di servizi igienici fuori uso	-25	/	/	-25	-25	/

Tabella 60 – elenco degli *eventi sentinella* per il livello CSM e i relativi punteggi rilevati

**Aspetti da migliorare.** Considerando sempre che l'area della salute mentale soffre, come anticipato, di carenza di personale e precarietà ormai cronica, con le immaginabili conseguenze in termini di servizi, l'area del confort – così come declinata nei questionari dell'audit - in realtà non ha bisogno di ulteriori risorse professionali, e quindi gli interventi sono realizzabili in modo relativamente facile e veloce. Dal punto di vista civico, si richiama di nuovo l'attenzione dei Tavoli Misti di Partecipazione e delle direzioni alla “sdrammatizzazione” delle strutture con la rimozione dei connotati di carattere ospedaliero laddove non sia ancora stato realizzato o completato.

Inoltre, occorre intervenire per rimuovere gli eventi sentinella e agire sulle loro cause.

## Fattore: Sicurezza dei Pazienti

Il fattore “Sicurezza dei Pazienti” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM.

Complessivamente ottiene un IAS buono pari a 65: il valore medio maggiore è risultato quello del livello SPDC (IAS = 78), mentre il minore è quello del SPDC (IAS = 53) e livello DSM si colloca a 61.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 65)**

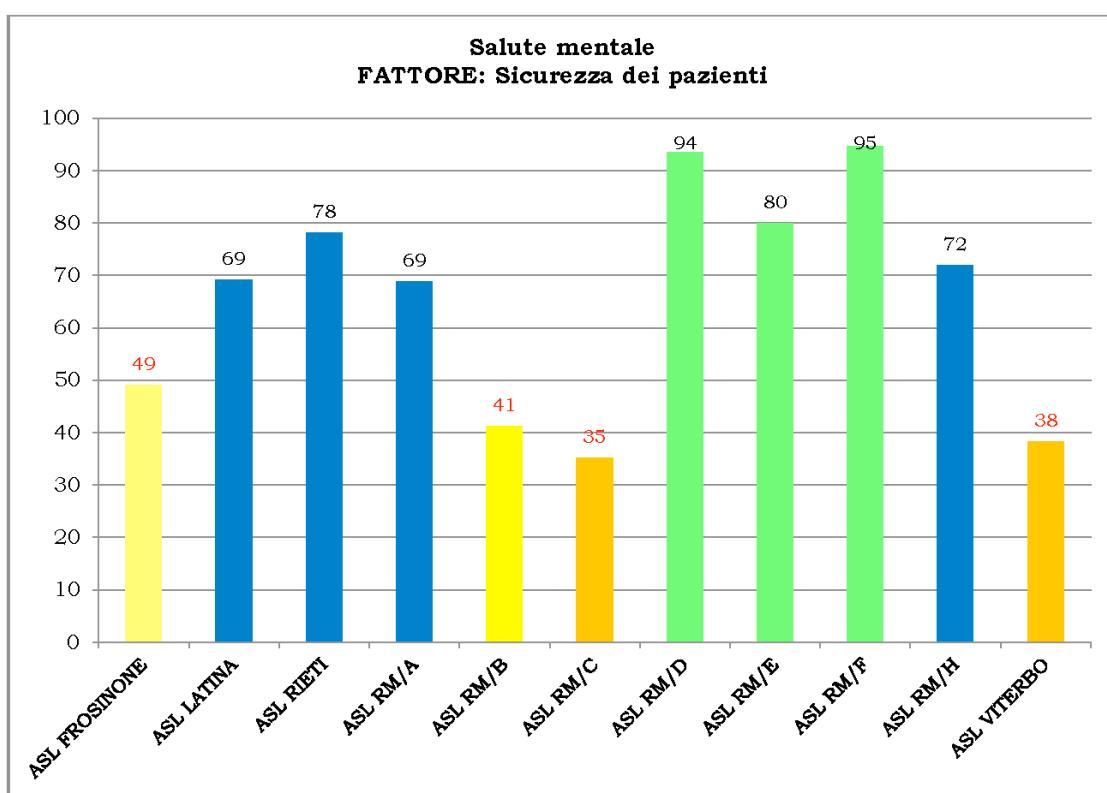


Grafico n. 70 – Andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti”

Si osserva anche una forte variabilità di performance tra le varie strutture prese in considerazione con due punteggi ottimi, cinque buoni, due discreti e due scadenti (ASL RM C con IAS = 35, e ASL Viterbo con IAS = 38).

## **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

### **DISCRETO (IAS medio del fattore = 57)**

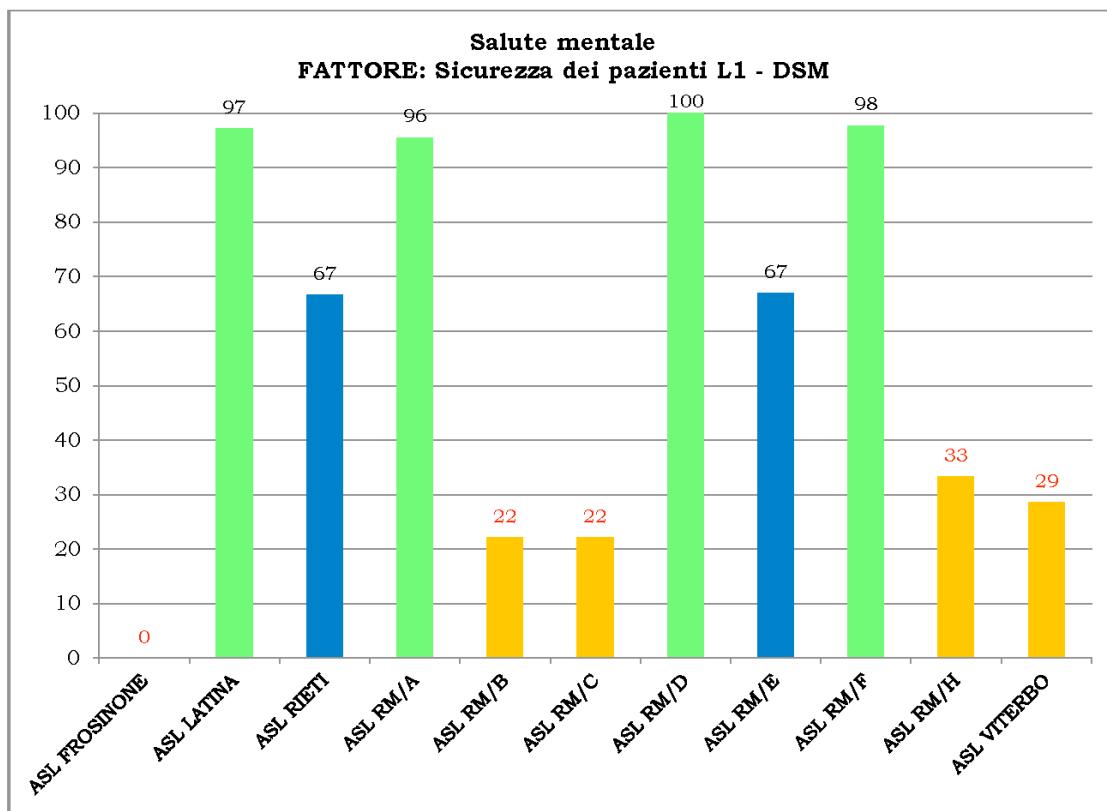


Grafico n. 71 – Andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti” – livello DSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DEI PAZIENTI” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Programma di gestione dei rischi del Dipartimento di Salute Mentale	<b>82</b>
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	55
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	55
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	<b>36</b>
Identificazione e monitoraggio da parte del Dipartimento di Salute Mentale degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	55
Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)	<b>82</b>
Programma per l’identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e di azioni preventive	<b>82</b>
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l’identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	<b>45</b>
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: Psicoeducazione dell’utente e dei familiari; Schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali; Formazione di tutto il personale; Consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali; Facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie.	<b>38</b>

Tabella 61 – elenco degli indicatori valutati per il quarto fattore per il livello DSM

L'andamento degli IAS per il DSM, con una media di 57, ci fa notare che i risultati sono raggruppati in due soli gruppi: quello con valori IAS ottimi (quattro) e buoni, e quello che presenta particolari criticità, con ben cinque strutture con punteggi molto bassi tra 0 e 33 (ASL RM B, ASL RM C, ASL RM E, ASL RM H e la ASL di Viterbo) con la ASL di Frosinone ha tutti punteggi pari a zero. A livello delle strutture, inoltre, abbiamo sostanzialmente solo punteggi puntuali pari a zero o 100 per quasi tutti gli indicatori, suggerendo che questo livello del quarto fattore dovrà essere monitorato con attenzione in futuro a causa dell'estrema eterogeneità dei punteggi IAS.

**Punti di forza.** Pur con il *caveat* evidenziato precedentemente, si possono citare l'indicatore “*programma di gestione dei rischi del Dipartimento di Salute Mentale*” e quello relativo al “*documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)*”.

**Punti di debolezza.** Particolare attenzione viene sollevata da tutta l'area relativa agli “*eventi avversi*”, che si presenta rappresentata con punteggi IAS medi assai bassi, compresi tra 29 e 45. A livello territoriale, si nota la difficoltà in particolare della ASL di Viterbo, di quella di Frosinone, delle ASL RM, B RM C, RM E e RM H.

**Aspetti da migliorare.** Dal punto di vista civico, l'area degli “*eventi avversi*” richiede l'attivazione di particolare attenzione da parte dei tavoli e delle direzioni affinché sia chiarito il percorso da attivare e seguire per portare questi aspetti ad un livello più elevato per garantire la sicurezza dei pazienti.

#### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**BUONO (IAS medio del fattore = 79)**

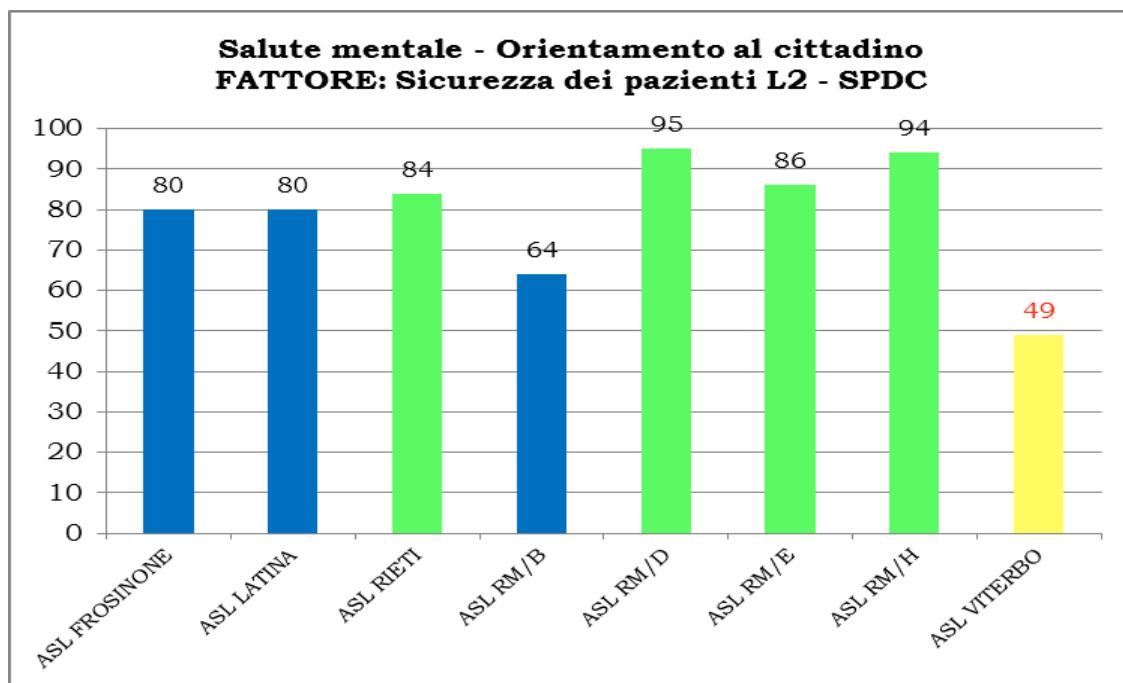


Grafico n. 72 – Andamento degli IAS del fattore “*Sicurezza dei pazienti*” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DEI PAZIENTI” – LIVELLO 2 (SPDC)</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Programma di gestione dei rischi nel SPDC	<b>100</b>
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	69
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	<b>88</b>
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	<b>31</b>
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	<b>75</b>
Procedure e linee-guida scritte per il monitoraggio delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	<b>75</b>
Procedure e linee-guida scritte per la segnalazione tempestiva delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	<b>88</b>
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle infezioni contratte dai pazienti in ambiente sanitario	<b>75</b>
Procedura scritta per il lavaggio delle mani	63
Identificazione e monitoraggio da parte del SPDC degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	<b>88</b>
Procedura scritta per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive	69
Stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi	63
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	<b>100</b>
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: Psicoeducazione dell'utente e dei familiari; Schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali; Formazione di tutto il personale; Consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali; Facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie	<b>88</b>
Procedure scritte per la gestione del TSO	<b>88</b>
Procedure scritte sull'utilizzo della contenzione farmacologica o clinica	<b>100</b>
Segnaletica per le vie di fuga nell'Unità Operativa di degenza del SPDC	<b>100</b>
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nell'Unità Operativa di degenza del SPDC	<b>100</b>
Piantina del piano di evacuazione nell'Unità Operativa di degenza del SPDC	56
Luci di emergenza nell'Unità Operativa di degenza del SPDC	<b>88</b>
Porte con maniglioni antipanico	<b>100</b>
Sistema di videosorveglianza	<b>0</b>
Oggetti contundenti	<b>0</b>
Infissi con parti taglienti	<b>-25</b>
Letti predisposti con cinghie/fascette per la contenzione	<b>100</b>
Porte del reparto chiuse a chiave verso l'esterno	<b>0</b>
Porte di separazione, interne al reparto, chiuse a chiave	<b>0</b>

Tabella 62 – elenco degli indicatori valutati per il quarto fattore per il livello SPDC

Nel fattore “sicurezza dei pazienti” a livello del SPDC si osserva una situazione migliore, sia nei valori medi (IAS = 79) come in quelli puntuali e nelle varie realtà territoriali, in confronto al DSM. Si osserva una situazione piuttosto omogenea e positiva, con sette punteggi su otto tra buoni (quattro) e ottimi (tre). Solo la ASL di Viterbo rimane al di sotto di 50 (IAS = 49). A livello delle strutture, come nel livello precedente, abbiamo sostanzialmente solo

punteggi puntuali pari a zero o 100 per quasi tutti gli indicatori, suggerendo l’idea che anche questo livello del quarto fattore dovrà essere monitorato con attenzione in futuro per ottenere una maggiore omogeneità di qualità.

Sui ventuno indicatori, abbiamo IAS ottimo in dodici casi, buono in sette, discreto in uno e scadente in uno soltanto. Nessun territorio presenta criticità importanti.

**Punti di forza.** In un quadro complessivamente positivo, si possono segnalare in particolare le aree relative alle “*infezioni*” e agli “*eventi avversi e collaterali*”, il “*programma di gestione dei rischi*”, la “*segnalistica antincendio*”, la “*presenza di porte con maniglioni antipanico*” e di “*letti muniti di fascette/cinghie per la contenzione*”.

**Punti di debolezza.** Il valore medio più basso si riferisce all’indicatore “*Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso*”. Tuttavia, notiamo che il punteggio medio dell’indicatore “*Piantina del piano di evacuazione nell’Unità Operativa di degenza del SPDC*” è di soli 56 punti, contraddicendo in parte il punteggio alto generale della segnalistica antincendio. Punti di debolezza risultano essere, infine, l’assenza di un “*Sistema di videosorveglianza*”, di “*Porte del reparto chiuse a chiave verso l’esterno*” e di “*Porte di separazione, interne al reparto, chiuse a chiave*”.

**Aspetti da migliorare.** Come indicato, l’area relativa alla comunicazione con i familiari dopo un evento avverso deve essere oggetto di miglioramento, anche in virtù della tipologia dei pazienti e dell’importanza del rapporto di fiducia reciproca che deve esistere tra la struttura e i familiari.

Inoltre, pure in presenza di punteggi abbastanza soddisfacenti, crediamo che ulteriore attenzione debba essere posta sull’indicatore “*Procedura scritta per l’identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive*” e su quello “*stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi*”; in questi casi così importanti, dai dati inseriti, appare una situazione tutto-o-nulla, con punteggi di cento o di zero. Su queste due aree pensiamo che debba concentrarsi l’attenzione dei tavoli e delle direzioni perché non possiamo pensare che il punteggio possa essere meno di “ottimo”.

## **Livello Centro di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 61)**

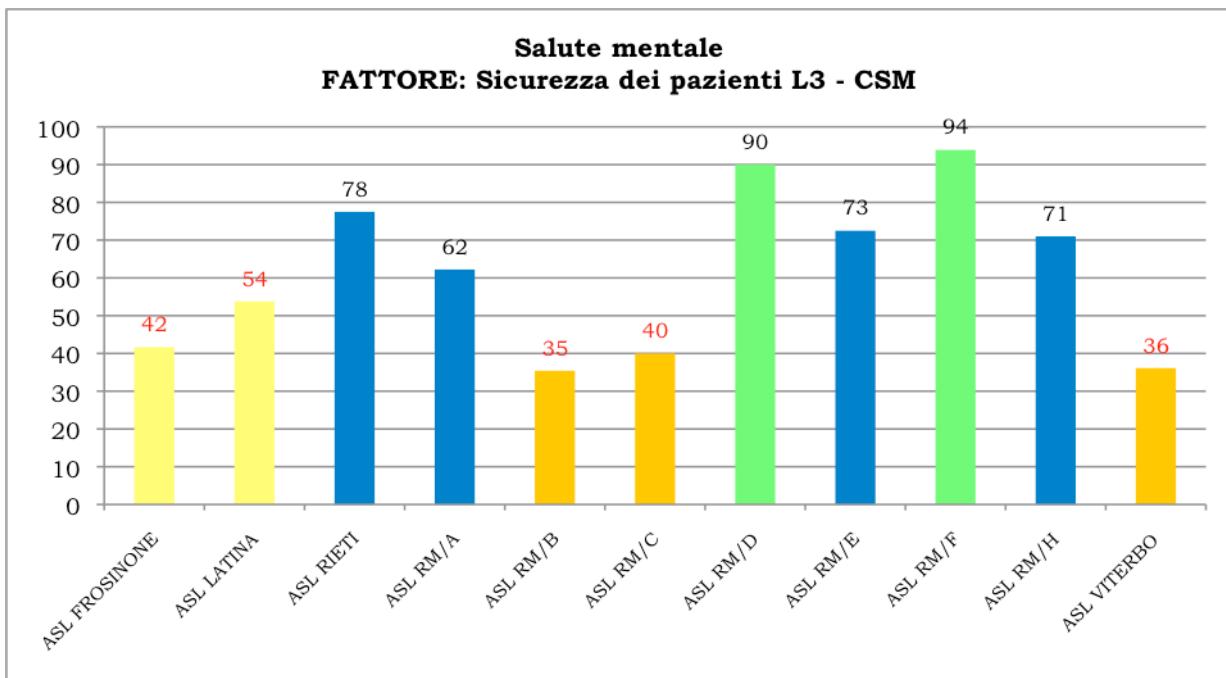


Grafico n. 73 – Andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “SICUREZZA DEI PAZIENTI” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Programma di gestione dei rischi nel CSM	66
Procedure e linee-guida scritte per la prevenzione delle crisi	57
Procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi	48
Procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso	37
Identificazione e monitoraggio da parte del CSM degli eventi avversi clinici più importanti per frequenza e/o gravità	67
Procedura scritta per l’identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive	55
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda l’identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci	72
Attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci: Psicoeducazione dell’utente e dei familiari; Schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali; Formazione di tutto il personale; Consulenza ai pronto soccorsi e ai medici generali; Facile accessibilità, anche telefonica, 24 ore su 24, di un operatore con le competenze necessarie	47
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM	80
Segnaletica per l’individuazione degli estintori nella sede del CSM	89
Piantina del piano di evacuazione nella sede del CSM	49
Luci di emergenza nella sede del CSM	73
Oggetti contundenti	-25
Infissi con parti taglienti	0

Tabella 63 – elenco degli indicatori valutati per il quarto fattore per il livello CSM

L'andamento degli IAS per il CSM, con un valore medio appena buono pari a 61, ci mostra una spiccata eterogeneità nelle varie strutture, con sei punteggi su undici tra buoni (quattro) e ottimi (due). Le ASL di Frosinone e Latina sono valutate come discrete (rispettivamente con IAS di 42 e di 54) mentre la ASL di Viterbo, la ASL RM B e la ASL RM C sono state valutate come scadenti. A livello dei punteggi puntuali delle strutture, la ASL di Latina, quella di Viterbo e la RM A hanno almeno tre punteggi negativi con IAS inferiore a 50, indicando la presenza di parecchie aree critiche.

**Punti di forza.** In questo contesto eterogeneo, si notano due elementi con punteggi IAS rispettivamente di 80 e 89: “*segnaletica per le vie di fuga nella sede del CSM*” e “*segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del CSM*”.

**Punti di debolezza.** Sono tre gli indicatori che hanno un punteggio basso, tutti in aree piuttosto importanti: “*procedure scritte per la gestione delle comunicazioni col paziente e/o con i familiari dopo che si è verificato un evento avverso*” con un IAS di 37, “*attività previste per la prevenzione degli effetti collaterali da psicofarmaci*” con un IAS di 45 che si presenta come criticità in ben sette delle strutture monitorate (sono temi che abbiamo evidenziato come aree di debolezza e miglioramento nel livello 1), “*procedure e linee-guida scritte per la gestione delle crisi*” e “*piantina del piano di evacuazione nella sede del CSM*” con un IAS di 49 e basso in modo particolare in sei strutture. Aspetti complessivi di criticità sono presenti nelle quattro ASL con punteggio medio inferiore a 50 (Frosinone, Viterbo, RMB e RMC) e in quella con 54 punti (Latina).

**Aspetti da migliorare.** Alla luce di quanto detto, il tema che dal punto di vista civico richiede maggiore attenzione e l'attivazione dei tavoli e delle direzioni (visto che è presente anche nei DSM) è quello della prevenzione degli effetti collaterali. In questo campo, la comunicazione chiara e trasparente con i pazienti e i familiari, la formazione e la disponibilità 24h di un interlocutore preparato rivestono una grande importanza.

## Fattore: “Continuità Assistenziale”

Il fattore “Continuità assistenziale” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta un’area di particolare importanza per la gestione di questi pazienti, sia per il passaggio da un servizio all’altro, sia per le attività di sostegno, assistenza e cura sul territorio, sia per le attività sociali e di integrazione nella vita quotidiana.

Complessivamente ottiene un IAS molto buono pari a 80: il valore medio maggiore è risultato quello del livello SPDC (IAS = 87), mentre il minore è quello del DSM che si colloca a 66.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 80)**

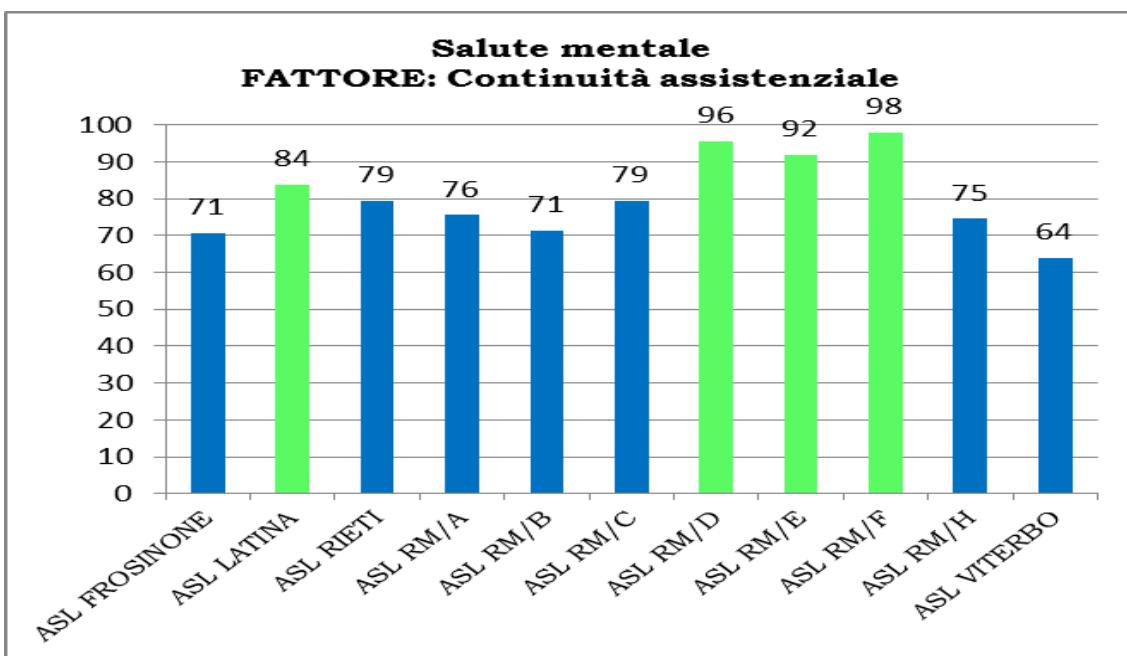


Grafico n. 74 – Andamento degli IAS del fattore “Continuità assistenziale”

Si osserva una chiara omogeneità di performance tra le varie strutture prese in considerazione con ben quattro punteggi ottimi e sette buoni. Non si rilevano criticità particolari.

## **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 66)**

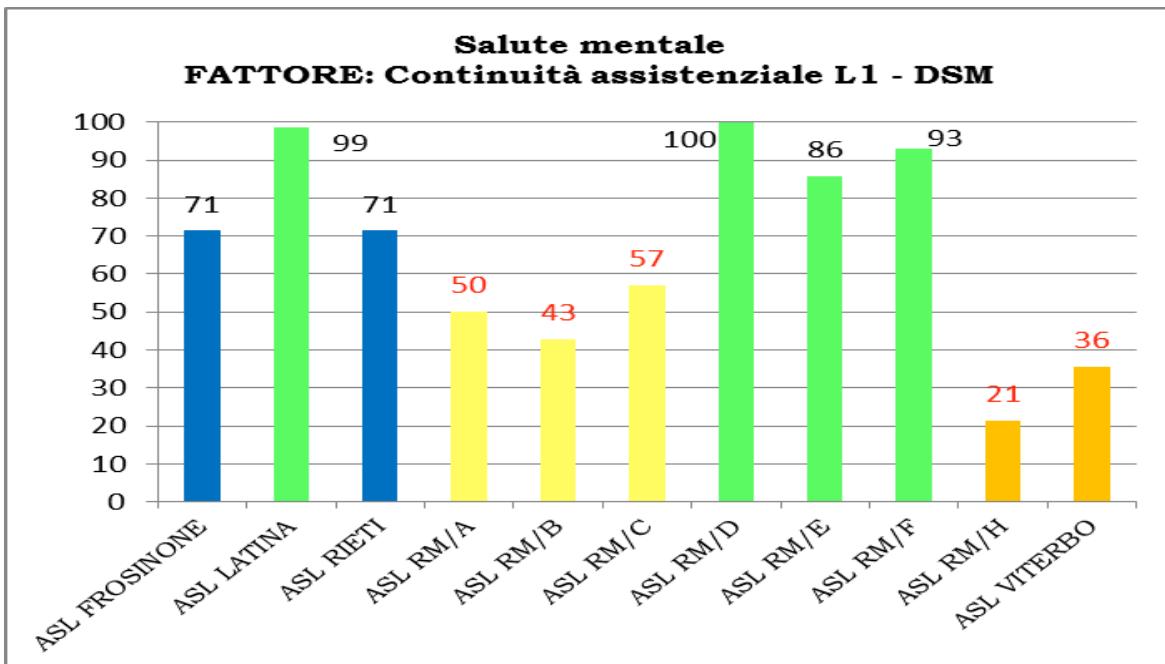


Grafico n. 75 – Andamento degli IAS del fattore “Continuità assistenziale” – livello DSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “CONTINUITÀ ASSISTENZIALE” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Procedura scritta per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC	<b>91</b>
Procedura scritta secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	<b>82</b>
Procedura scritta secondo la quale l'SPDC e il CSM devono concordare un piano congiunto di dimissioni del paziente	64
Procedura scritta secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissione inviata dal SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	<b>91</b>
Procedura scritta secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	55
Procedure o linee-guida scritte per la nomina di un operatore di riferimento per gli utenti in carico	55
Procedure o linee-guida scritte per la comunicazione agli utenti del loro operatore di riferimento	<b>45</b>
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale	55
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro	64
Attività previste per l'inserimento lavorativo: rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo; uso di borse di formazione lavoro; - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto; rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori;	62

iniziativa di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio	
Agevolazione da parte del DSM alla nascita e al funzionamento di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo dei pazienti	73
Procedure o linee-guida scritte per la promozione in tutte le componenti organizzative del DSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)	55
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	55
Programma di promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi di educazione alla salute e di medicina preventiva	<b>82</b>

Tabella 64 – elenco degli indicatori valutati per il quinto fattore per il livello DSM

L'andamento degli IAS per il DMS, con una media di 66, ci fa notare che anche in questo caso, i risultati sono distribuiti in modo piuttosto eterogeneo sul territorio. Si hanno infatti quattro valori IAS ottimi (ASL di Latina, ASL RM D, ASL RM E, ASL RM F) e due buoni (ASL di Frosinone e ASL di Rieti). Ritroviamo poi cinque valori solo discreti o scadenti, in due dei quali ci sono sicuramente criticità (ASL RM H e ASL di Viterbo), con la presenza di molti valori puntuali su singoli indicatori pari a zero.

La continuità assistenziale relativa al livello dei DSM mostra un territorio a macchia di leopardo con ottime performance di alcune Aziende Sanitarie (ASL di Latina, RM D, RM E, RM F) e IAS medi insufficienti per altre (RM A, RM B, RM C, RM H e ASL di Viterbo). Questa variabilità evidenzia la possibilità di forti miglioramenti affinché sia possibile un incremento congruo degli standard per l'intera Regione e si garantisca il rispetto del diritto della cittadinanza ad avere servizi qualitativamente omogenei sul territorio.

**Punti di forza.** I principali punti di forza messi in evidenza da questa rilevazione sono la “*Procedura scritta per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC*” e “*Procedura scritta secondo la quale il CSM deve ricevere la lettera di dimissioni inviata dal SPDC non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione*” con un IAS di 91 per entrambe le aree, anche se su quest'ultima è tuttavia necessario rilevare che la ASL RM H risulta avere un IAS pari a 0. Inoltre, con un punteggio molto alto (IAS = 82), abbiamo la “*Procedura scritta secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero*”, però con la ASL RM H e la ASL RM A esprimono punteggi pari a zero.

**Punti di debolezza.** Sicuramente migliorabili sono gli IAS medi che vanno da 45 a 55 e che riguardano fattori importanti quali le “*Procedure o linee-guida scritte per la nomina e la comunicazione agli utenti del loro operatore di riferimento*”; l’ “*Integrazione tra i diversi tipi di intervento*”, “*l'organizzazione secondo un modello di équipe e la visita, entro una settimana, da parte del DSM, dei pazienti dimessi dall'SPDC*”.

Ancora una volta è però necessario rilevare la preoccupante escursione tra i diversi servizi territoriali (si parla di IAS pari a 0 o 100 sui vari fattori) tra cui la Roma H sembra avere il primato negativo relativamente alle variabili analizzate.

**Aspetti da migliorare.** Anche a costo di risultare ripetitivi su questo tema, si segnala ai tavoli delle ASL i cui IAS medi sono scadenti o discreti la

rilevanza dei parametri presi in esame per la continuità assistenziale e la necessità che l'intero territorio del Lazio abbia risultati equilibrati affinché non si abbiano prestazioni e offerte diverse a seconda della zona di residenza. Ancora una volta sottolineiamo la necessità per ogni cittadino di avere pari opportunità in tema di diritto alla salute. E' necessario comunque valutare quanto alcune carenze a livello centrale siano poi coperte dai singoli CSM territoriali.

### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 87)**

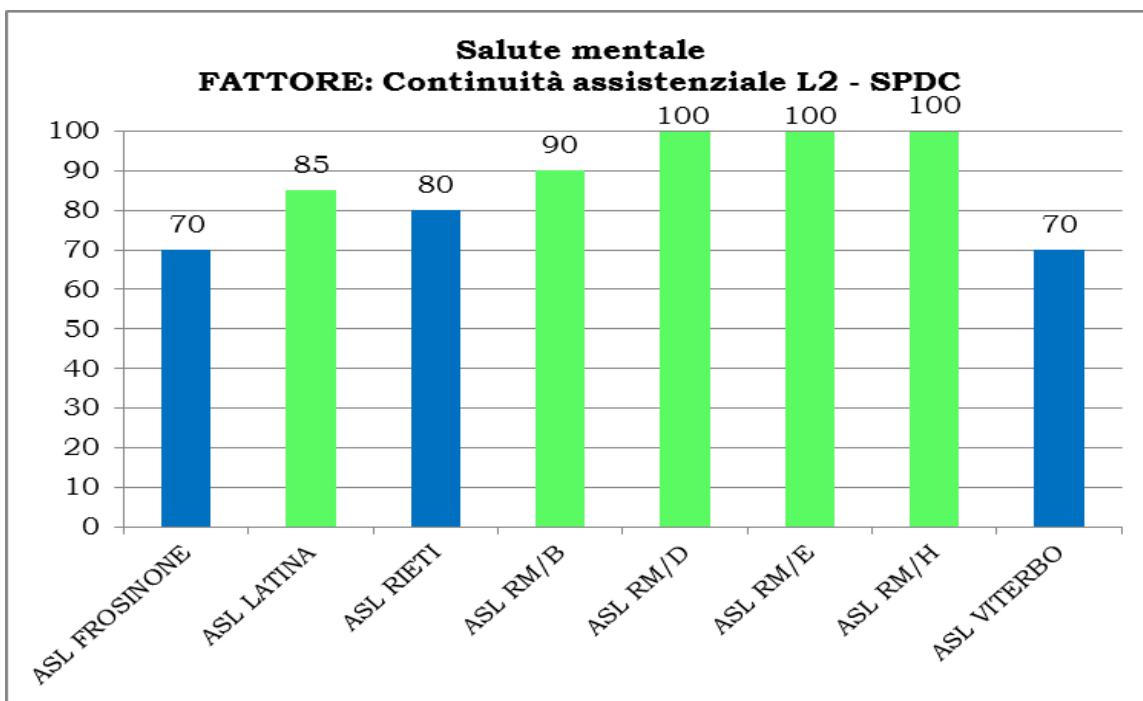


Grafico n. 76 – Andamento degli IAS del fattore “Continuità assistenziale” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “CONTINUITÀ ASSISTENZIALE” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC	<b>100</b>
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	<b>100</b>
Pratica secondo la quale il SPDC e il CSM concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente	<b>100</b>
Pratica secondo la quale il SPDC invia al CSM la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	<b>81</b>
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	<b>100</b>
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati	56
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro	63

<b>operatore di riferimento</b>	
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento	<b>100</b>
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella revisione dei piani di trattamento	<b>100</b>
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	69

Tabella 65 – elenco degli indicatori valutati per il quinto fattore per il livello SPDC

L'ottimo IAS medio pari a 87 per il SPDC, insieme alla distribuzione nelle varie realtà territoriali, ci indica che i risultati sono distribuiti in modo piuttosto omogeneo sul territorio. Si hanno infatti cinque valori IAS ottimi (ASL di Latina, ASL RM B, ASL RM D, ASL RM E) e tre buoni (ASL di Frosinone, la ASL di Viterbo e la ASL di Rieti). I punteggi più bassi sono quasi nella totalità composti dalla convivenza di punteggi IAS di 100 alternati a punteggi pari a zero, aree da approfondire<sup>38</sup>.

Non si sono osservate criticità evidenti né sul territorio, né a livello di singoli indicatori.

**Punti di forza.** L'insieme dei sette indicatori con punteggio “ottimo” mette in evidenza una corretta sequenza tra la dimissione e la presa in carico successiva, con un adeguato coinvolgimento dei pazienti nella elaborazione e nella revisione dei piani di trattamento.

**Punti di debolezza.** Non si osservano specifici punti di debolezza.

**Aspetti da migliorare.** In un quadro complessivamente soddisfacente, aree di miglioramento possono essere individuate nell'area “*operatore di riferimento*” e nella elaborazione di procedure per la promozione di un lavoro maggiormente di squadra.

---

<sup>38</sup> Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati, comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento, Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe

## **Livello Centro di Salute Mentale**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 83)**

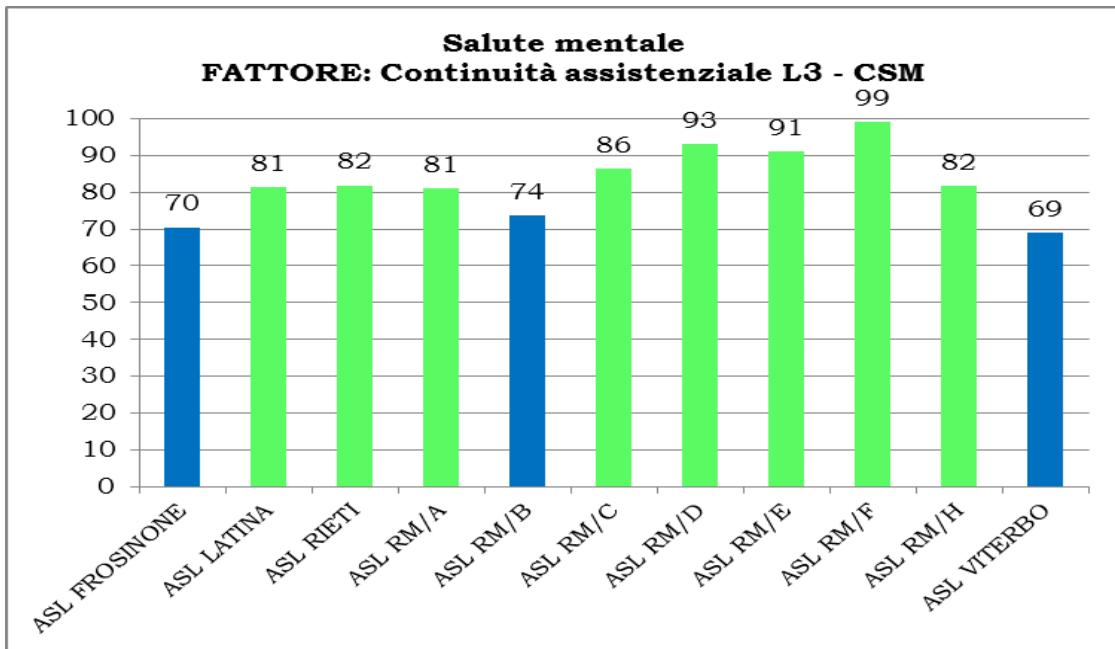


Grafico n. 77 – Andamento degli IAS del fattore “Continuità assistenziale” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “CONTINUITÀ ASSISTENZIALE” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Pratica per informare il CSM del ricovero di un paziente, residente nel territorio del DSM, nel SPDC	100
Pratica secondo la quale i pazienti ricoverati dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, devono essere visitati da un operatore del CSM durante il ricovero	100
Pratica secondo la quale il CSM e il SPDC concordano un piano congiunto di dimissioni del paziente	100
Pratica secondo la quale il CSM riceve dal SPDC la lettera di dimissioni non più tardi di 2 giorni dopo la dimissione	89
Pratica secondo la quale i pazienti dimessi dal SPDC, residenti nel territorio del DSM, sono visitati dai servizi comunitari entro una settimana dalla dimissione	89
Nomina di un operatore di riferimento per gli utenti ricoverati	100
Comunicazione agli utenti e ai loro familiari del nominativo del loro operatore di riferimento	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento	100
Coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nella formulazione dei piani di trattamento	100
Redazione di piani concordati per i pazienti tra strutture riabilitative e servizio inviante, nei quali sono contenuti: la durata prevista e gli obiettivi concordati dell’intervento; le eventuali visite degli operatori del servizio inviante; la suddivisione dei compiti per l’inserimento dell’utente nella parte finale dell’intervento riabilitativo	93
Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti	28

Procedure o linee-guida per quanto riguarda le reazioni del servizio all'abbandono da parte dei pazienti gravi	<b>30</b>
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso che una persona segnalata come possibile affetta da disturbo mentale grave rifiuti la valutazione iniziale	52
Procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento lavorativo e l'aiuto agli utenti per mantenere il lavoro	73
Attività previste per l'inserimento lavorativo: rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo; uso di borse di formazione lavoro; - visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto; rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori; iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio	66
Procedure o linee-guida scritte per la promozione di un'organizzazione del lavoro secondo il modello per équipe	63
Promozione in tutte le componenti organizzative del CSM dell'integrazione tra i diversi tipi di intervento (psicofarmacologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi, di rete)	<b>100</b>
Riunioni regolari di tutto il servizio o meglio di rappresentati delle diverse (micro) équipe per discutere gli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico	<b>100</b>
Riunioni periodiche tra gli operatori di diversa qualificazione professionale delle (micro) équipe per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico	<b>100</b>
Procedure o linee-guida scritte per la durata di presa in carico degli utenti e la decisione di concludere il trattamento o di passare dal trattamento attivo ad una fase di sorveglianza, con contatti distanziati nel tempo di verifica del mantenimento dei progressi	<b>33</b>
Incontri periodici con l'équipe multidisciplinare per valutare l'andamento del percorso terapeutico	<b>100</b>
Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura	<b>100</b>

Tabella 66 – elenco degli indicatori valutati per il quinto fattore per il livello CSM

L'ottimo IAS medio pari a 83 per il CSM, insieme alla distribuzione nelle varie realtà territoriali, ci fa notare che, anche in questo caso, i risultati sono distribuiti in modo piuttosto omogeneo sul territorio. Si hanno infatti ben otto valori IAS ottimi (ASL di Latina e Rieti, ASL RM A, ASL RM C, ASL RM D, ASL RM E, ASL RM F e ASL RM H ) e tre buoni (ASL di Frosinone, la ASL di Viterbo e la ASL RM B).

Tuttavia, notiamo la presenza, accanto a molti indicatori con punteggi IAS elevati (ben 15 tra 89 e 100 su un totale di ventidue indicatori considerati), di tre punteggi molto critici che verranno analizzati più avanti. Esistono tuttavia spazi di miglioramento per quanto concerne l'analisi dei singoli fattori che risultano avere uno IAS medio basso come si evidenzia nei punti di debolezza.

**Punti di forza.** I CSM analizzati a campione risultano avere IAS medi eccellenti per quanto riguarda i parametri di “lavoro di équipe e di interazione fra le diverse specificità professionali”, “la comunicazione ed il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari per quanto riguarda la nomina dell'operatore di riferimento” e la “formulazione dei piani di trattamento con un'eccellente possibilità di fruire di sedute di psicoterapie individuali e/o collettive presso la struttura”. Gli IAS medi del “rapporto fra gli SPDC e i CSM” valutati sono anch'essi eccellenti. Eccellenti anche i risultati sull' “interazione fra le strutture riabilitative e le strutture invianti”.

**Punti di debolezza.** Insufficienti appaiono le “*procedure per l’abbandono dei pazienti gravi*” (IAS = 28, con l’unica eccezione della RM F) e per la loro “*mancata presentazione agli appuntamenti*” (IAS = 30, anche in questo caso con l’unica eccezione della RM F). Insufficiente anche lo IAS medio per quanto riguarda le “*procedure o linee-guida scritte per la durata di presa in carico degli utenti e la decisione di concludere il trattamento o di passare dal trattamento attivo ad una fase di sorveglianza, con contatti distanziati nel tempo di verifica del mantenimento dei progressi*” (IAS = 33, eccezioni le ASL RM F e RM D). Sono carenze rilevanti poiché, soprattutto nei primi due casi, fanno riferimento a pazienti gravi

**Aspetti da migliorare.** I CSM campione appaiono avere una performance più omogenea rispetto a quella dei diversi DSM, anche se è possibile rilevare anche qui alcune differenze rilevanti. I punti di debolezza segnalati da questa analisi dovrebbero essere valutati dai tavoli insieme con le Direzioni per concordare le necessarie modifiche per i miglioramenti necessari, con una certa urgenza proprio perché, come detto, riguardano procedure relative a pazienti gravi con problematiche di salute mentale, patologie che hanno spesso anche un pesante impatto sulle famiglie.

## **Fattore: “Miglioramento della Qualità e Formazione del Personale”**

Il fattore “*Miglioramento della qualità e Formazione del personale*” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta un’area di rilevante valore per la capacità del sistema di gestire questi pazienti e per relazionarsi con i loro complessi bisogni e quelli delle loro famiglie.

Complessivamente, però, si ottiene un IAS di appena 57, che richiede interventi migliorativi su quest’area; il valore medio maggiore è risultato quello del SPDC (IAS = 63), mentre il più basso è quello del DSM che si colloca a 56.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 57)**

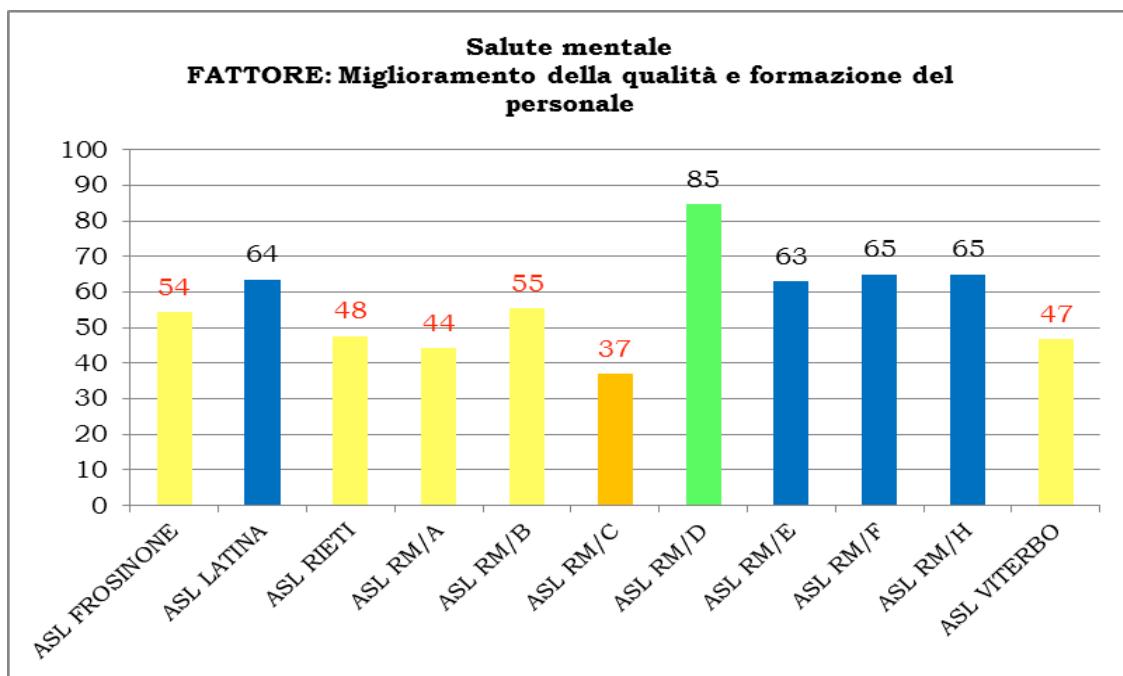


Grafico n. 78 – Andamento degli IAS del fattore “*Miglioramento della qualità e formazione del personale*”

## **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 56)**

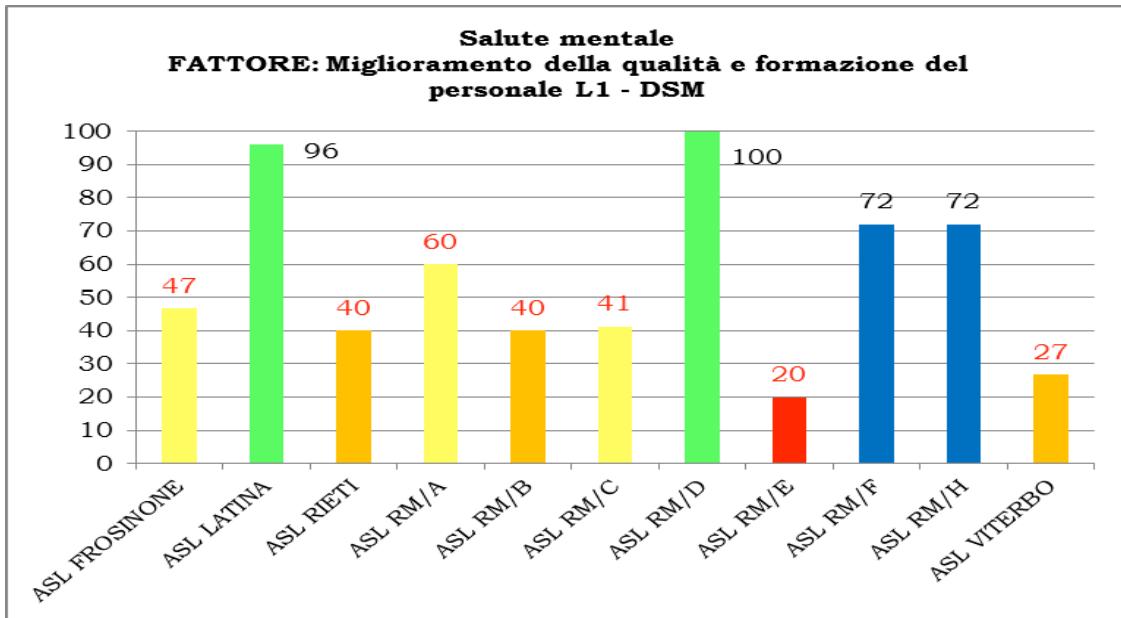


Grafico n. 79 – Andamento degli IAS del fattore “Miglioramento della qualità a formazione del personale” – livello DSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E FORMAZIONE DEL PERSONALE” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Programma di formazione specifica per il personale: criteri per la presa in carico; riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; riconoscimento del rischio di suicidio; prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; umanizzazione delle cure; abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche	76
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	73
Realizzazione di un’indagine circa i bisogni emergenti dal territorio del DSM negli ultimi due anni	18
Realizzazione negli ultimi due anni di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: Utilizzo di personale addestrato Domande su tutti i seguenti argomenti (5): disponibilità e cortesia del personale; facilità di accesso; senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni; soddisfazione sulle informazioni ricevute; l’impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni. Risultati resi pubblici.	40
Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all’indagine di soddisfazione	
Procedure scritte per la gestione dei reclami	73

Tabella 67 – elenco degli indicatori valutati per il sesto fattore per il livello DSM

L'andamento degli IAS per il DSM ha una media insoddisfacente di 57, con i risultati distribuiti in modo piuttosto eterogeneo e una prevalenza di punteggi bassi. Si hanno infatti solo quattro valori IAS ottimi o buoni, mentre ne sono stati registrati, accanto a due discreti, ben tre scadenti (ASL di Rieti, ASL RM B e ASL RM C) e due pessimi (ASL RM E e ASL di Viterbo). Tali valori IAS bassi sono determinati dalla presenza di molti valori puntuali pari a zero su singoli indicatori.

Questo fattore appare complessivamente “discreto”, quindi con possibili e necessità evidenti di miglioramento. In particolare emerge la contraddizione tra un *“programma per la formazione specifica del personale articolato”* (IAS = 76) e la mancanza diffusa, negli ultimi due anni, di *“indagini sui bisogni emergenti e sul livello di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari”*, che in genere sono alla base della programmazione e della formazione del personale.

**Punti di forza.** Non sono presenti in questo livello elementi caratterizzanti che rappresentino punti di forza con indicatori classificati con un IAS ottimo.

**Punti di debolezza.** La mancanza di indagini sui bisogni emergenti<sup>39</sup> (IAS = 18) e sul livello di soddisfazione<sup>40</sup> (IAS = 40) che possano orientare la formazione e i servizi sono elementi di debolezza presenti in modo eterogeneo sul territorio della regione.

**Aspetti da migliorare.** I Tavoli Permanentini e le direzioni dovrebbero programmare ed effettuare le indagini che sono mancate a lungo per poter conoscere meglio i bisogni di utenti e familiari e inserirli in un piano di azione. Certamente la cronica carenza di personale non aiuta in questo senso, ma si tratta tuttavia di azioni a costo molto basso e resa elevata in termini di qualità potenziale dei servizi.

---

<sup>39</sup> con l'eccezione della ASL di Latina e della ASL RM D che hanno un punteggio ottimo (IAS = 100)

<sup>40</sup> Soprattutto nelle ASL di Frosinone e di Rieti, e nelle ASL RM A, ASL RM C, RM E che registrano IAS = 0

## Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

**BUONO (IAS medio del fattore = 63)**

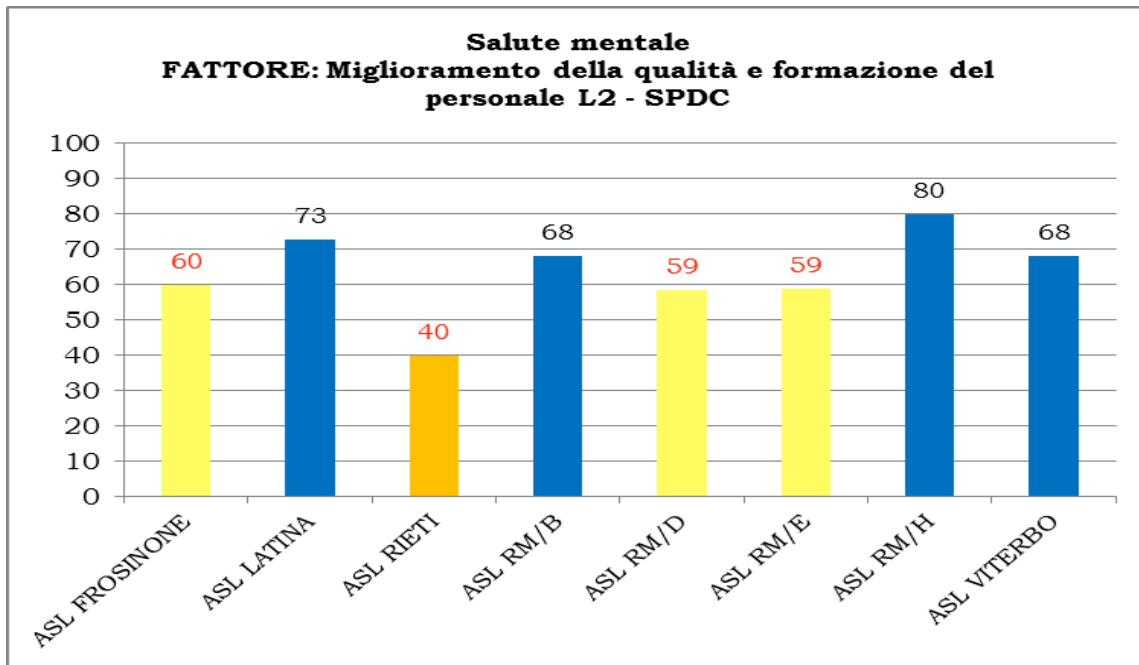


Grafico n. 80 – Andamento degli IAS del fattore “*Miglioramento della qualità a formazione del personale*” – livello SPDC

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’ E FORMAZIONE DEL PERSONALE” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Programma di formazione specifica per il personale: criteri per la presa in carico; riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; riconoscimento del rischio di suicidio; prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; umanizzazione delle cure; abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche.	87
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	88
Realizzazione di un’indagine circa i bisogni emergenti del SPDC negli ultimi due anni	38
Realizzazione negli ultimi due anni di un’indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: Utilizzo di personale addestrato Domande su tutti i seguenti argomenti (5): disponibilità e cortesia del personale; facilità di accesso; senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni; soddisfazione sulle informazioni ricevute; l’impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni. Risultati resi pubblici. Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all’indagine di soddisfazione	35
Procedure scritte per la gestione dei reclami	69

Tabella 68 – elenco degli indicatori valutati per il sesto fattore per il livello SPDC

L'andamento degli IAS per il SPDC esprime, anche in questo caso, una media insoddisfacente di 63, con i risultati distribuiti in modo più omogeneo rispetto al DMS e con sole due classi di valori rappresentate: quattro IAS buoni e quattro discreti.

Dal grafico dei valori medi non si osservano criticità particolari, individuate invece nei singoli indicatori.

Questo fattore per il livello SPDC appare complessivamente molto simile al precedente (IAS = 62), dal quale di differenzia solo per la presenza di punteggi più alti negli indicatori sulla *“formazione del personale”* e sullo *“scambio di esperienze con gli operatori attivi in altre strutture”*, e ai quali si rimanda per le valutazioni puntuali.

Nell'insieme, possiamo osservare che, anche in questo caso, l'area di miglioramento sulla quale i tavoli permanenti e le Direzioni dovrebbero programmare ed effettuare gli interventi è rappresentata dalle indagini, che sono mancate a lungo, sui bisogni emergenti<sup>41</sup> (IAS = 38) e sul livello di soddisfazione<sup>42</sup> (IAS = 35), al fine di per poter conoscere meglio i bisogni di utenti e familiari e inserirli in un piano di azione.

### ***Livello Centro di Salute Mentale***

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 58)**

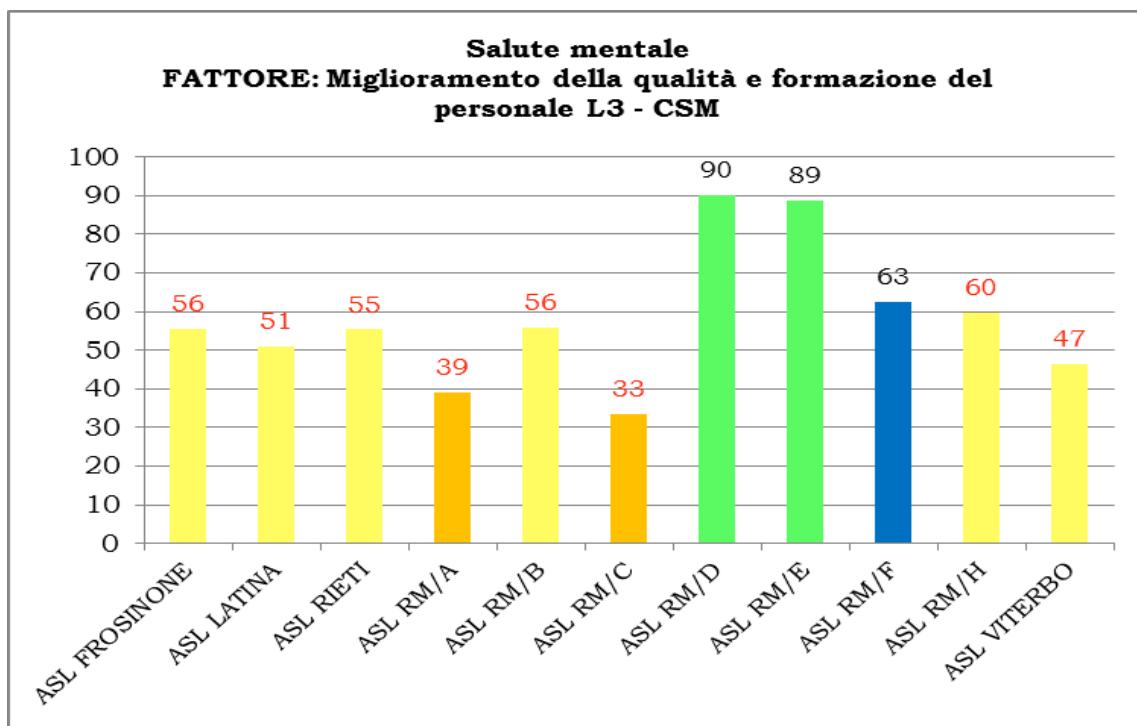


Grafico n. 81 – Andamento degli IAS del fattore *“Miglioramento della qualità a formazione del personale”* – livello CSM

<sup>41</sup> con l'eccezione delle ASL di Latina e di Viterbo e della ASL RM H che hanno un punteggio ottimo (IAS = 100)

<sup>42</sup> In particolare, l'assenza di tale azioni si osserva, con IAS = 0, nelle ASL di Frosinone e di Rieti, nella ASL RM D e nella RM H

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E FORMAZIONE DEL PERSONALE” – LIVELLO 3 (CSM)</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Programma di formazione specifica per il personale: criteri per la presa in carico; riconoscimento dei segni precoci di crisi psicotica; conoscenza e attivazione delle risorse di rete, non psichiatriche, utilizzabili dagli utenti del DSM; formazione di base nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi psichici per il personale privo di formazione specifica; riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, ed in particolare dei neurolettici; riconoscimento del rischio di suicidio; prevenzione delle crisi e degli atti aggressivi; umanizzazione delle cure; abilità relazionali nel rapporto con il paziente e/o familiari; diritti dei pazienti ed esperienze di tutela; aspetti etici nella cura delle patologie psichiatriche	76
Partecipazione di operatori attivi in altre strutture, con scambio di esperienze	76
Realizzazione di un'indagine circa i bisogni emergenti del SPDC negli ultimi due anni	48
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: Utilizzo di personale addestrato Domande su tutti i seguenti argomenti (5): disponibilità e cortesia del personale; facilità di accesso; senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni; soddisfazione sulle informazioni ricevute; l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni. Risultati resi pubblici. Azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione	38
Procedure scritte per la gestione dei reclami	61

Tabella 69 – elenco degli indicatori valutati per il sesto fattore per il livello CSM

L'andamento degli IAS per il CSM ci mostra una situazione non positiva, rappresentata da una media che, seppur statisticamente discreta con un punteggio di 58, in realtà appare insoddisfacente. Osserviamo infatti solo due IAS ottimi e uno buono da un lato, mentre ne registriamo sei solo discreti e due scadenti (ASL RM A e ASL RM C).

Questo fattore per il livello CSM appare complessivamente molto simile a quelli del DSM e del SPDC e ai quali si rimanda per le valutazioni e le aree di miglioramento sulle quali i tavoli e le direzioni dovranno intervenire.

## Fattore: “Informazione e Comunicazione”

Il fattore “*Informazione e comunicazione*” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta, dal punto di vista civico, un’area estremamente importante per il diritto alla partecipazione al governo e al monitoraggio dell’area della salute mentale da parte dei cittadini.

Complessivamente, però, si ottiene un IAS medio di soli 59 punti, certamente non soddisfacente, che indica un’area evidente e ampia di miglioramento. Il valore medio maggiore è risultato quello del livello DSM (IAS = 70), mentre il minore è quello del SPDC che si colloca a 48.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 59)**

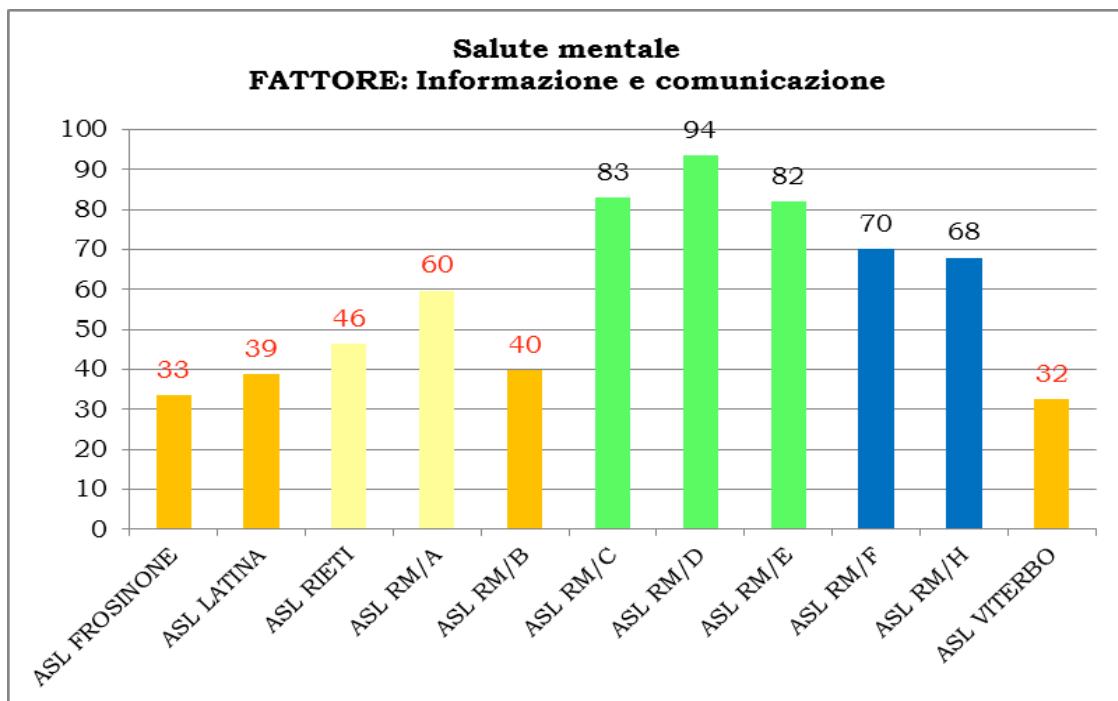


Grafico n. 82 – Andamento degli IAS del fattore “*Informazione e comunicazione*”

## **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 70)**

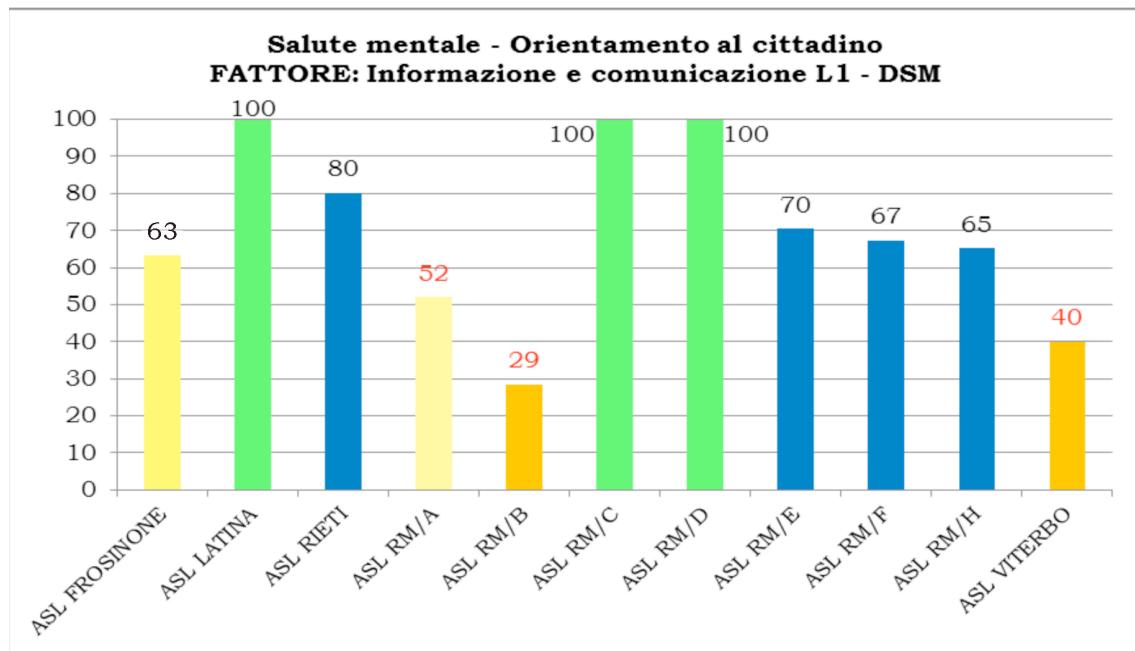


Grafico n. 83 – Andamento degli IAS del fattore “*Informazione e comunicazione*” – livello DSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	73
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	<b>91</b>
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	55
Carta dei servizi	<b>82</b>
Carta dei servizi con le seguenti informazioni: la missione del DSM, le categorie di utenti prioritari, le principali attività svolte; le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, gli orari, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti e l’impegno a rispettarli; i tempi medi di attesa; i ticket e gli altri costi a carico dell’utente; i rapporti di collaborazione e i protocolli d’intesa con i servizi sanitari sociali; la descrizione fisica delle varie componenti organizzative, con eventuale pianta delle zone e informazioni su come arrivarvi con i vari mezzi di trasporto; i diritti e doveri degli utenti e dei familiari; l’orario delle visite; l’impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti e a favorire il funzionamento di comitati misti tra servizio e rappresentanti degli utenti	69
Carta dei servizi in formato di opuscolo	<b>44</b>
Svolgimento della conferenza di servizio	73

Tabella 70 – elenco degli indicatori valutati per il settimo fattore per il livello DSM

L'andamento degli IAS per il CSM ha una buona media con un valore di 70, e la presenza di sette IAS ottimi o buoni, due discreti ma anche (ASL RM B e ASL di Viterbo).

**Punti di forza.** Sono rappresentati da “*procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto*” (IAS = 91) e dalla presenza della “*carta dei servizi*” (IAS = 82).

**Punti di debolezza.** La mancanza di un “*formato cartaceo di facile consultazione della carta dei servizi*” (IAS = 44). Tuttavia, anche se il punteggio relativo appare discreto o buono, appare evidente che alcuni altri indicatori dovrebbero avere un punteggio maggiore, proprio perchè stiamo parlando dell'area cardine per il rapporto diretto con i cittadini-pazienti a livello individuale o attraverso le associazioni che li rappresentano: in particolare l'indicatore sul “*contenuto della carta dei servizi*” (con una criticità particolare nella ASL di Frosinone con IAS = 43) e lo “*svolgimento della conferenza di servizio*” (IAS = 0 nella ASL RM A, nella RM H e nella ASL di Viterbo).

**Aspetti da migliorare.** La Carta dei Servizi dovrebbe essere più completa in quanto non dappertutto presenta tutte le informazioni utili (IAS = 69), e accessibile in un formato comodo per la consultazione. Inoltre, non sempre è presente o efficiente un numero telefonico per informazioni e orientamento e la conferenza di servizio dovrebbe svolgersi regolarmente.

#### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

##### **DISCRETO (IAS medio del fattore = 48)**

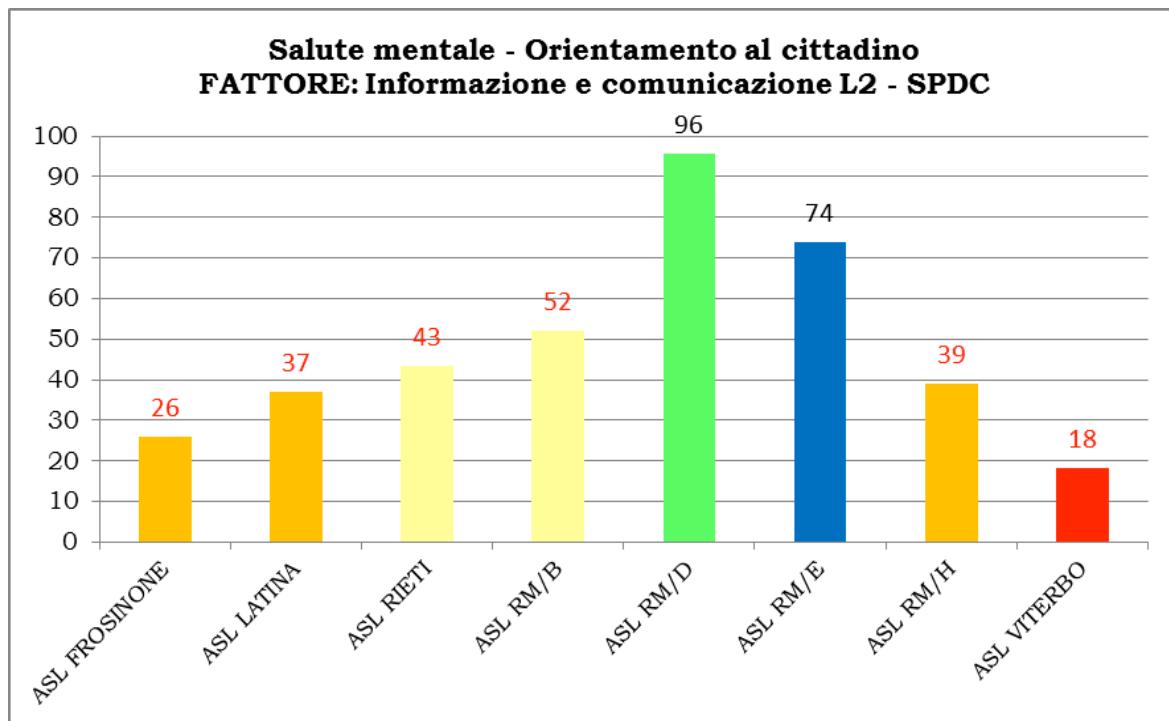


Grafico n. 84 – Andamento degli IAS del fattore “*Informazione e comunicazione*” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 2 (SPDC)</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	69
Cartella integrata	<b>81</b>
Cartella clinica informatizzata	<b>25</b>
Lettera di dimissioni in cui sono presenti almeno: condizioni dell'utente alla dimissione; principali interventi effettuati; raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up.	<b>100</b>
Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale	<b>38</b>
Invio tempestivo della lettera di dimissioni al medico curante	50
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	75
Consensi informati documentati nelle cartelle cliniche di ricovero o ambulatoriali	<b>88</b>
Cartello con i nominativi dei medici del SPDC	<b>38</b>
Cartello con le qualifiche dei medici del SPDC	<b>31</b>
Cartello con il nome del coordinatore infermieristico del SPDC	<b>38</b>
Cartello con indicati gli orari della giornata del SPDC	56
Cartello con indicato l'orario di ricevimento del personale del SPDC	<b>94</b>
Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria	<b>19</b>
Servizio informazioni per il pubblico (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) presso l'ingresso principale	<b>44</b>
Opuscoli informativi sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente (mediante appositi distributori, dati al momento dell'accettazione, ecc.)	<b>38</b>
Opuscoli informativi circa i diritti dei pazienti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	<b>19</b>
Opuscoli informativi circa le responsabilità dei pazienti (mediante appositi distributori)	<b>19</b>
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami	<b>44</b>
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	<b>31</b>
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	<b>44</b>
Carta dei diritti in versione di opuscolo	<b>44</b>
Ascensori con indicazioni circa le U.O./servizi presenti al piano	<b>29</b>

Tabella 71 – elenco degli indicatori valutati per il settimo fattore per il livello SPDC

Il fattore “*informazione e comunicazione*” del livello SPDC si presenta con un IAS basso pari appena a 48 e con solo quattro indicatori su 23 con un punteggio superiore a 81; al contrario, ne osserviamo ben quindici sotto il valore “soglia” di 50, mettendo in evidenza una situazione delicata con criticità diffuse sul territorio.

**Punti di forza.** Dal punto di vista civico, l'elemento non solo quantitativamente ma anche qualitativamente più rilevante è la “*completezza dell'informazione riportata nella lettera di dimissione*”, che consente teoricamente di prendere in carico il paziente in modo efficace, una volta che questi abbia lasciato la struttura.

**Punti di debolezza.** Purtroppo ne vengono riportati numerosi, come si vede dalla tabella. Segnaliamo in modo particolare punteggi bassi in: “opuscoli

*informativi circa i diritti dei pazienti*” (IAS = 19), “*opuscoli informativi circa le responsabilità dei pazienti*” (IAS = 19), “*schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti*” (IAS = 31), “*procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale*” (IAS = 38), “*Servizio informazioni per il pubblico (addetto alle informazioni, punto di accoglienza, ecc.) presso l’ingresso principale*” (IAS = 44). Inoltre si osservano anche criticità in alcuni indicatori relativi alle informazioni su aspetti organizzativi e relazionali.

**Aspetti da migliorare.** Alla luce dei punti di debolezza elencati nella sezione precedente, è urgente che i tavoli e le Direzioni si attivino perché i punti relativi ai diritti degli utenti e dei pazienti siano resi fruibili ed operativi al più presto in tutte le strutture nelle quali non lo siano tali.

### **Livello Centro di Salute Mentale**

#### **DISCRETO (IAS medio del fattore = 60)**

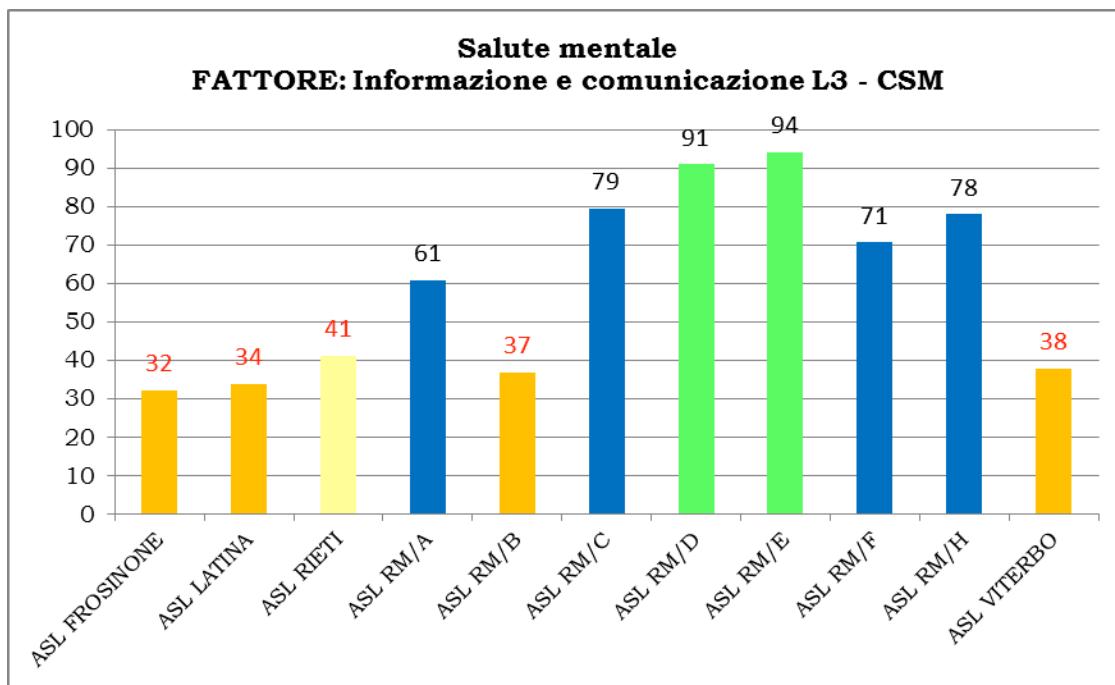


Grafico n. 85 – Andamento degli IAS del fattore “*Informazione e comunicazione*” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte per la tenuta della cartella clinica	72
Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	76
Il servizio prende in carico un paziente, ed invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell’utente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione	68
Procedura scritta per favorire il raccordo tra gli operatori del CSM e il medico di fiducia del paziente	61
Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto	<b>86</b>
Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all’ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	<b>95</b>

Sito web aziendale con informazioni relative agli orari del CSM e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	<b>87</b>
Opuscoli informativi sui servizi offerti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	51
Opuscoli informativi con i nomi degli operatori (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	<b>27</b>
Opuscoli informativi circa i diritti/le responsabilità dei pazienti/utenti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)	<b>27</b>
Opuscoli informativi o avvisi rivolti al pubblico sulla prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute (mediante appositi distributori)	<b>26</b>
Documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami	60
Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	50
Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	52
Carta dei servizi in versione di opuscolo	<b>49</b>
Cartello aggiornato con i nominativi e le qualifiche degli operatori del Servizio	57
Luogo visibile e dedicato alle informazioni nella struttura	70

Tabella 72 – elenco degli indicatori valutati per il settimo fattore per il livello CSM

Il fattore “*informazione e comunicazione*” del livello CSM si presenta con un IAS medio pari a 60, quindi discreto, con tre indicatori su 17 con un punteggio superiore a 81 e quattro inferiori a 50. Per quanto riguarda la situazione nelle diverse ASL, si osservano sostanzialmente due gruppi distinti: uno con punteggi ottimo o buono, e un secondo con punteggi discreti o scadenti, ed è rilevante che siano in tutti e quattro le province non romane.

**Punti di forza.** Fanno riferimento alla qualità dei siti web aziendali (IAS di 95 e 87) e l'indicatore “*Procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto*” (IAS = 86).

**Punti di debolezza.** Dal punto di vista civico, appare particolarmente rilevante il basso punteggio (IAS = 27) dell'indicatore “*Opuscoli informativi circa i diritti/le responsabilità dei pazienti/utenti (mediante appositi distributori o dati al momento dell'accettazione, ecc.)*”, “*opuscoli informativi o avvisi rivolti al pubblico sulla prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute (mediante appositi distributori)*” con un IAS pari a 26. A livello territoriale, i punteggi della ASL di Latina sono in molti casi molto bassi, indicando una condizione di criticità generale, mentre le ASL di Viterbo e Rieti hanno punteggi alternanti tra valori elevati e altri negativi (numerosi “zero”).

**Aspetti da migliorare.** L'informazione ai pazienti e agli utenti anche per il livello CSM dovrebbe essere all'attenzione urgente dei tavoli e delle direzioni, anche alla luce di punteggi bassi negli altri due livelli analizzati nei paragrafi precedenti. Anche l'eterogeneità presente nei diversi territori e soprattutto nelle province fuori Roma è un elemento critico che richiede una riflessione anche a livello regionale per valutare che tipo di interventi e quali risorse siano necessarie per modificare una situazione che in molti casi è davvero negativa.

## **Fattore: “Personalizzazione delle Cure, Privacy e Umanizzazione”**

Il fattore “*Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione*” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta, dal punto di vista civico, un’altra area estremamente importante per i cittadini e i pazienti, per la tutela del diritto ad avere riservatezza e protezione della propria dignità, pari trattamento e diritto ad informazione e accesso indipendentemente dalla propria cultura, origine etnica o religione, rispetto per le proprie scelte, diritto ad essere trattati in modo umano e con rispetto sempre e ovunque.

Complessivamente si ottiene un IAS medio buono pari a 72, ma con un solo risultato ottimo sul territorio (ASL RM D con IAS = 90) e troppi valori inferiori a 80, in un’area che richiederebbe massimo impegno e dedizione e un livello più alto di cultura del diritto della persona-paziente. Certamente questo risultato non è soddisfacente e indica un’area evidente e ampia di miglioramento. Il valore medio maggiore è risultato quello del livello SPDC (IAS = 83), mentre il minore è quello del DSM che si colloca a 59.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 72)**

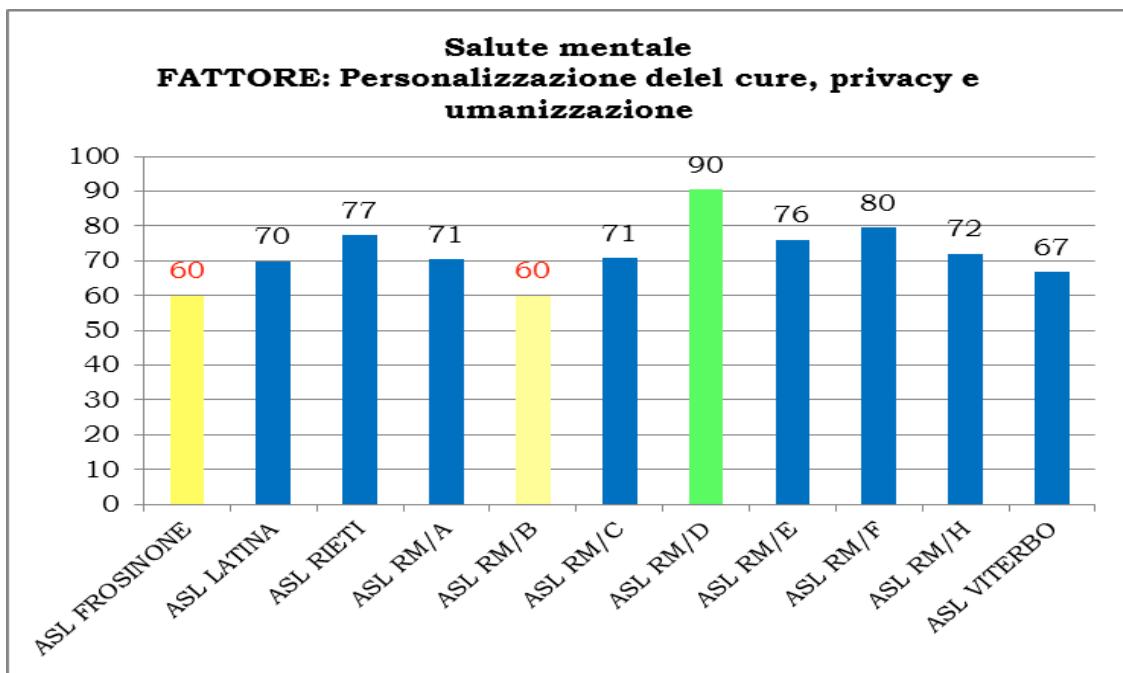


Grafico n. 86 – Andamento degli IAS del fattore “*Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione*”

## ***Livello Dipartimento di Salute Mentale***

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 59)**

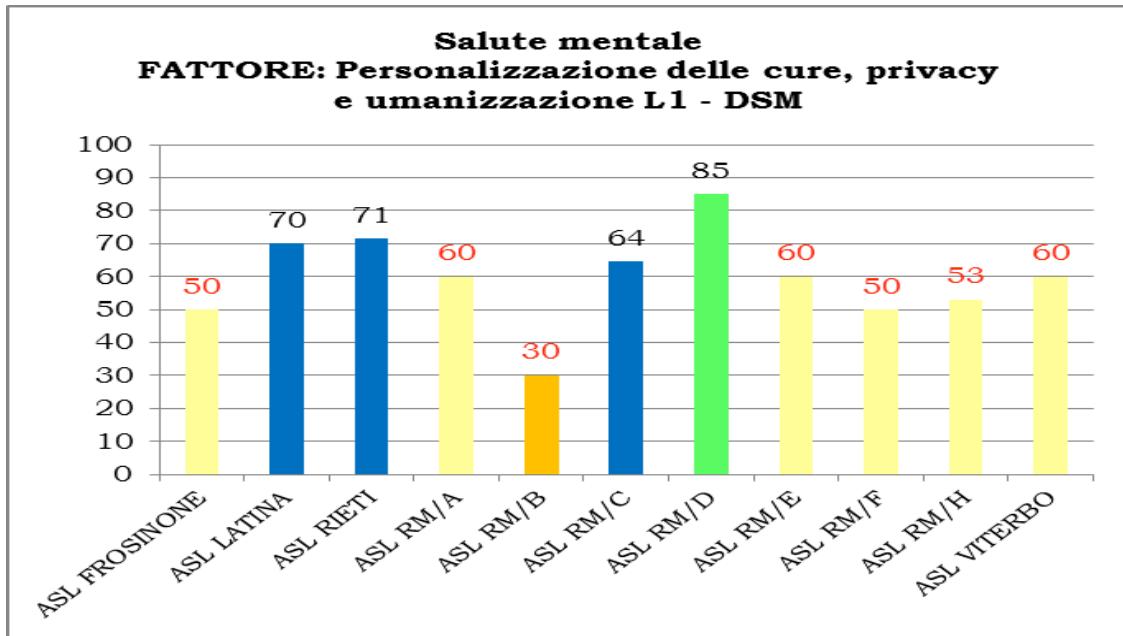


Grafico n. 87 – Andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione” – livello DSM

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE” - LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Discussione da parte della Commissione mista conciliativa di alcuni reclami presentati dagli utenti del DSM e dai loro familiari	28
Riunione della Commissione mista consultiva negli ultimi 12 mesi per discutere i problemi del DSM ed esprimere pareri e suggerimenti sul modo di migliorare la funzionalità del servizio	44
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita	18
Servizio d'interpretariato	18
Servizio di mediazione culturale	45
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti; diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure; doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti; modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento; gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili	45
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	90
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100

Tabella 73 – elenco degli indicatori valutati per l'ottavo fattore per il livello CSM

Nel livello DSM di questo fattore, il valore IAS medio è discreto con un valore di 59, che è l'espressione dell'alternanza di punteggi puntuali dei singoli indicatori pari in genere a 100 o a zero. Rispetto al territorio, abbiamo valori IAS medi bassi in diverse ASL, in particolare nella RM B.

Rispetto agli indicatori presi in considerazione, abbiamo anche qui una radicalizzazione dei punteggi, con quattro IAS = 100, quindi eccellenti, e ben sei con valore assolutamente insufficiente (IAS tra 18 e 45).

**Punti di forza.** Questi sono relativi alla presenza di “*procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente*” (IAS = 90) o alla assenza di “*casi di documentazioni fornite o mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno*” (IAS = 100), o di “*violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno*” (IAS = 100).

**Punti di debolezza.** Dal punto di vista civico, i punti di debolezza sono rappresentati soprattutto, a nostro avviso, dai punteggi molto bassi raccolti dagli indicatori “*Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita*” (IAS = 18), “*servizio d'interpretariato*” (IAS = 18) e “*servizio di mediazione culturale*” (IAS = 45). L'evoluzione della struttura etnica e culturale della società italiana e quindi dei pazienti che utilizzano i servizi sanitari deve fare i conti con la necessità e l'opportunità di servizi efficienti in questo campo. Infine, osserviamo un punteggio IAS di soli 45 punti nell'indicatore relativo a “*procedure scritte per informare gli utenti su diversi aspetti*” importanti per i diritti e doveri dei pazienti.

Desta anche allarme il punteggio basso ottenuto dagli indicatori “*discussione da parte della Commissione mista conciliativa di alcuni reclami presentati dagli utenti del DSM e dai loro familiari*” (IAS = 28) e “*riunione della Commissione mista consultiva negli ultimi 12 mesi per discutere i problemi del DSM ed esprimere pareri e suggerimenti sul modo di migliorare la funzionalità del servizio*” (IAS = 44) che indicano scarsa attenzione a questi aspetti molto importanti per l'ascolto dei cittadini e per il miglioramento del servizio a partire dal punto di vista degli utenti e dei loro familiari.

**Aspetti da migliorare.** I punteggi bassi in tutta la prima parte degli indicatori del livello DSM di questo fattore suggeriscono con chiarezza quali sono le aree di intervento sulle quali i tavoli e le direzioni dovrebbero concentrare la propria attenzione, al fine di offrire ai cittadini e ai pazienti di diverse culture, lingue e religioni parità di accesso, di accoglienza e di tutela sanitaria.

**Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**OTTIMO (IAS medio del fattore = 83)**

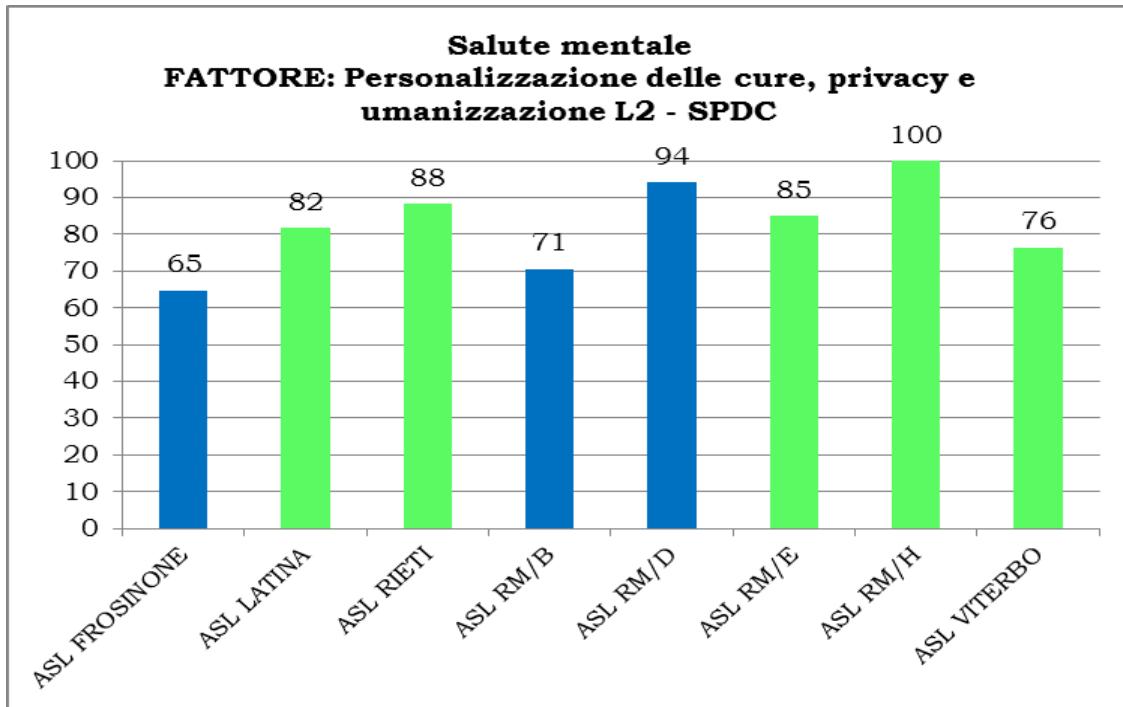


Grafico n. 88 – Andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Assistenza spirituale a richiesta	100
Servizio d'interpretariato	19
Servizio di mediazione culturale	50
Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera	81
Orario della distribuzione della colazione ai pazienti	100
Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti	100
Orario della distribuzione della cena ai pazienti	75
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Procedura per assicurare il rispetto della privacy	88
Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente, con almeno due elementi identificatori	63
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	63
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza	100

Locali per colloqui e trattamenti individuali	<b>100</b>
Ingresso da parte dei visitatori dopo le ore 18:00	69
Comunicazione al paziente dei componenti dell'équipe di riferimento	<b>100</b>

Tabella 74 – elenco degli indicatori valutati per l'ottavo fattore per il livello SPDC

Nel livello SPDC di questo fattore, il valore IAS medio è ottimo con un valore di 83, con ben 11 indicatori sopra gli 81 punti, mentre si osserva solo un valore critico. A livello territoriale si osservano valori medi alti (ottimi o buoni) in tutte le strutture.

**Punti di forza.** Questi sono relativi alla presenza di “*procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente*” (IAS = 90) o alla assenza di “*casi di documentazioni fornite o mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno*” (IAS = 100), o di “*violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno*” (IAS = 100).

**Punti di debolezza.** L'unico punto di debolezza, però importante e caratterizzato da un IAS molto basso, pari a 19, è quello relativo al “*servizio di interpretariato*”. Inoltre, anche l'indicatore “*servizio di mediazione culturale*” ha un IAS di 50, che nel quadro generale dei punteggi alti di questo livello, suggerisce un'area di miglioramento molto rilevante alla luce del processo di cambiamento della nostra popolazione.

**Aspetti da migliorare.** Con riferimento a quanto riportato al punto precedente (e segnalato con forza in merito al livello 1), si ritiene opportuno che sia i tavoli che le direzioni si adoperino per migliorare rapidamente la performance in quest'area delicata.

### **Livello Centro di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 71)**

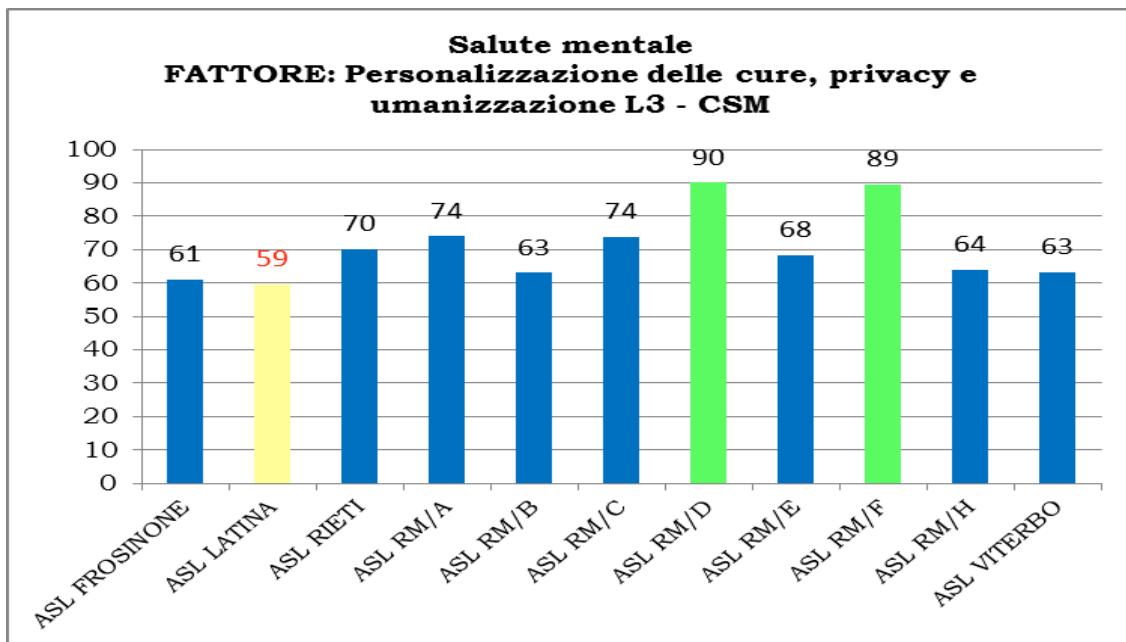


Grafico n. 89 – Andamento degli IAS del fattore “*Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione*” – livello CSM

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, PRIVACY E UMANIZZAZIONE” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte per informare gli utenti sui seguenti aspetti: modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti; diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure; doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti; modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento; gruppi di mutuo aiuto, servizi sociali e ricreativi utilizzabili	94
Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita	15
Servizio d'interpretariato	11
Servizio di mediazione culturale	29
Casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	97
Casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
Casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente	71
Possibilità per gli utenti di comunicare con altri in privato se non controindicato per motivi di sicurezza	95
Locali per colloqui e trattamenti individuali	100

Tabella 75 – elenco degli indicatori valutati per l'ottavo fattore per il livello CSM

Per il CSM, il valore IAS medio per questo fattore è buono con un valore di 71, con ben 6 indicatori sopra gli 81 punti, però si osservano tre valori critici in aree molto delicate. A livello territoriale si osservano valori medi alti (ottimi o buoni) in tutte le strutture ad eccezione di una (ASL Latina).

**Punti di forza.** Questi sono relativi alla assenza di “casi di documentazioni fornite o mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno” (IAS di 97 e di 100), o di “violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno” (IAS = 100). Anche l'area relativa alla “possibilità di comunicare in privato” presenta punteggi IAS alti (95 e 100).

**Punti di debolezza.** I tre punti di debolezza che emergono sono molto rilevanti dal punto di vista civico: “Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita” (IAS = 15), “servizio di interpretariato” (IAS = 11) e “servizio di mediazione culturale” (IAS = 29). A nostro avviso rappresentano una grave carenza che riduce il diritto all'accoglienza, alla comprensione di quanto accade e del senso dei trattamenti e in definitiva all'accesso alle cure e ai servizi per una parte della popolazione che ne vorrebbe usufruire.

**Aspetti da migliorare.** Con riferimento a quanto riportato al punto precedente (e segnalato con forza in merito al livello 1 e in parte al livello 2), si ritiene opportuno che sia i tavoli che le direzioni si adoperino urgentemente e con determinazione per migliorare rapidamente la performance in quest'area delicata, dimostrando così la cultura e la sensibilità necessaria. È probabilmente indispensabile che anche la Regione Lazio contribuisca a questa presa di coscienza e a questo salto di qualità necessario e urgente.

## Fattore: “Rapporti con le Famiglie”

Il fattore “*Rapporti con le famiglie*” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta, dal punto di vista civico, un’altra area estremamente importante per la complessa gestione di questi pazienti, il cui carico sulle famiglie è spesso pesante.

Complessivamente si ottiene un IAS medio statisticamente buono ma sostanzialmente insoddisfacente pari a 64, con due valori ottimi sul territorio (ASL RM D con IAS = 100 e la ASL di Frosinone con IAS = 84), quattro buoni, ma anche tre solo discreti e due scadenti (ASL RM B e ASL di Viterbo) che indicano spazi di intervento. Il valore medio maggiore è risultato quello del livello SPDC (IAS = 79), mentre il minore è quello del DSM che si colloca a 60.

Di seguito si riporta l’istogramma dell’andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 64)**

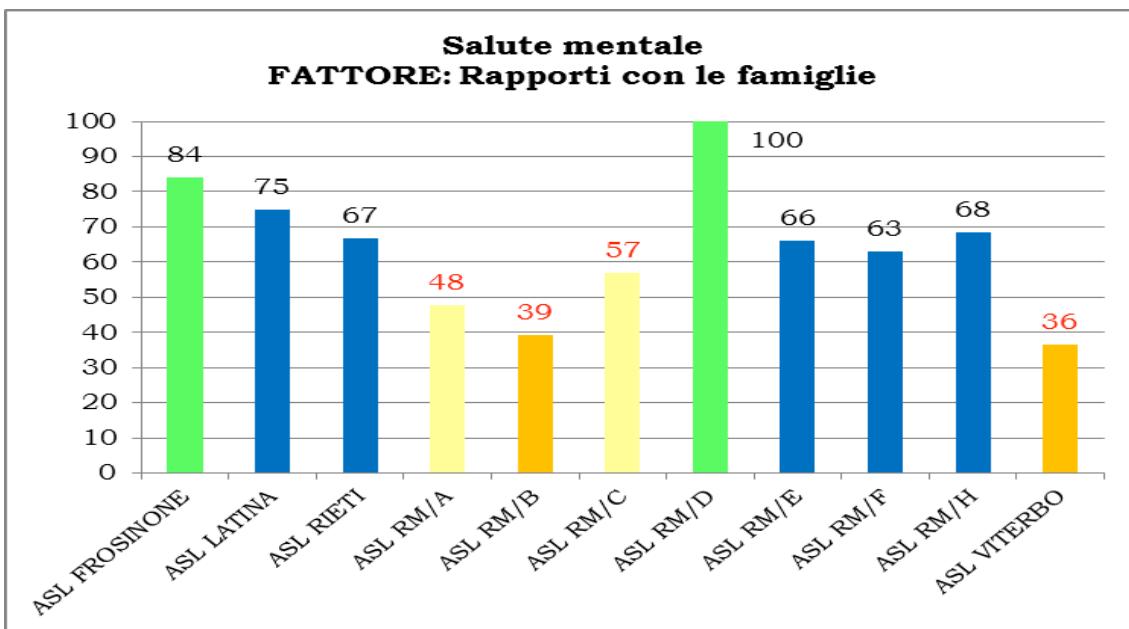


Grafico n. 90 – Andamento degli IAS del fattore “*Rapporti con le famiglie*”

## Livello Dipartimento di Salute Mentale

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 60)**

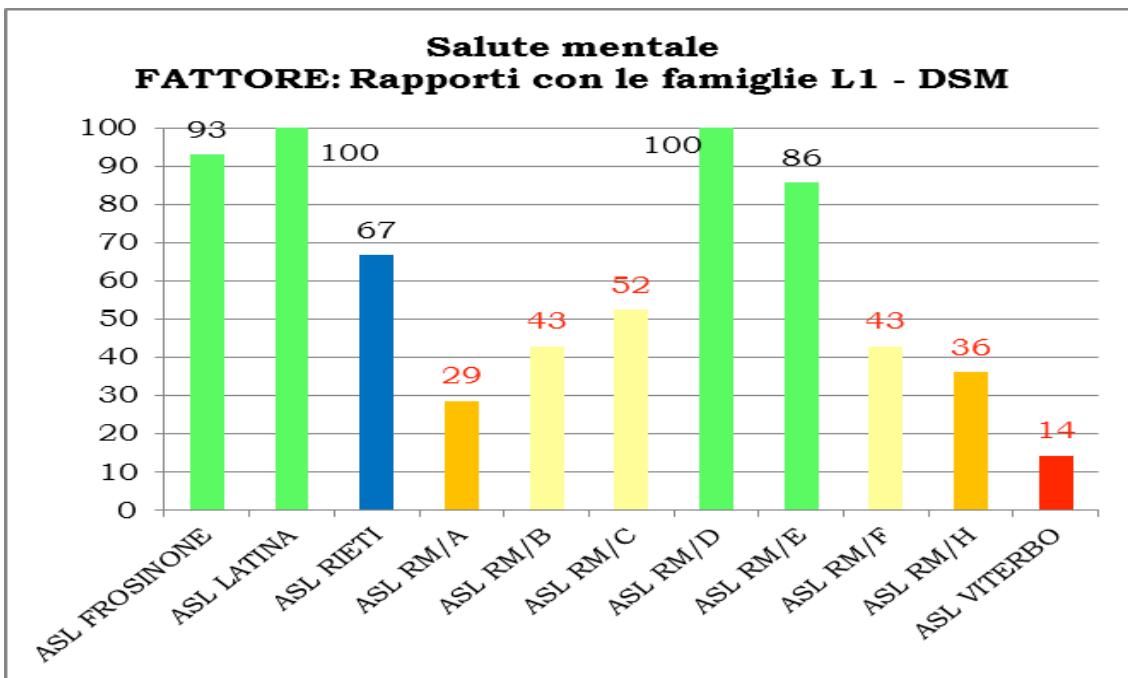


Grafico n. 91 – Andamento degli IAS del fattore “*Rapporti con le famiglie*” – livello DSM

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “RAPPORTI CON LE FAMIGLIE” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - loro diritti; le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; le modalità per contattare i curanti o i referenti; l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; doveri e impegni verso il servizio	43
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari	45
Procedure scritte per formare i familiari a riconoscere i segni precoci di crisi e a favorire l'adesione al trattamento farmacologico	45
Gruppi di mutuo-aiuto e/o associazioni di familiari attivi	91
Il DSM favorisce la costituzione di associazioni o gruppi di mutuo-aiuto di familiari	90
Procedure scritte relative ai rapporti con le associazioni di familiari	64
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	45

Tabella 76 – elenco degli indicatori valutati per il nono fattore per il livello DSM

Nel livello DSM del fattore “*rapporti con le famiglie*”, abbiamo una situazione abbastanza eterogenea per quanto riguarda le *performance* delle singole strutture: meno della metà hanno valori ottimi o buoni, mentre sei su undici sono discreti (tre), scadenti (due: ASL RM A e ASL RM H) o pessimi (uno: ASL di Viterbo).

Eterogenei anche i punteggi medi degli indicatori valutati: due su sette con punteggio ottimo, uno buono e quattro inferiori a 50. Va anche rilevato che la quasi totalità dei punteggi puntuali dei singoli indicatori è tra 100 e 0.

**Punti di forza.** I due punti di forza sono relativi ai “*gruppi di mutuo-aiuto*” (rispettivamente IAS di 90 e 91), elemento importante per la gestione e la cura di questi pazienti.

**Punti di debolezza.** Si osservano criticità medie rappresentate da indicatori che registrano cinque punteggi inferiori a 50 in campi importanti quali “*Procedure scritte per informare i familiari*” su aspetti relativi a diritti e informazioni fondamentali per la gestione del paziente (IAS = 43); “*Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari*” e “*per formare i familiari a riconoscere i segni precoci di crisi e a favorire l'adesione al trattamento farmacologico*” (entrambi con IAS = 45); infine, “*Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)*” (IAS = 45).

**Aspetti da migliorare.** Tutti gli indicatori elencati nei “punti di debolezza” richiedono l’impegno dei tavoli misti e delle Direzioni per la pianificazione di interventi urgenti per il loro miglioramento. In particolare, la corretta informazione dei familiari rispetto a diritti e doveri nel rapporto con i servizi (“*le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; le modalità per contattare i curanti o i referenti; l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare*”), la loro educazione rispetto ai trattamenti da somministrare ai pazienti e l’eventuale partecipazione alla definizione del progetto terapeutico: tutti questi costituiscono aspetti che sono alla base del rapporto costruttivo integrato di supporto al paziente, ma anche alla base della difficile gestione che le famiglie si trovano spesso a dover affrontare impreparate.

### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**BUONO (IAS medio del fattore = 76)**

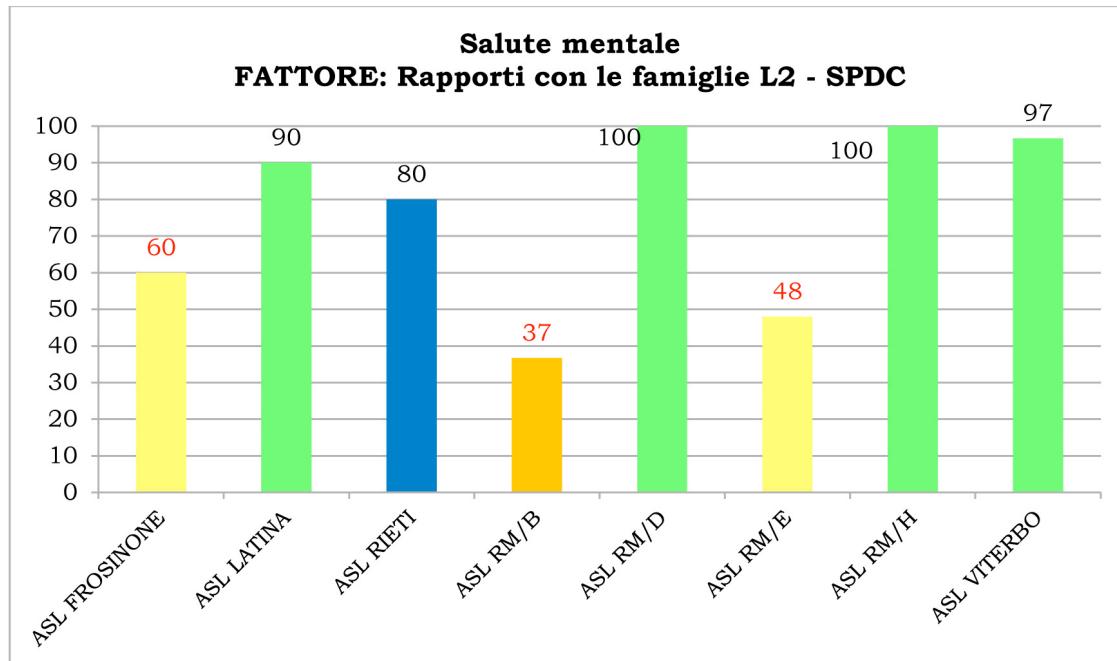


Grafico n. 92 – Andamento degli IAS del fattore “*Rapporti con le famiglie*” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “RAPPORTI CON LE FAMIGLIE” – LIVELLO 2 (SPDC)</b>	<b>IAS MEDIO</b>
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - loro diritti; le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; le modalità per contattare i curanti o i referenti; l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; doveri e impegni verso il servizio.	<b>95</b>
Possibilità per i familiari di incontrare facilmente l'operatore di riferimento o un altro operatore per discutere la natura dei disturbi dell'utente e il trattamento	<b>100</b>
Svolgimento di programmi di psicoeducazione per familiari	63
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico	<b>88</b>
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	50

Tabella 77 – elenco degli indicatori valutati per il nono fattore per il livello SPDC

Complessivamente abbiamo un IAS medio di 76 con ben quattro strutture classificate come ottime e una buona, ma registriamo anche la criticità della ASL RM B, e la debolezza della ASL di Frosinone e della RM E.

**Punti di forza.** Gli elementi che caratterizzano il livello SPDC del fattore “rapporti con la famiglia”, sono i punteggi alti in indicatori-chiave quali le “procedure scritte per informare i familiari” su vari aspetti di rilevante importanza (IAS = 95) e la “possibilità per i familiari di incontrare facilmente l'operatore di riferimento o un altro operatore per discutere la natura dei disturbi dell'utente e il trattamento” (IAS = 100).

**Punti di debolezza.** A livello territoriale, si evidenzia il punteggio basso dell'ASL RM B (IAS = 37) e della ASL RM E (IAS = 48) imputabile, sulla base dei dati forniti, ai punteggi pari a zero rispettivamente di due e tre indicatori relativi alla presenza e attivazione di “programmi di psicoeducazione” e alla “formazione dei familiari” (che hanno rispettivamente un punteggio medio IAS di 63 e 88), e al “coinvolgimento” degli stessi nel progetto terapeutico (IAS medio di 50).

**Aspetti da migliorare.** Come visto sopra, i punti di debolezza hanno identificato in generale e in particolare nel caso specifico delle ASL RM B e RM E, un'area di miglioramento della quale il tavolo e la Direzione devono farsi carico.

## **Livello Centro di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 62)**

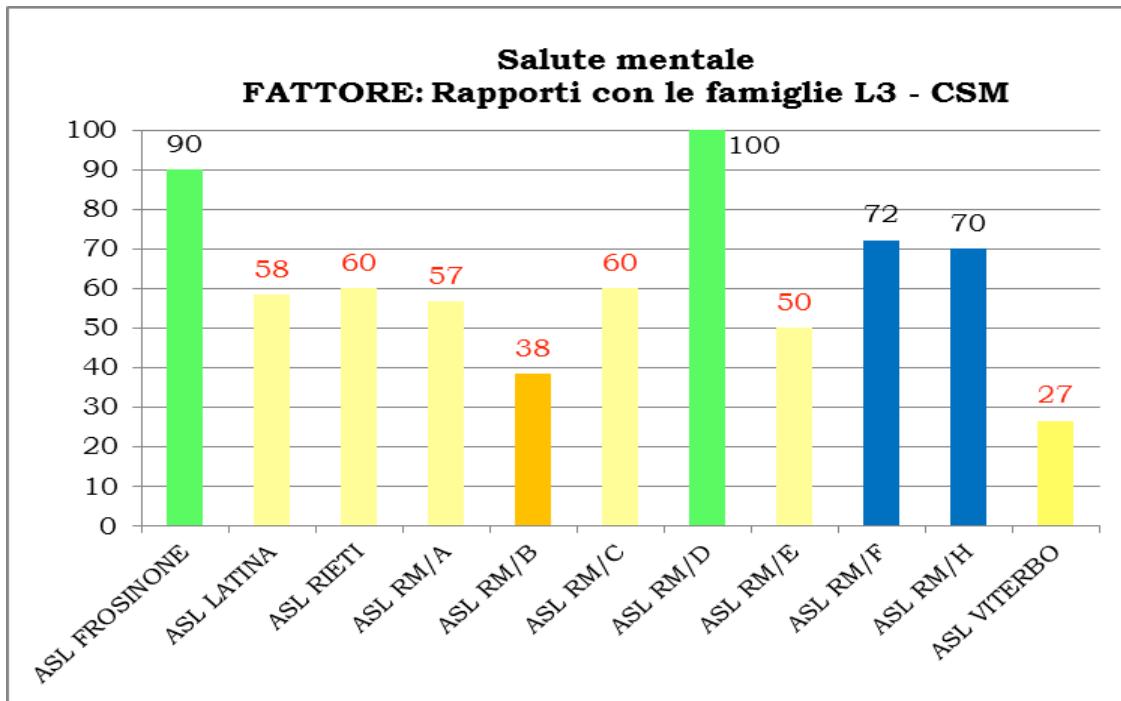


Grafico n. 93 – Andamento degli IAS del fattore “*Rapporti con le famiglie*” – livello CSM

L’elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “RAPPORTI CON LE FAMIGLIE” – LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte per informare i familiari sui seguenti aspetti: - loro diritti; le modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti; le modalità per contattare i curanti o i referenti; l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; doveri e impegni verso il servizio.	<b>96</b>
Modalità definite per la comunicazione tra i familiari e gli operatori di riferimento	<b>89</b>
Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari	<b>30</b>
Formazione ai familiari sia per riconoscere i segni precoci di crisi sia per favorire l'adesione al trattamento farmacologico	73
Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	<b>21</b>

Tabella 78 – elenco degli indicatori valutati per il nono fattore per il livello CSM

Anche nel livello CSM del fattore “*rapporti con le famiglie*” abbiamo una situazione abbastanza eterogenea per quanto riguarda le *performance* delle singole strutture: meno della metà hanno valori ottimi o buoni, mentre cinque su undici sono discreti (tre) e due risultano scadenti (ASL RM B e ASL di Viterbo).

Polarizzati i punteggi medi degli indicatori valutati: con tre su cinque con punteggio ottimo o buono e due assolutamente insufficienti, largamente inferiori al valore di 50.

**Punti di forza.** Gli elementi che caratterizzano il livello CSM di questo fattore – similmente al livello precedente - sono i punteggi alti in indicatori-chiave quali le “*procedure scritte per informare i familiari*” su vari aspetti di rilevante importanza (IAS = 96) e la “*possibilità per i familiari di incontrare facilmente l’operatore di riferimento o un altro operatore per discutere la natura dei disturbi dell’utente e il trattamento*” (IAS = 89).

**Punti di debolezza.** A differenza del livello precedente, inoltre, si segnalano due punteggi molto bassi e critici negli indicatori “*Procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari*” (IAS = 30, con l’eccezione della RM D e della ASL di Frosinone che esprimono un punteggio pari a 100) e “*Procedura scritta per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)*” (IAS = 21, con l’eccezione della RM D che esprime un punteggio pari a 100).

**Aspetti da migliorare.** Rispetto agli indicatori presi in considerazione, possiamo osservare che i tavoli e le direzioni devono farsi carico di interventi atti a favorire la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia nella costruzione e nella gestione del progetto terapeutico, cosa che, nei casi appropriati, può essere di grande aiuto, come anche i progetti di psicoeducazione dei familiari, che potrebbero supportare la gestione di pazienti così complessi che spesso determinano un carico pesante per la famiglia.

Relativamente alle strutture, è opportuno il lavoro dei tavoli e delle Direzioni nelle ASL di Viterbo e di RM A, nelle quali osserviamo punteggi molto bassi (a volte zero) in diversi indicatori di questo fattore.

## Fattore: “Rapporti con le Comunità”

Il fattore “*Rapporti con le comunità*” è stato indagato su tutti e tre i livelli del sistema di salute mentale: L1-DSM, L2-SPDC e L3-CSM. Rappresenta, dal punto di vista civico, un’altra area estremamente importante per la complessa gestione di questi pazienti e la loro integrazione, quando possibile, all’interno della società e delle comunità che circondano le strutture che si prendono cura di loro.

Complessivamente si ottiene un IAS medio appena buono, ma sostanzialmente insoddisfacente, pari a 62, pur in presenza di alcuni valori buoni (tra 61 e 80) sul territorio, ma sono numerosi quelli solo discreti (quattro), e ne registriamo anche uno scadente (ASL di Viterbo), che indicano spazi di intervento. Il valore medio maggiore è risultato quello del livello DSM (IAS = 65), mentre il minore è quello del SPDC che si colloca a 53.

Di seguito si riporta l'istogramma dell'andamento del fattore:

**BUONO (IAS medio del fattore = 62)**

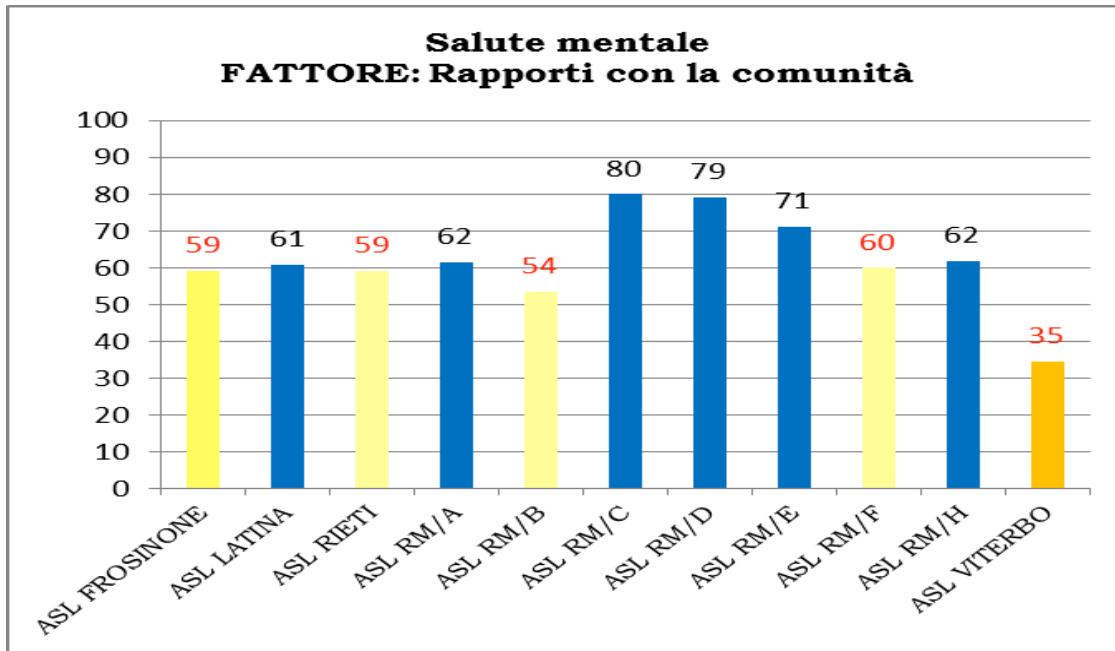


Grafico n. 94 – Andamento degli IAS del fattore “Rapporti con le comunità”

#### **Livello Dipartimento di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 65)**

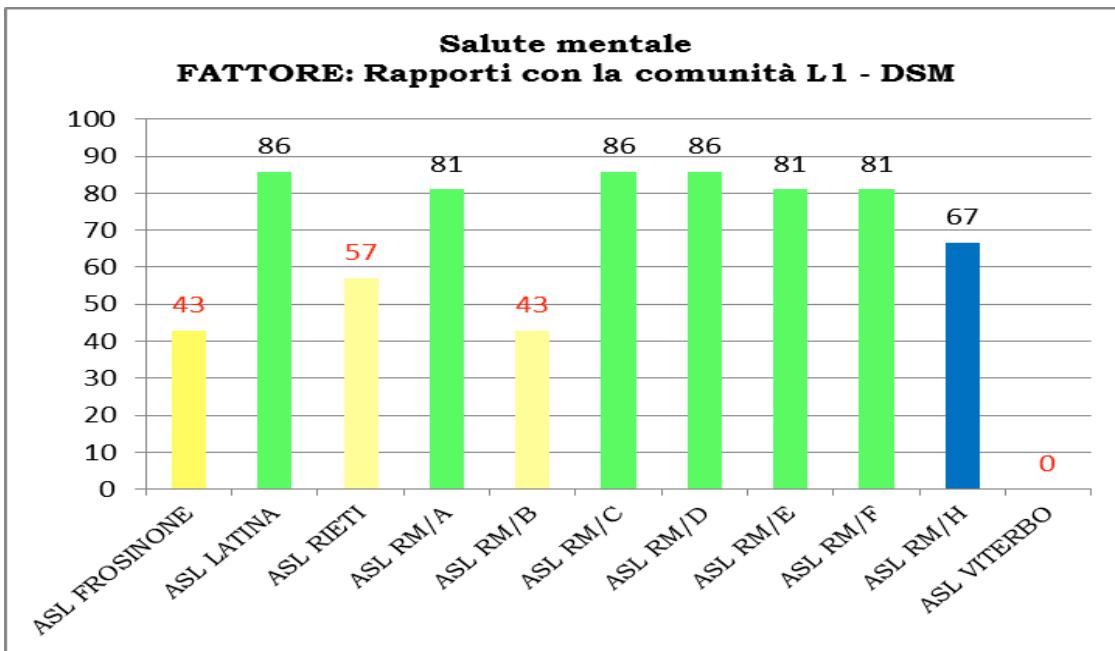


Grafico n. 95 – Andamento degli IAS del fattore “Rapporti con le comunità” – livello DSM

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “RAPPORTI CON LE COMUNITÀ” – LIVELLO 1 (DSM)	IAS MEDIO
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	<b>36</b>
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	73
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	<b>36</b>
Incoraggiamento da parte del DSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	<b>91</b>
Attività da parte del DSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accettare le possibilità di inserimento degli utenti	<b>91</b>
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi	73
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio; organizzazione, da parte del DSM, negli ultimi 24 mesi di un incontro a questo scopo nelle scuole e/o in altre sedi esterne al DSM; organizzazione di conferenze ed eventi pubblici	52

Tabella 79 – elenco degli indicatori valutati per il decimo fattore per il livello CSM

Nel livello DSM del fattore “*rapporti con le comunità*”, abbiamo una situazione abbastanza eterogenea, con alternanza, a livello di singoli indicatori nelle diverse strutture, di punteggi elevati e molto bassi, spesso “zero”, indicando la mancanza di alcuni elementi che si sarebbero dovuti valutare.

**Punti di forza.** In particolare, nell'ambito di una attività mirata anche alla risocializzazione dei pazienti, è importante il punteggio alto (IAS = 91) dell'indicatore “*Attività da parte del DSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accettare le possibilità di inserimento degli utenti*”, che indica il lavoro fatto sul territorio per creare opportunità di lavoro ai pazienti. Significativo anche il punteggio alto (IAS = 91) dell'indicatore “*Incoraggiamento da parte del DSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale*”, che testimonia l'attività di costruzione di rapporti con le diverse realtà appartenenti alla comunità circostante.

**Punti di debolezza.** Si osservano, al contrario del punto precedente, punteggi bassi nella capacità di attivazione della collaborazione con le associazioni di volontariato, definiti dai seguenti indicatori: “*Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari*” e “*Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari*” (IAS per entrambi pari a 36).

**Aspetti da migliorare.** Visti i due elementi di debolezza messi in evidenza nel punto precedente, è certamente importante che i tavoli e le direzioni si attivino per migliorare il rapporto tra le strutture e le comunità avviando

iniziativa che rendano formale ed effettiva la collaborazione e la partnership con le associazioni per tutte le attività riportate negli indicatori.

Va inoltre sottolineata l'importanza di agire per far crescere la conoscenza dei problemi relativi al tema della salute mentale tra i cittadini: è perciò richiesto l'impegno di tavoli e direzioni per facilitare il miglioramento della performance degli indicatori relativi a "Programmi di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale" che hanno i rispettivi IAS fermi a 52 e 73.

### **Livello Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

**DISCRETO (IAS medio del fattore = 53)**

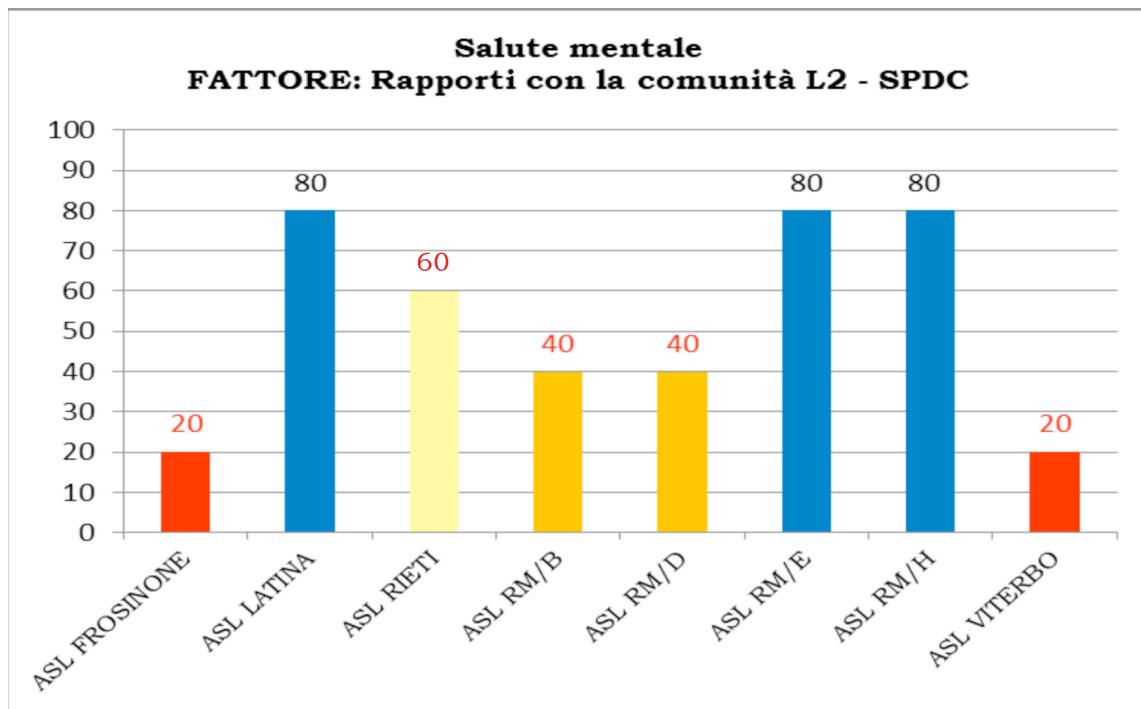


Grafico n. 96 – Andamento degli IAS del fattore “Rapporti con le comunità” – livello SPDC

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “RAPPORTI CON LE COMUNITÀ” – LIVELLO 2 (SPDC)	IAS MEDIO
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	44
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	56
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	13
Incoraggiamento da parte del SPDC dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	88
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit	63

Tabella 80 – elenco degli indicatori valutati per il decimo fattore per il livello SPDC

Nel livello SPDC del fattore “*rapporti con le comunità*” lo IAS medio è appena buono, pari a 65. A livello territoriale osserviamo però alcune criticità, in particolare nelle ASL di Frosinone e Viterbo (in entrambe IAS pari a 20).

**Punti di forza.** Il punteggio maggiore si osserva nell’indicatore “*Incoraggiamento da parte del SPDC dell’utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale*” (IAS = 88), che testimonia lo sforzo orientato a rapportarsi con la comunità circostante. Sul territorio, appaiono efficienti in particolare le ASL di Latina, RME e RMH, con punteggi IAS = 80.

**Punti di debolezza.** Tuttavia, come nel livello DSM, si ha un punteggio molto basso (IAS = 13) nell’indicatore “*Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari*”, indicando la difficoltà dello sviluppo di una cultura aziendale che porti a rapportarsi con le realtà associative per capire i livelli di soddisfazione degli utenti e dei familiari e, di conseguenza, costruire relazioni e servizi in linea con questi.

**Aspetti da migliorare.** L’elemento di debolezza messo in evidenza nel punto precedente suggerisce che i tavoli e le direzioni si debbano attivare per migliorare il rapporto tra le strutture e le comunità avviando iniziative che sviluppino e mantengano la collaborazione e la partnership con le associazioni per tutte le attività riportate negli indicatori.

### **Livello Centro di Salute Mentale**

**BUONO (IAS medio del fattore = 63)**

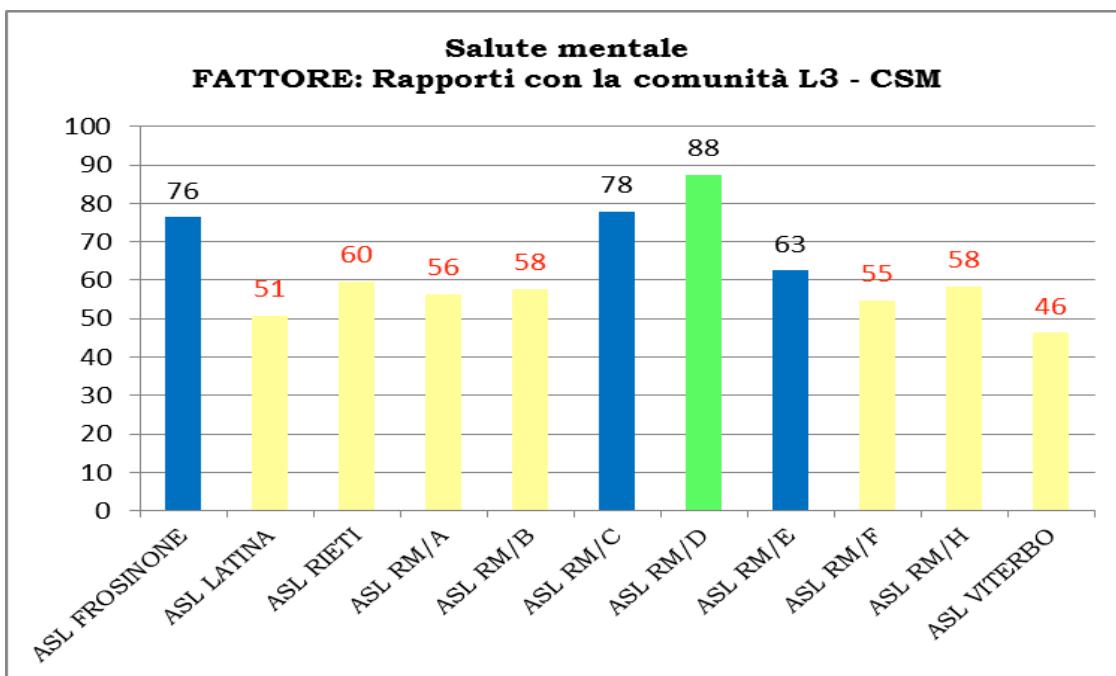


Grafico n. 97 – Andamento degli IAS del fattore “*Rapporti con le comunità*” – livello CSM

L'elenco degli indicatori valutati è il seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "RAPPORTI CON LE COMUNITÀ" - LIVELLO 3 (CSM)	IAS MEDIO
Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit	<b>83</b>
Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari	<b>29</b>
Attività svolte in collaborazione con il volontariato: animazione; accompagnamento dei pazienti, visite domiciliari; altro	<b>45</b>
Iniziative rivolte ad affiancare ai pazienti gravi privi di aiuto familiare un volontario di un'associazione benefica o un vicino che accettino di agire come familiari surrogati	62
Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari	<b>37</b>
Incoraggiamento da parte del CSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale	<b>97</b>
Attività da parte del CSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti	57
Iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi	<b>83</b>
Programma di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, nel quale sono previste le seguenti attività: distribuzione di un opuscolo sul servizio alle associazioni di volontariato esistenti sul territorio; iniziative nelle scuole; organizzazione di momenti culturali e/o ricreativi organizzati con gli utenti e aperti al pubblico; organizzazione di conferenze ed eventi pubblici	71

Tabella 81 – elenco degli indicatori valutati per il decimo fattore per il livello CSM

Nel livello CSM del fattore “*rapporti con le comunità*” lo IAS medio è appena buono, pari a 63 (con tre soli punteggi elevati su 9 indicatori, a fronte di tre punteggi ampiamente sotto uno IAS di 50) denotando ancora una volta la difficoltà a raggiungere punteggi medi elevati in quest'ambito. A livello territoriale non osserviamo criticità medie particolari, con diverse strutture con punteggi discreti: tuttavia, all'analisi di dettaglio dei vari indicatori nelle singole strutture, appare evidente la presenza di criticità più o meno frequenti quasi dappertutto, rivelando la necessità di interventi migliorativi.

**Punti di forza.** Tre indicatori con punteggio medio elevato sono sicuramente importanti: “*Collaborazione da parte del Servizio con organizzazioni di volontariato e di organismi non profit*” (IAS = 83), “*Incoraggiamento da parte del CSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale*” (IAS = 97) e “*Iniziative di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia mentale e di facilitare la segnalazione di casi di disturbi mentali gravi*” (IAS = 83). Tra le strutture, appare ben posizionata la ASL RMD.

**Punti di debolezza.** In parziale apparente contraddizione (si parla sempre di valori medi) con il punto precedente, le aree di debolezza più importanti

sono collegate in particolare agli indicatori “*Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari*” (IAS medio = 37, ma le ASL RMC e RME hanno un punteggio puntuale di 100 ), come già nei livelli precedenti, e “*Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari*” (IAS medio = 29, con l'eccezione della ASL RMD che ha 100), il cui basso punteggio indica la mancata formalizzazione di un rapporto di collaborazione.

**Aspetti da migliorare.** Gli elementi di debolezza messi in evidenza nel punto precedente suggeriscono che i tavoli e le Direzioni si attivino per migliorare il rapporto tra le strutture e le comunità avviando iniziative che sviluppino e mantengano la collaborazione e la partnership con le associazioni per tutte le attività riportate negli indicatori, e in particolare lo sviluppo e l'applicazione di procedure scritte per la collaborazione con le associazioni di volontariato e di rappresentanza dei pazienti e dei cittadini.

## CONCLUSIONI

### **I risultati della politica della partecipazione civica**

La realizzazione di questo nuovo ciclo 2012-2013 dell’Audit civico in sanità, con la sua applicazione sistematica al Sistema Sanitario Regionale (accompagnato, quasi in parallelo, dall’Audit sull’Umanizzazione degli ospedali nel Lazio), rappresenta per Cittadinanzattiva Lazio una delle forme più strutturate e tecnicamente qualificate di attivismo civico. Lo stesso Audit è finalizzato ad *affermare il ruolo politico imprescindibile della partecipazione dei cittadini* attraverso una valutazione oggettiva del sistema all’interno di una visione moderna della *governance* dei sistemi di pianificazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi di pubblica utilità, primo di tutti, ma non il solo, quello sanitario.

Ogni applicazione dell’Audit civico, in qualsiasi area dei servizi si intervenga, rappresenta l’attivazione di processi che riguardano l’*empowerment* dei cittadini e della comunità, il livello delle politiche aziendali e regionali sulla sanità, nonché il confronto con le Direzioni aziendali e con gli operatori tramite il lavoro dei membri delle *equipe* miste valutative.

In questi anni è cresciuta la qualità dell’interlocuzione politica di Cittadinanzattiva Lazio e della partecipazione civica, ma in molti casi ci troviamo di fronte – anche nei confronti di talune istituzioni – ad una cultura tradizionale che ancora fatica a considerare i cittadini e le loro organizzazioni – anche quelle più rappresentative e qualificate – *interlocutori regolari e portatori di interessi collettivi legittimi e giusti*. A livello della Pubblica Amministrazione questo problema è ancora più grande, e ci troviamo spesso a dover combattere per il rispetto di diritti ben normati anche di recente in modo aperto e chiaro quali, ad esempio, l’accesso agli atti delle pubbliche amministrazioni. Il difficile passaggio storico che il nostro Paese sta attraversando stimola da un lato, in un settore della cittadinanza, speranze e spinte ma dall’altro alimenta meccanismi di chiusura e autodifesa da parte di gran parte degli interlocutori politici, istituzionali e della pubblica amministrazione.

C’è ancora molto da fare e da costruire, prima di tutto per non fare passi indietro rispetto a quanto raggiunto, e poi per proseguire l’azione di crescita civica, civile e democratica del nostro Paese proprio a partire dall’*empowerment* dei cittadini.

### **Il livello della politica istituzionale**

L’Audit civico in sanità nel Lazio è una delle attività di promozione della partecipazione civica accreditata, ed è da anni sostenuta dall’Assessorato alla Sanità e dalla Regione Lazio nel suo complesso.

In questi anni, a partire dal primo ciclo sperimentale, la Regione Lazio ha mostrato interesse nei confronti della valutazione civica dei servizi pubblici come risorsa per la stessa pubblica amministrazione. Il monitoraggio ampio,

“bilaterale”, sistematico e qualificato delle strutture sanitarie è caratterizzato da un alto livello di affidabilità che è generato dalla strutturazione articolata del progetto, a partire dall’istituzione di una cabina di regia. Questa continua, in fase più operativa, con la costituzione di *équipe* miste composte da referenti civici (in genere membri delle Assemblee Territoriali di Cittadinanzattiva Lazio o da essi/esse coordinati) e da referenti aziendali identificati dalle direzioni di appartenenza, e infine dal lavoro di sistematizzazione e analisi dei dati svolta dalla Sede regionale di Cittadinanzattiva Lazio Onlus e dall’Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva Onlus (sede nazionale).

La Cabina di regia del programma, composta da due rappresentati di Cittadinanzattiva Lazio e due dell’Assessorato alla Sanità<sup>43</sup>, in questo nuovo ciclo dell’Audit ha individuato nell’esigenza di dare continuità all’Audit civico l’obiettivo specifico di favorire a livello aziendale, lo sviluppo di strumenti e canali permanenti per il consolidamento e l’ampliamento dell’applicazione di politiche centrate sulla partecipazione civica.

Va rammentato che un primo segnale politico era stata l’emanazione del Decreto n. U0040 del 10 giugno 2011 con il quale l’allora Presidente della Regione Lazio Renata Polverini, in qualità di Commissario *ad acta*, aveva licenziato l’*“Atto d’indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio”*. Tale documento stabiliva che la partecipazione civica costituisce una parte irrinunciabile degli atti aziendali delle singole Aziende Sanitarie e indica l’Audit civico come uno degli strumenti per lo sviluppo della partecipazione. Inoltre, sempre nello stesso documento, è affermata la valenza della valutazione civica e in particolare dell’Audit civico, come risorsa utile alla Giunta regionale ai fini della periodica valutazione dei direttori generali.

Un ulteriore elemento, è stato rappresentato dall’indicazione di sviluppare a livello aziendale strumenti e canali permanenti per il consolidamento e l’ampliamento dell’applicazione di politiche centrate sulla partecipazione civica. Da qui ha poi preso spunto un altro passo amministrativo importante che ha sancito l’accreditamento istituzionale del “Tavolo Misto Permanente della Partecipazione” come strumento per lo sviluppo della partecipazione civica a livello aziendale<sup>44</sup>.

Tutti questi passaggi istituzionali sono stati espressione della chiara scelta politica a livello regionale per il riconoscimento del valore della partecipazione civica attraverso la costruzione un percorso condiviso - anche istituzionale - e la definizione di strumenti specifici per la sua attuazione. Tuttavia, lo stato reale dei Tavoli Misti così istituiti ha ancora ampi spazi di miglioramento, e speriamo che la nuova amministrazione regionale, insieme a Cittadinanzattiva Lazio e ai nuovi direttori generali, possa tradurre in realtà ciò che ancora in parte è un obiettivo da raggiungere.

In ogni caso, l’indicazione chiara dell’importanza del ruolo dei dati provenienti dall’Audit civico nel sistema di valutazione dei direttori generali è un segnale rilevante per tutti gli attori del Sistema Sanitario Regionale che, a

---

<sup>43</sup> Dott. Roberto Crea e Dott.ssa Silvia Guida per Cittadinanzattiva Lazio; Dott. Valentino Mantini e Dott.ssa Letizia Lorenzini per il Dipartimento Sociale Direzione Regionale Politiche della Prevenzione e dell’Assistenza Sanitaria Territoriale della Regione Lazio.

<sup>44</sup> Il riferimento normativo di ciò è la determinazione regionale n.B8920 del 23 novembre 2011 relativa all’approvazione del documento proposto dalla cabina di regia dell’Audit civico “La partecipazione civica nelle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari del Lazio: Linee guida per l’istituzione del tavolo misto permanente”

vari livelli, sono chiamati a contribuire, ognuno secondo le proprie responsabilità, alla crescita e al consolidamento di una nuova cultura orientata al cittadino.

I processi partecipativi dovranno quindi estendersi, diremmo “naturalmente”, alla definizione delle strategie organizzative e gestionali dei servizi sanitari con l’obiettivo di ottimizzare le risorse nella logica dell’individuazione delle priorità d’intervento. Tutto ciò con l’obiettivo finale di contribuire ad orientare i processi decisionali per garantire e tutelare la salute pubblica in un contesto di risorse relativamente scarse che fanno ancora però i conti con sprechi e diseconomie importanti.

## **Il livello aziendale**

Il successo dell’Audit civico e il suo riconoscimento istituzionale sono frutto proprio di un processo partecipato e di azioni condivise fin dall’origine di ciascun ciclo. Sono infatti molti gli attori che prendono parte a questo lavoro a diverso livello, in differenti ruoli e con diverse responsabilità e visioni: è questa ricchezza messa in comune in funzione dello stesso obiettivo che sta portando progressivamente alla crescita della cultura della partecipazione civica nella valutazione, nel caso dell’Audit, della *performance* delle aziende sanitarie del Lazio.

Partecipazione è “*prendere parte*”, ciascuno con quello che ha: esperienza, competenza, conoscenza, passione, ruolo. Proprio il mettere insieme le diverse parti portate da cittadini e personale delle aziende (ASL, A.O., Policlinici, IRCCS) che hanno lavorato insieme è alla base del risultato che presentiamo, ovvero la conclusione del nuovo ciclo di Audit civico che, allo stesso tempo, è un nuovo punto di partenza per migliorare il Sistema Sanitario della nostra Regione.

Questo ciclo di Audit ha incontrato particolari difficoltà: la fase di transizione verso la nomina di nuovi Direttori Generali ha determinato resistenze anche inattese, mancate risposte, talvolta ritardi e incompletezza di informazioni, come se un avvicendamento, per quanto “di massa”, sia stato visto da alcuni più come una minaccia nei confronti dello *status quo* piuttosto che come un momento di avanzamento, crescita e incontro di opportunità per migliorare la situazione della nostra sanità regionale, in grande affanno complessivo e in grande sofferenza finanziaria. Si è tuttavia potuta osservare anche una forte motivazione, in molti casi, alla costruzione e al mantenimento della relazione con i cittadini e le organizzazioni civiche, anche attraverso il riconoscimento delle reciproche competenze e la valorizzazione del punto di vista civico e di quello aziendale che si sono confrontati nel lavoro delle *equipe*.

## **Il livello civico**

Questa nuova edizione dell’Audit civico in sanità, effettuato in numerose strutture su tutto il territorio del Lazio (144), ha consolidato la percezione che la partecipazione civica – e la collaborazione con le Direzioni generali (la ASL RM G non ha partecipato) e la Regione Lazio – non ha solo l’effetto di far emergere il punto di vista del cittadino ma anche di definire insieme le priorità specifiche d’intervento. L’obiettivo è una sanità che risponda ai bisogni di salute dei cittadini in modo efficace ottimizzando le risorse disponibili, e in funzione di ciò sviluppare politiche regionali coerenti.

Il lavoro con le Direzioni generali, attraverso gli interlocutori da queste identificati, deve permettere di portare all'attenzione della politica temi di particolare rilevanza per i cittadini, temi che vengono messi in evidenza anche attraverso altre attività civiche quali il lavoro delle sedi del Tribunale per i Diritti del Malato – Cittadinanzattiva e il Progetto Integrato di Tutela (P.I.T.) regionale di Cittadinanzattiva.

Possiamo dire che la maggior parte delle strutture sanitarie coinvolte nei cicli precedenti di Audit civico in sanità ha intrapreso azioni tese al miglioramento, sulla base delle criticità evidenziate dalla valutazione civica. Dal nostro punto di vista, fermo restando il nostro ruolo di stimolo, verifica e proposta, l'obiettivo è quello di sollecitare l'assunzione di responsabilità e l'attivazione dei manager aziendali a dare delle risposte concrete e a rispondere a bisogni e diritti specifici: questi non sono solo tradizionali bisogni di cure, ma rappresentano un concetto più ampio, ad esempio quello di una corretta informazione o di accesso e trattamento uguale per tutti. Questa dinamica di domande e risposte, esercizio e rispetto di diritti è in grado di dare valore e qualità alla relazione tra cittadino e struttura sanitaria (intesa come insieme di persone che sono a loro volta cittadini e cittadine, anche se con un ruolo differente in questo contesto) e di generare un miglioramento del sistema nel suo insieme.

Relativamente all'effetto che questo tipo di progetti di partecipazione – in ambito sanitario ma non solo - può avere sui cittadini, è importante dimostrare che l'impegno (che passa attraverso il processo di empowerment individuale e collettivo) premia, che le buone pratiche generano servizi migliori, e che la partecipazione civica alla costruzione e alla valutazione delle politiche sanitarie – per rimanere su questo tema - alimenta la crescita di competenze e conoscenze individuali e può condurre al miglioramento del sistema dei servizi sanitari.

Tutto questo, ad un livello più alto anche dal punto di vista della gerarchia delle fonti, è ben esplicitato nel quarto comma dell'art. 118 della Costituzione<sup>45</sup>: la pratica della politica della partecipazione civica costituisce il fattore determinante per ricostruire e un rapporto biunivoco e costruttivo tra cittadini da un lato e istituzioni (e, diremmo, pubblica amministrazione) dall'altro che si è andato via via indebolendo negli ultimi anni, fino ad arrivare al livello di guardia attuale. Occorre partecipare pienamente, appunto, per la difesa, la crescita ulteriore e la reale messa in pratica di quei principi fondamentali che, come la promozione e la tutela della salute, intesa come bene comune, sono contenuti nella nostra carta costituzionale e sono alla base dei valori e dell'equilibrio della nostra società.

## **Il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione**

Il “Tavolo Misto Permanente della Partecipazione” è lo strumento che può e deve creare le condizioni attraverso cui attivare pienamente e stabilmente il processo virtuoso della trasformazione dei risultati dell'Audit civico (in particolare attraverso quanto trasmesso dai rapporti locali) in obiettivi operativi ed azioni di politica sanitaria nell'interesse comune.

Di seguito sono riportati due schemi riassuntivi utili a rappresentare il percorso standard seguito per l'istituzione del Tavolo Misto Permanente della

---

<sup>45</sup> “Stato, regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati per lo svolgimento di attività d'interesse generale, sulla base del principio della sussidiarietà”

Partecipazione, nonché la relazione ed il ruolo che quest'ultimo ha rivestito con l'Audit.

### *Percorso per l'istituzione del Tavolo Misto*

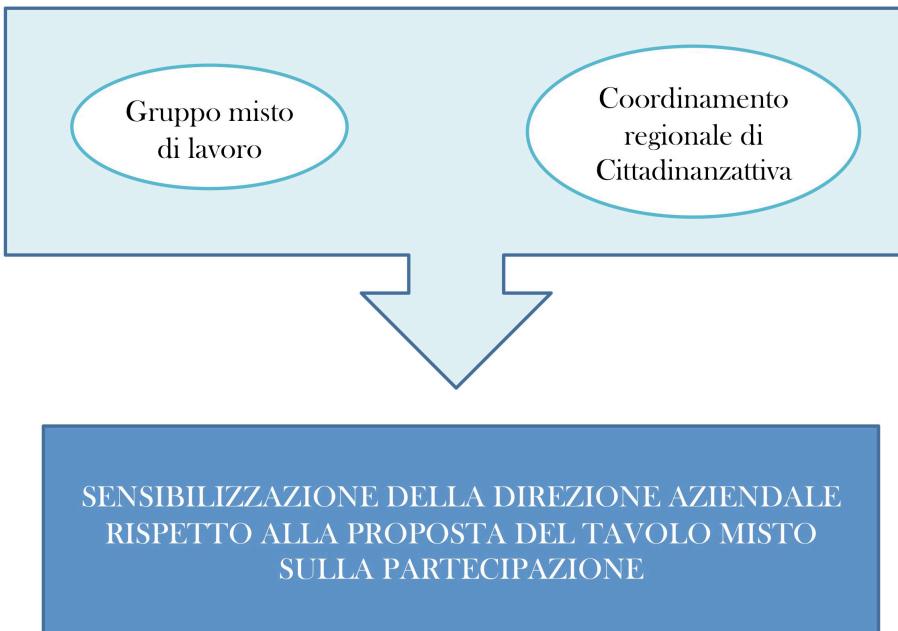


Tabella 82 – Rappresentazione del percorso per l'istituzione del TMPP – Fonte Cittadinanzattiva Lazio

### TMPP e Audit Civico

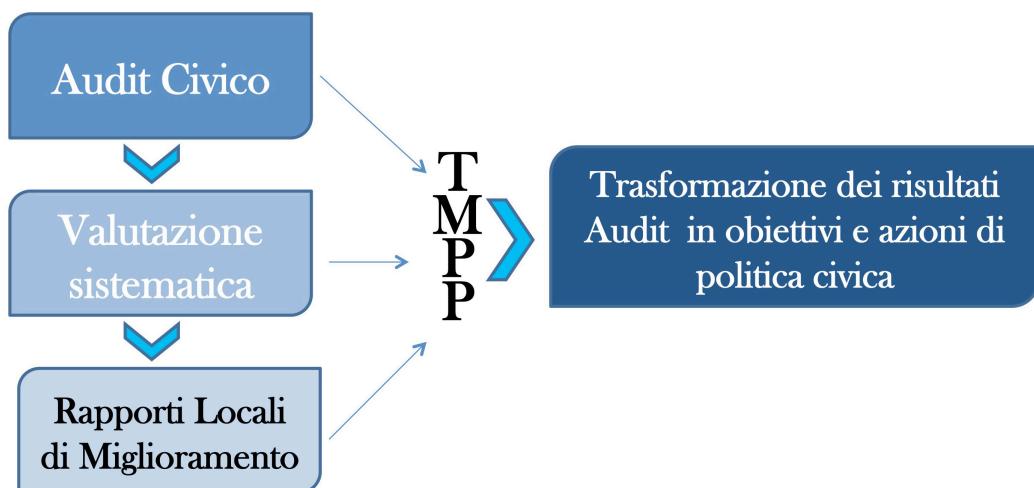


Tabella 83 - Rappresentazione della relazione circolare tra l'implementazione del ciclo annuale di Audit civico e il tavolo misto permanente sulla partecipazione – Fonte Cittadinanzattiva Lazio.

Tuttavia, dobbiamo constatare che in molte strutture il Tavolo non è ancora presente ed in altre è stato costituito ma non funziona a regime. È importante

certamente che le associazioni si facciano parte attiva e propositiva, ma è anche fondamentale che le aziende credano in questo strumento di partecipazione civica e decidano di **confrontarsi** su temi e problematiche che riguardano tutti, dal momento che tutti possono contribuire con esperienza, idee e proposte.

La seguente tabella illustra la situazione dei Tavoli Misti Permanenti di Partecipazione registrata nel corso di questa edizione dell'Audit civico:

<b>STRUTTURA</b>	<b>TAVOLO</b>	<b>ATTIVITA' - PROGRAMMI - COMMENTI</b>
<b>Policlinico Tor Vergata</b>	Presente	Si riunisce regolarmente ma non tutte le associazioni attive nel Policlinico partecipano per mancanza di contenuti interessanti. Va migliorato sensibilmente e le associazioni devono contribuire di più al suo funzionamento
<b>IRCCS Spallanzani</b>	Costituito a gennaio 2014	Per la partecipazione è prevista la compilazione di un apposito modulo di richiesta
<b>AO San Filippo Neri</b>	Presente, recente istituzione	Non ancora andato a sistema. Ne fanno parte componenti aziendali e numerose associazioni attive nell'ospedale. Non c'è un regolamento
<b>AO S Camillo</b>	Presente	Funziona bene, ha uno Statuto, si riunisce con cadenza regolare in una sala predisposta e raccoglie numerose associazioni attive nell'ospedale
<b>IRCCS Bambin Gesù</b>	Presente	Esistono più tavoli, ognuno per una patologia cronica, che coinvolgono anche i genitori dei bambini. Si riuniscono ogni due mesi in uno spazio apposito, ma non c'è uno Statuto specifico. Tra le attività svolte, c'è anche l'analisi dei dati dell'Audit civico. Costante rapporto tra le associazioni partecipanti e la struttura aziendale deputata all'accoglienza e all'umanizzazione delle cure
<b>AO S Andrea</b>	Assente	Si pensa di costituirlo, ma ci sono anche problemi di spazio disponibile. Manca una rappresentanza effettiva delle organizzazioni civiche
<b>Policlinico Umberto I</b>	Assente	Si riunisce un Tavolo aziendale cui partecipano solo alcune associazioni ma non coinvolge ufficialmente in alcun modo Cittadinanzattiva Lazio
<b>Policlinico Gemelli</b>	Assente	In costituzione
<b>AO San Giovanni</b>	Assente	Da anni in programma ma mai costituito. Ci auguriamo che il nuovo direttore agisca in questo senso
<b>IRCCS IFO</b>	Presente	Funziona correttamente e si riunisce regolarmente (in genere ogni tre mesi)
<b>ASL RM A</b>	Assente	Da costituire entro i prossimi 12 mesi
<b>ASL RM B</b>	Presente	Composto da 9 rappresentanti di altrettante

		aree tematiche. Si riunisce ogni 40 giorni circa in uno spazio apposito. Esiste un regolamento del Tavolo. Tra le attività svolte c'è soprattutto l'analisi dei dati dell'Audit civico.
<b>ASL RM C</b>	Presente	Riscontra lentezza nell'operare. L'azienda è favorevole ma si prende i suoi tempi. Occorre stimolare il suo funzionamento
<b>ASL RM D</b>	Assente (presente in passato)	In programma la sua riattivazione.
<b>ASL RM E</b>	Presente	Funziona regolarmente e molto bene e raccoglie alcune associazioni attive nelle strutture della ASL. Ha una stanza dove potersi riunire ed un proprio Statuto
<b>ASL RM F</b>	Presente	Si riunisce regolarmente e ha un proprio Statuto. Vi partecipano numerose associazioni attive nelle strutture della ASL
<b>ASL RM H</b>	Presente	Si riunisce ogni 30-40 giorni, in un luogo dedicato con la partecipazione di molte associazioni. Tra le attività svolte c'è anche l'analisi dei dati dell'Audit civico. Ha un proprio regolamento
<b>ASL Viterbo</b>	Assente	La volontà di costituirlo è ostacolata dal solo ritardo dovuto alla sostituzione del direttore sanitario
<b>ASL Frosinone</b>	Assente	Nonostante i tentativi della parte civica ancora non è pianificata la sua costituzione. Discussione con la nuova dirigenza in corso
<b>ASL Rieti</b>	Assente	Costituzione prevista entro il 2014
<b>ASL Latina</b>	Presente dal 2012 ma inattivo	Si è bloccato dopo le prime due riunioni. L'azienda e il nuovo direttore si stanno muovendo per dare corso effettivo a quanto è stato deliberato, quindi per riattivarlo.

Tabella 83 – situazione dei Tavoli Misti Permanentii sulla Partecipazione

## Il quadro d'insieme e le priorita' d'intervento

Questo ciclo ha anche visto allargare di molto il proprio orizzonte prendendo per la prima volta in esame in modo strutturato ed esteso l'area del Pronto Soccorso e quella della Salute Mentale nelle sue declinazioni in: Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), e infine di Centro di Salute Mentale CSM).

Tutto questo, insieme alle più tradizionali componenti dell'Audit civico, ha richiesto un grande impegno alle equipe e a tutte e tutti coloro che in qualche modo hanno contribuito a questo lavoro. Solo la dedizione e la consapevolezza dell'importanza dei dati generati e della possibilità di farli valere nelle sedi appropriate per migliorare il SSR a beneficio dei cittadini hanno potuto generare l'energia e le risorse necessarie al suo completamento.

Alla valutazione civica del nostro sistema sanitario regionale hanno contribuito i dati raccolti presso 21 direzioni generali, 24 Pronto Soccorso, 24 Sedi di Distretto, 23 Poliambulatori, 11 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), 31 Centri per la Salute Mentale (CSM) e 10 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

### **Direzione aziendale e Assistenza Territoriale**

Guardando infatti la distribuzione dei punteggi medi IAS delle suddette componenti analizzate (“Orientamento verso i cittadini”, “Impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”, “Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali”), notiamo che **quasi la metà dei punteggi totali classificati come “ottimi” sono stati attribuiti al livello aziendale** che, inoltre, non ha alcun punteggio meno che discreto; **tutti i punteggi scadenti, invece, sono concentrati a livello di distretto**, cosa che segnala una criticità evidente, come riportato nel capitolo specifico e visualizzato nel grafico seguente, che appare complesso, e che rappresenta in realtà una semplice rappresentazione della distribuzione percentuale di ogni classe di punteggio nei diversi livelli.

Quindi abbiamo che:

- sul totale dei punteggi ottimi (colonne verdi)  
il 50% è a livello aziendale L1, il 12,5% a livello di distretto, e il restante 37,5% è presente a livello di poliambulatorio
- sul totale dei punteggi buoni (colonne blu)  
il 37,5% è a livello aziendale L1, il 37,5% a livello di distretto, e il restante 25% è presente a livello di poliambulatorio
- sul totale dei punteggi discreti (colonne gialle)  
il 40% è a livello aziendale L1, il 20% a livello di distretto, e il restante 40% è presente a livello di poliambulatorio
- colpisce che il 100% dei punteggi medi scarsi (colonna arancione) sia presente a livello di distretto L3a e questo è un segnale di allarme

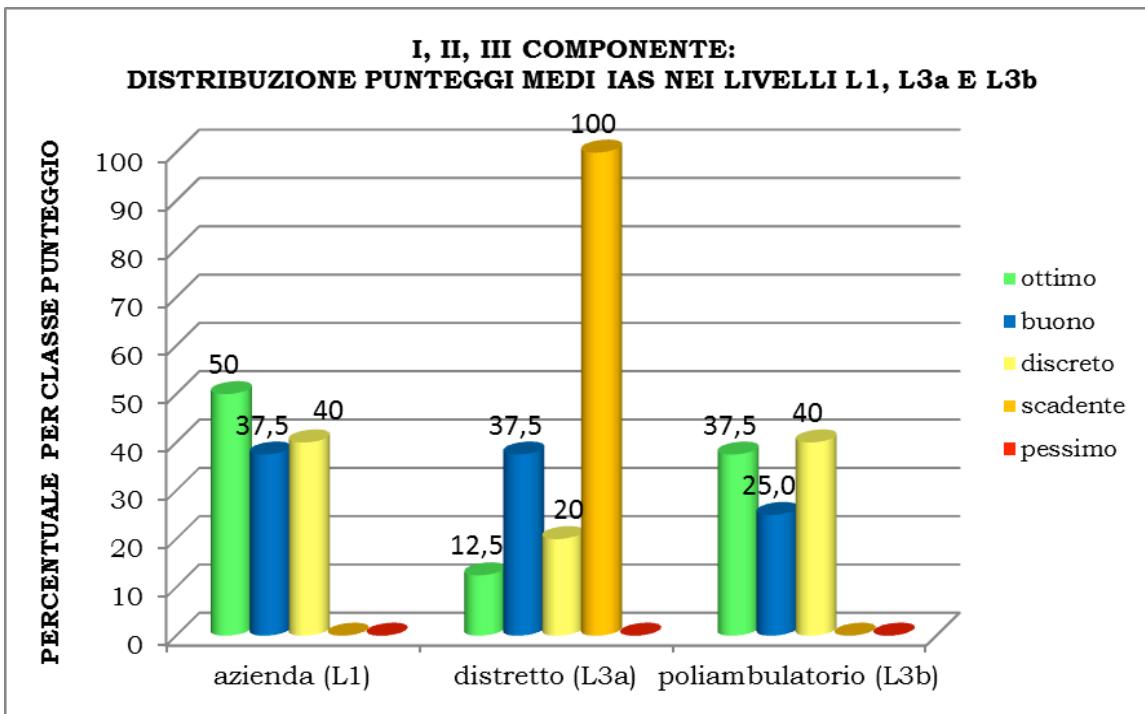


Grafico n. 98 - distribuzione dei punteggi medi IAS nelle prime tre componenti, livelli L1, L3a e L3b

### Prima Componente

Prima componente: Orientamento al Cittadino				
IAS 2013	L1	L3a	L3b	MEDIO
				72
<b>FATTORI</b>				
1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie	81	63	90	76
1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	76	34	47	68
1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza degenti	/	28	88	73
1.4 Informazione e Comunicazione	/	43	48	47
1.5 Comfort	/	67	64	66

Tabella 84 - punteggi IAS per componente “Orientamento al cittadino”

Se valutiamo invece la distribuzione dei punteggi IAS per la prima componente “*Orientamento al cittadino*” all’interno di ciascun livello, è interessante osservare come il livello aziendale (L1) e il livello di poliambulatorio (L3b) presentino oltre l’80% dei punteggi medi tra l’ottimo e il buono, il livello del distretto (L3a) ha invece solo circa la metà all’interno di queste classi di valori, mentre i punteggi scadenti arrivano ad oltre un quarto del totale.

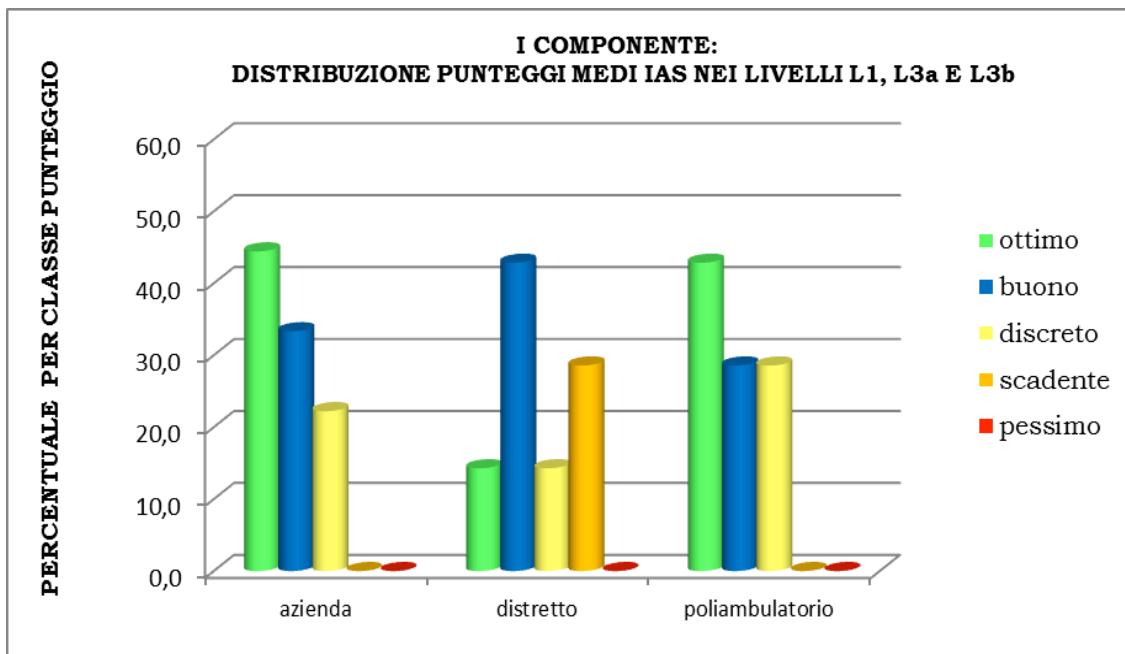


Grafico n. 99 - distribuzione cumulativa dei punteggi IAS nei livelli della I componente “orientamento al cittadino”

Quindi abbiamo in questo caso che:

- a livello aziendale L1, il 42% circa dei punteggi medi si attesta ad un valore ottimo (colonna verde), il 31% circa ad un valore buono, mentre il restante ha un valore discreto. Non sono presenti punteggi scadenti o pessimi
- a livello di distretto L3a, osserviamo che la percentuale dei punteggi medi ottimi è più bassa (intorno al 12% del totale), quella dei punteggi buoni è intorno al 41%, mentre la somma dei punteggi discreti o scadenti supera ampiamente il 40%, e questo è un segnale di allarme
- infine, a livello di poliambulatorio L3b, abbiamo un quadro più somigliante al primo caso, con una percentuale di punteggi medi ottimi superiore al 40%, e una equivalenza nella percentuale di punteggi buoni e discreti intorno al 30%.

Da questa informazione ricaviamo che, pur esistendo aree di miglioramento anche nei livelli L1 e L3b, **le criticità maggiori sono concentrate sul livello dei distretti.**

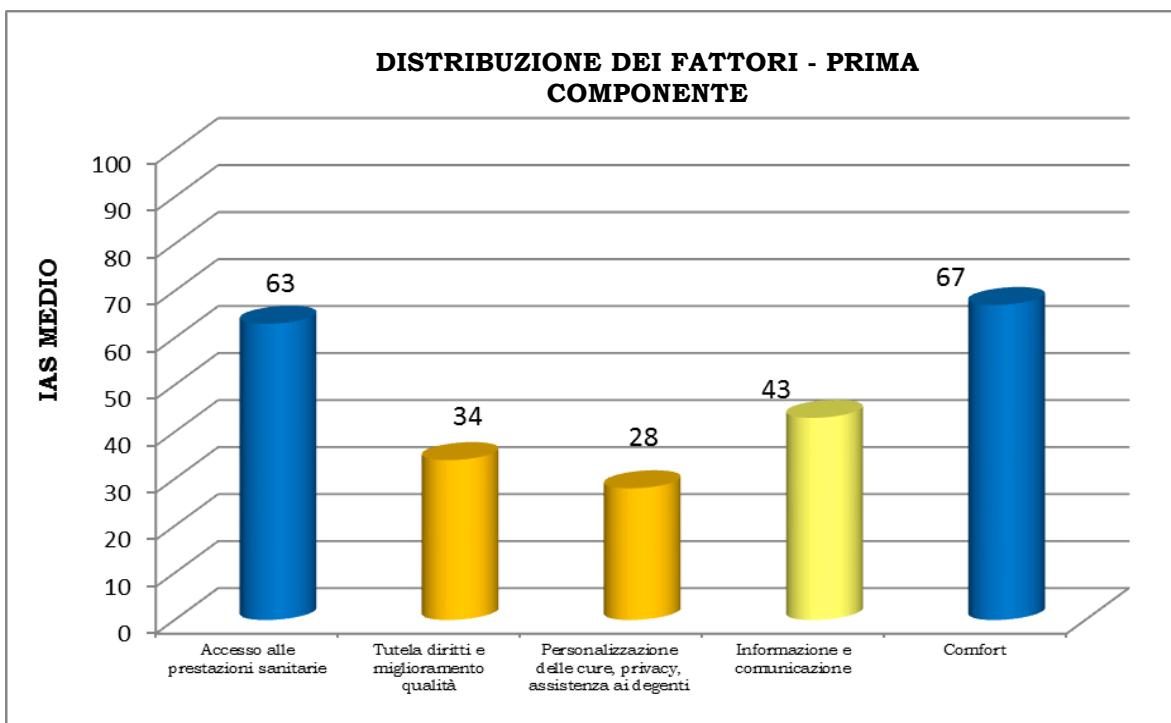


Grafico n. 100 - punteggi IAS medi per i fattori della prima componente, Sede di Distretto

Prendiamo ora in analisi le situazioni più critiche per alcuni fattori:

- ***"Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"***: questo fattore rappresenta un elemento di debolezza sia a livello di distretto sia a livello di poliambulatorio.

La mancata realizzazione nell'ultimo biennio di una *"Indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i Medici di Medicina Generale e circa il Servizio di Assistenza Domiciliare"* è un punto critico per entrambi i livelli. È necessario che le ASL carenti si attivino per ottenere un risultato migliore e l'adeguamento agli standard di tale elemento, necessità che si era palesata anche nel precedente ciclo di Audit e a cui non è seguito alcun visible miglioramento. In alcune realtà la situazione è addirittura peggiorata sensibilmente rispetto a quanto osservato nel 2011 in entrambi i livelli. Tali peggioramenti si collocano in media su valori che già non erano elevati, segnalando una diffusa criticità in quest'ambito.

L'informazione sul livello di soddisfazione degli utenti è fondamentale per poter indirizzare il servizio verso i reali bisogni dei cittadini e, più ampiamente, del territorio di riferimento, anche per tenere il più possibile insieme e dalla stessa parte i cittadini e le strutture sanitarie. In mancanza di questo processo di conoscenza e di evoluzione da parte delle strutture che pianificano ed erogano servizi, le prestazioni potrebbero rivelarsi inadeguate rispetto alla realtà circostante e non garantire, quindi, il rispetto del diritto dei cittadini alla salute. E' rilevante l'assenza di questionari rivolti agli utenti per la rilevazione della soddisfazione sui servizi per rimettere il cittadino-utente al centro.

A livello di poliambulatori, in particolare, si osserva anche una criticità sull'indicatore *"Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione"* (IAS = 15), attività assente in 8 ASL su 11. Questa è un'area prioritaria di

miglioramento anche dal punto di vista civico, in quanto l'accreditamento e la certificazione internazionale non solo danno un riconoscimento alla qualità della struttura, ma rendono riconoscibili i criteri di valutazione e i relativi punteggi, in modo da poter verificare la corrispondenza con quanto stabilito dagli stessi criteri standard per accreditamento e certificazione.

- **“Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza degenti”:** questo fattore rappresenta un elemento di debolezza solo a livello di distretto.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI” – LIVELLO 3a</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare	<b>30</b>	37
Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie	<b>27</b>	39

Tabella 85 – Elenco degli indicatori valutati con il terzo fattore per il Livello dell'Assistenza Territoriale: Sedi di Distretto (l'ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell'edizione precedente dell'Audit civico) - **significativi peggioramenti evidenziati in giallo; significativi miglioramenti evidenziati in verde**

Sono tutti elementi che influiscono sulla qualità del servizio di assistenza domiciliare come supporto concreto alle famiglie che hanno bisogno d'informazione e consulenza anche telefonica per la corretta gestione del familiare oncologico assistito a casa (IAS = 30, peggiore rispetto al 2011). Inoltre sarebbe importante avere la possibilità di poter disporre, in caso di necessità, di un servizio di assistenza psicologica dedicato al paziente e al nucleo familiare (IAS = 27, anch'esso peggiore rispetto all'anno precedente).

Rispetto al precedente ciclo di Audit la situazione è sensibilmente peggiorata.

**DISTRIBUZIONE PUNTEGGI DEI FATTORI - PRIMA COMPONENTE  
SEDE DI POLIAMBULATORIO**

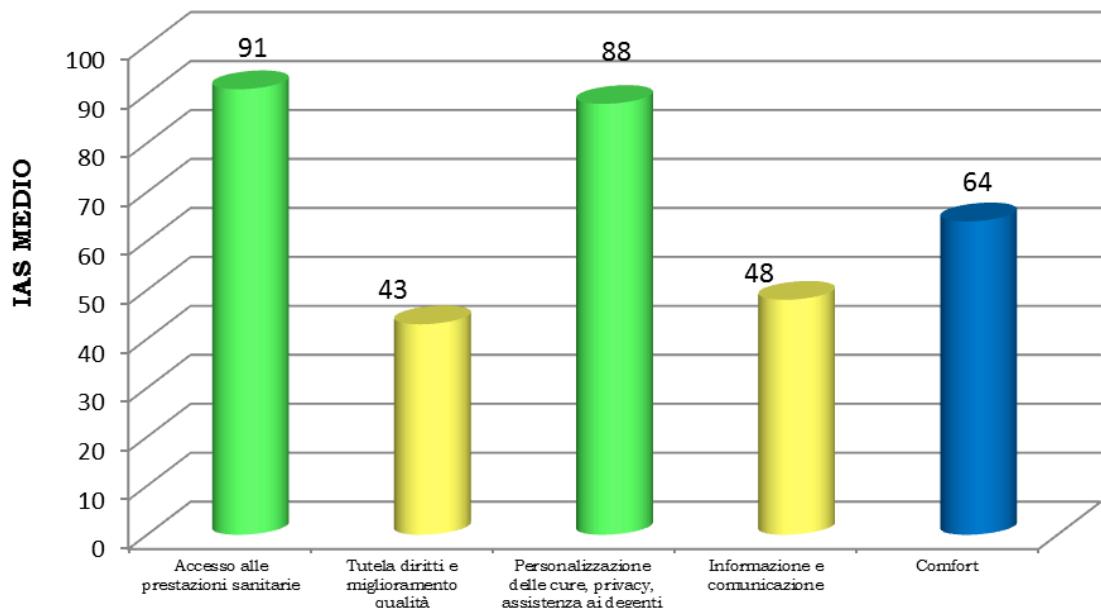


Grafico n. 101 - punteggi IAS medi per i fattori della prima componente, Poliambulatori

- **“Informazione e comunicazione”:** per entrambi i livelli territoriali – distretti e poliambulatori – dai dati raccolti da questo Audit civico appare evidente l'esigenza di potenziare l'informazione e la comunicazione con il cittadino rispetto ad una serie di elementi particolarmente strategici per una corretta conoscenza del funzionamento dell'assistenza territoriale. Si riportano per comodità i punteggi dei vari indicatori per mettere in evidenza la criticità di questo fattore, di grande rilevanza civica:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 3a	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	29	26
Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	19	7
Linee di comportamento/procedure per il personale dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare per garantire l'informazione ai familiari e ai pazienti relativamente al piano assistenziale e garantire la periodica acquisizione di notizie	67	45
Utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare	100	88
Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto	51	53
Cartellonistica esterna sede di distretto	93	90
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausili	26	49
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare	30	44
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale	37	53

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	<b>39</b>	53
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	<b>19</b>	38
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	<b>21</b>	38
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità	<b>21</b>	49
Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)	<b>28</b>	32
Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	<b>23</b>	19
Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto	<b>27</b>	38
Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti	<b>86</b>	87
Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata	65	83

Tabella 86 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “*Informazione e Comunicazione*”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Sedi di Distretto (L3a) (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico) **significativi peggioramenti evidenziati in giallo; significativi miglioramenti evidenziati in verde**

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE” – LIVELLO 3b	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Consegna a domicilio referti medici	<b>19</b>	10
Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet	<b>27</b>	17
Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	<b>36</b>	31
Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti	<b>87</b>	97
Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio	<b>44</b>	32
Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio	<b>88</b>	96
Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte	56	55
Informazioni sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini* e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto	<b>23</b>	36
Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata	52	57

Tabella 87 – Elenco degli indicatori valutati con il quarto fattore “*Informazione e Comunicazione*”: Livello dell’Assistenza Territoriale, Poliambulatori (la colonna più a destra contiente i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico) **significativi peggioramenti evidenziati in giallo; significativi miglioramenti evidenziati in verde**

Occorre, pertanto, rendere disponibili appositi opuscoli informativi nelle Sedi di Distretto, all'interno degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri, e impegnarsi nel fornire al cittadino un'informazione più ampia sul suo diritto alla libera scelta del luogo di cura, del medico curante e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio del diritto di essere preso in carico dal medico di medicina generale per quanto concerne gli appuntamenti urgenti di diagnosi e cura. L'informazione non è, infatti, solo un elemento di rispetto per il cittadino, ma anche elemento di efficienza del sistema che può contribuire ad una assistenza socio-sanitaria efficace e meno costosa.

Anche per questo fattore, purtroppo non possiamo registrare che un lieve peggioramento rispetto al ciclo precedente di Audit civico, e ciò mette in evidenza una situazione critica che richiede di essere indirizzata e ripresa in mano al più presto.

La prima componente, quindi, può definirsi caratterizzata da un **punteggio medio buono**, ma segnaliamo **situazioni non occasionali di peggioramento** dei punteggi sia in indicatori specifici che in strutture sanitarie.

Emerge una **significativa disomogeneità sul territorio** in moltissimi degli indicatori in tutti i fattori considerati.

**Le aree critiche sulle quali concentrare gli sforzi sono quelle della tutela dei diritti (soprattutto nell'ascolto dei cittadini), quella della personalizzazione delle cure e quella dell'informazione e della comunicazione**, al fine di sviluppare una politica aziendale concretamente orientata a favorire il coinvolgimento e la partecipazione civica e a rendere i cittadini consapevoli dei propri diritti e dei propri doveri.

## Seconda Componente

<b>Seconda componente: Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1</b>	<b>L3a</b>	<b>L3b</b>	<b>MEDIO</b>
				<b>83</b>
<b>FATTORI</b>				
2.6 Sicurezza dei pazienti	96	/	/	96
2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti	93	89	88	93
2.8 Malattie croniche e oncologia	80	/	/	80
2.9 Gestione del dolore	78	/	/	78
2.10 Prevenzione	73	78	71	75

Tabella 88 - punteggi IAS per la seconda componente

In merito alla distribuzione dei punteggi IAS per la seconda componente *"Impegno dell'Azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"* all'interno di ciascun livello, è interessante osservare come, in coerenza con l'alto IAS medio della componente, tutti i valori si collochino

nelle categorie ottimo e buono per tutti i livelli, indicando che mediamente non si registrano aree di criticità rilevanti.

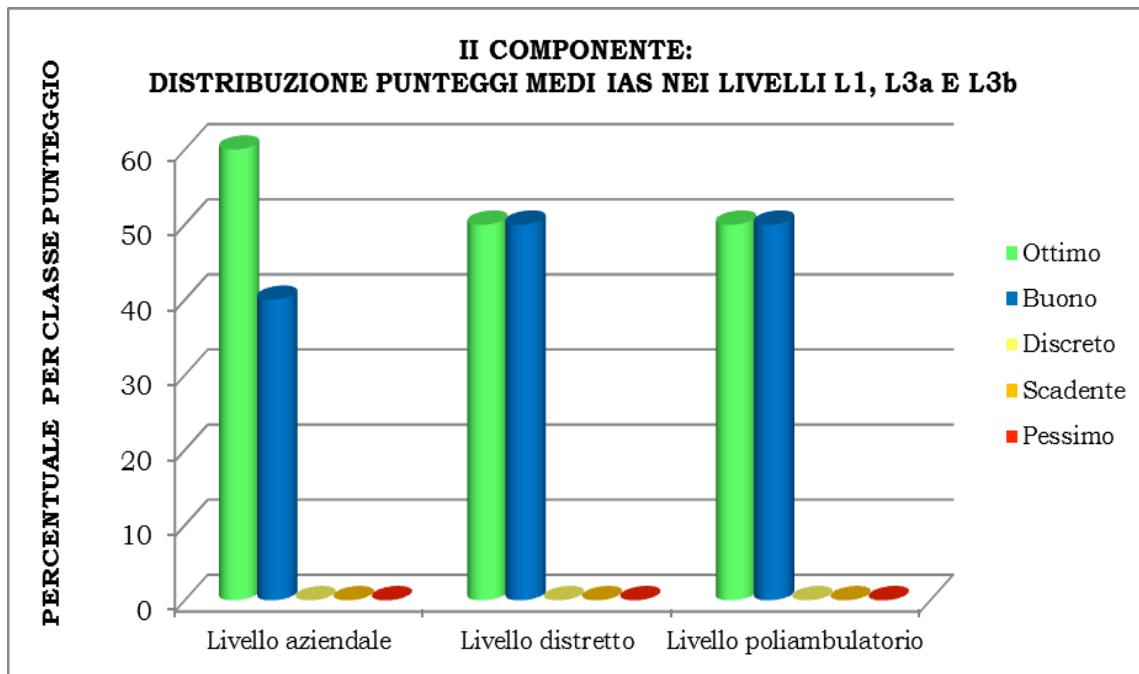


Grafico n. 102 – distribuzione classi di punteggio IAS per livello valutato

In questo quadro complessivamente positivo, abbiamo comunque identificato delle aree di miglioramento all'interno dei seguenti fattori: “*Malattie croniche e oncologia*”, “*Sicurezza delle strutture e degli impianti*” e “*Prevenzione*”.

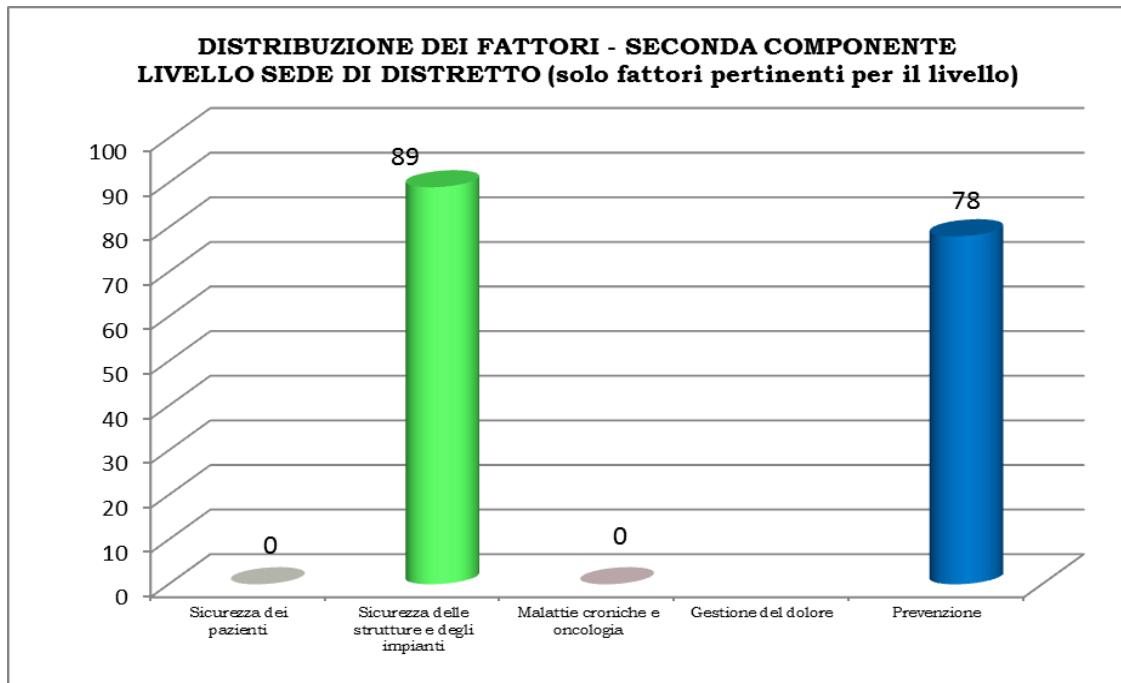


Grafico n. 103 - punteggi IAS medi dei fattori nel livello L3a della seconda componente

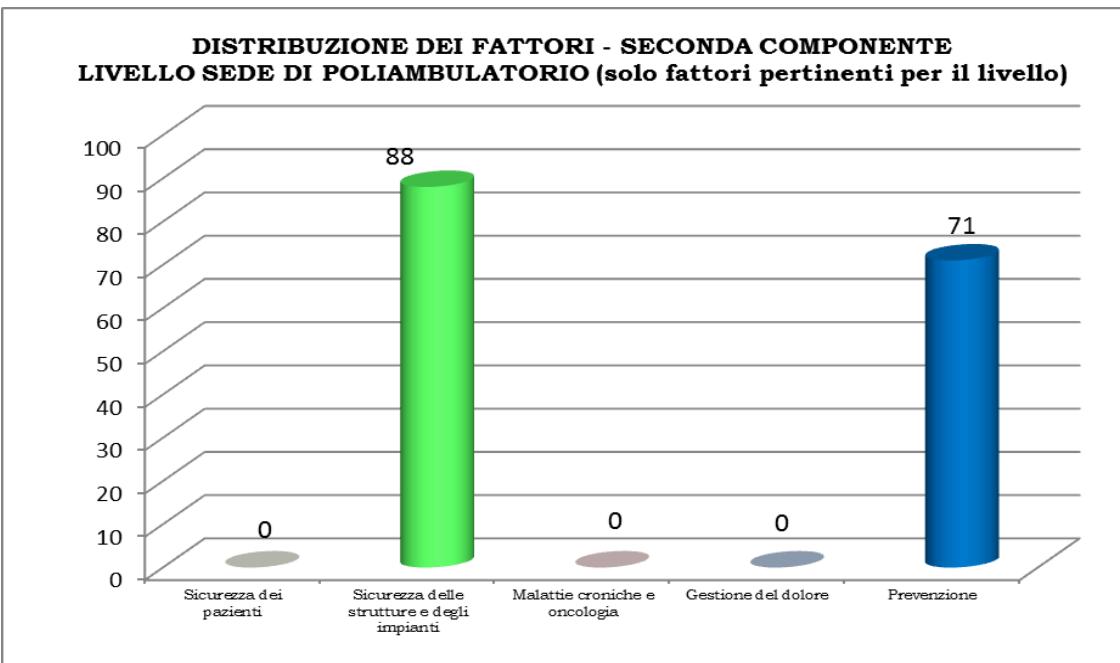


Grafico n. 104 - punteggi IAS medi dei fattori nel livello L3b della seconda componente

Unitamente alle sopra citate criticità, l'analisi valutativa dei singoli indicatori consente di riflettere sulla necessità di ulteriori interventi migliorativi. Il valore molto basso dell'IAS di riferimento (55) denota una situazione critica per quanto riguarda il “*Servizio di dialisi domiciliare*”: ben 5 strutture sulle 11 esaminate non presentano tale servizio (ASL Latina, ASL Viterbo, e le ASL RMA, RMB e RMF). Rispetto allo scorso ciclo di Audit civico (IAS mediamente basso pari a 50) non si è osservato un sensibile miglioramento della situazione, evidenziandosi quindi del tutto prioritario un intervento su questo piano, che per altro porterebbe a notevoli risparmi a vantaggio del SSR.

Inoltre, a livello del fattore “*Gestione del dolore*”, dobbiamo constatare che, pur in presenza di un ottimo punteggio medio e del fatto che quattro strutture fanno rilevare un IAS migliore rispetto alla precedente annualità di valutazione<sup>46</sup>, osserviamo che i due risultati discreti della ASL RM C e della ASL RM F sono da leggere in realtà in chiave “negativa” poiché esprimono un rilevante peggioramento nominale rispetto ai rispettivi IAS calcolati nell'annualità 2011 (rispettivamente 45 vs 100 e 60 vs 82). Anche due altre importanti strutture presentano un dato che è peggiore di quello osservato nel ciclo precedente: i due Policlinici Gemelli e Umberto I. Essi passano entrambi da un IAS pari a 100 ad uno pari a 40 nel 2013: occorrerà approfondire questo aspetto con le *equipe* locali.

L'area relativa alle “*Strutture per le cure palliative*” presenta spazi per un miglioramento nell'ambito ambulatoriale e in quello del ricovero ospedaliero in regime ordinario o di day hospital. Un IAS di 70 denota una situazione in cui, in specifiche strutture, occorre potenziare la presenza e l'implementazione di “*Linee guida e protocolli per il controllo del dolore*” relativamente ai pazienti del Pronto Soccorso.

<sup>46</sup> ASL Latina (18 nel 2011), ASL RM/A (9 nel 2011), ASL RM/B (64 nel 2011) e Policlinico Tor Vergata (40 nel 2011).

Potenziare lo svolgimento effettivo di iniziative di “*Formazione sulla gestione del dolore per i medici di medicina generale*” in tal senso (per quanto ci sia un trend positivo rispetto al 2011: 73 vs 50), potrebbe garantire miglioramenti anche sul fronte della stesura degli opportuni protocolli atti a disciplinare questo specifico ambito di intervento per la tutela del paziente.

Certamente, per quanto riguarda la gestione del dolore, occorre rendere il livello di adeguamento agli standard più omogeneo tra le diverse aziende: l’andamento del fattore infatti, mostra una **forte variabilità da azienda ad azienda** per cui coesistono situazioni di “eccellenza” accanto a situazioni decisamente “scadenti”.

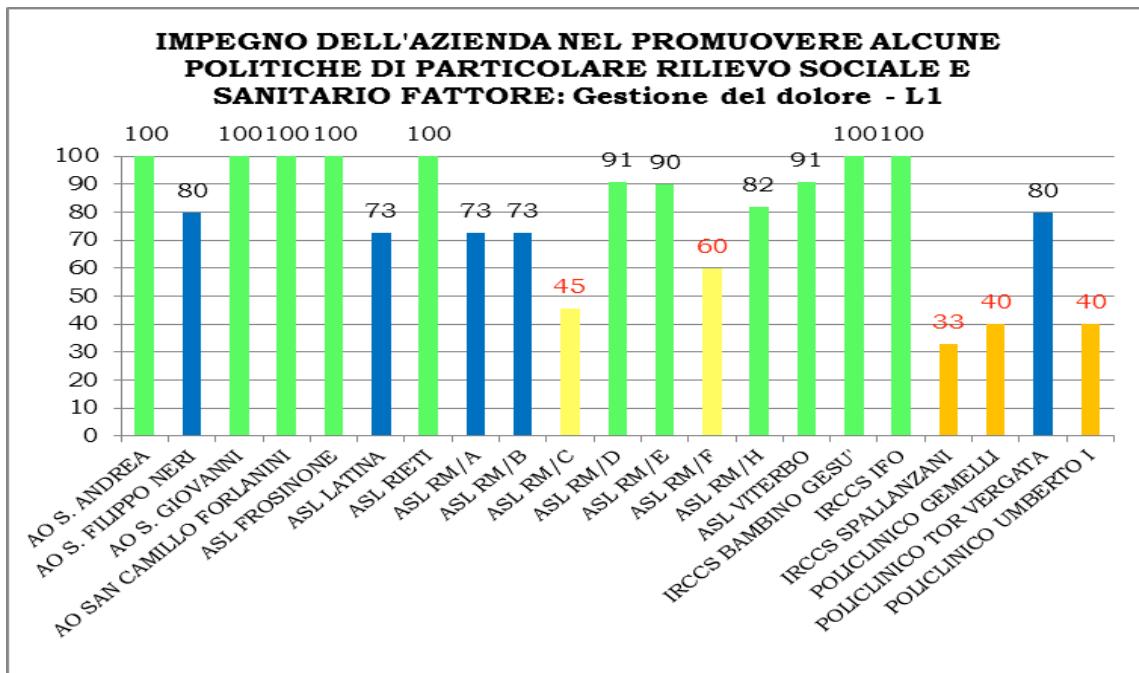


Grafico n. 105 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Gestione del dolore*” – Seconda Componente: Livello Aziendale.

Rispetto al 2011 è migliorata la situazione della formazione dei medici di medicina generale rispetto al controllo del dolore, così come è aumentata la presenza sul territorio di valutatori/ricognitori adeguatamente formati per il controllo clinico e la raccolta dei dati sul paziente con dolore. Anche altri indicatori-chiave segnano crescite rilevanti in confronto al passato. Il miglioramento di questi aspetti ha quindi risposto almeno in parte al richiesto consolidamento del processo positivo che, grazie anche alla legge 38 del 2010, ha di fatto messo al centro della politica sanitaria regionale il tema della gestione del dolore, come si evidenzia dai risultati riportati nella tabella:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “GESTIONE DEL DOLORE” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Strutture per le Cure Palliative nell’ambito: Cure domiciliari	100	97
Strutture per le Cure Palliative nell’ambito: Ambulatorio	75	57
Strutture per le Cure Palliative nell’ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital	68	60
Strutture per le Cure Palliative nell’ambito: Hospice (solo per le ASL)	82	83

Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)	<b>91</b>	53
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale	<b>86</b>	77
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale	<b>90</b>	86
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso	70	65
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice	<b>90</b>	58
Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni	73	50
Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni	55	25

Tabella 89 – Elenco degli indicatori valutati con il fattore “Gestione del dolore” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (l’ultima colonna a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico) – **significativi miglioramenti evidenziati in verde**

Rimane tuttavia spazio per un ulteriore significativo miglioramento poichè diversi punteggi medi non sono ancora soddisfacenti.

L’area delle **malattie croniche** e dell’**oncologia** rappresenta ancora, come anticipato prima, un ambito di criticità: è ancora presente, infatti, **una forte variabilità della qualità offerta** dalle diverse aziende, come ben evidenzia il seguente grafico:

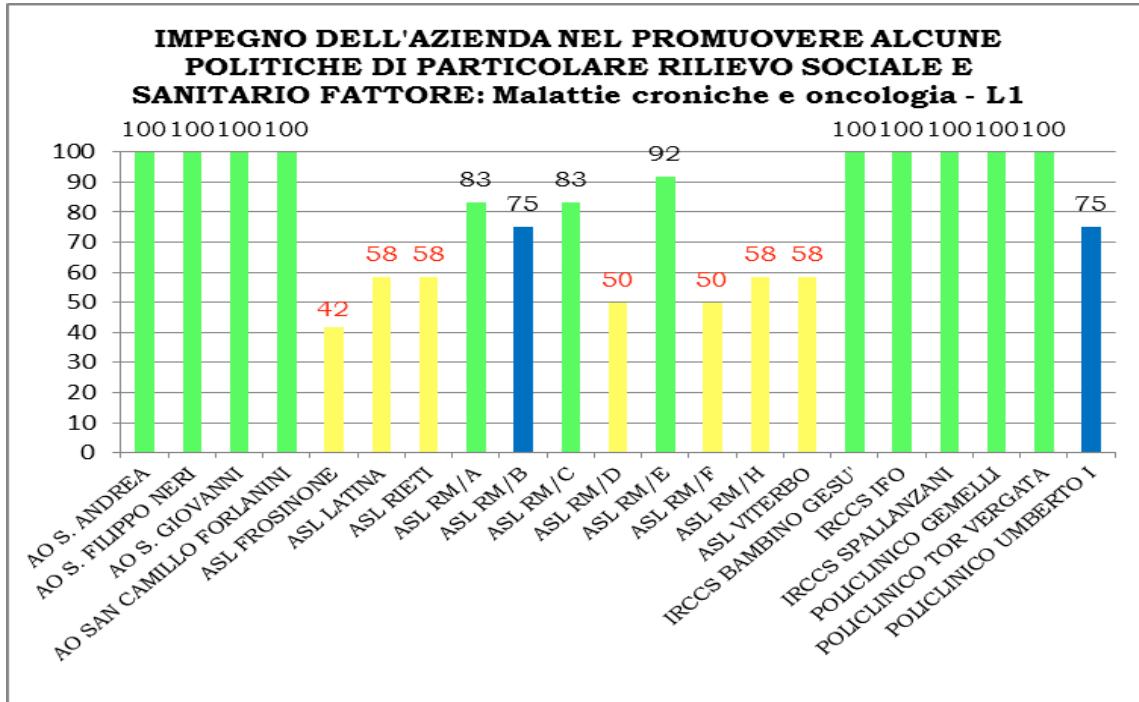


Grafico n. 106 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Malattie croniche e oncologia” – Seconda Componente: Livello aziendale e Assistenza territoriale

Aree di miglioramento anche nella diffusa debolezza di quegli indicatori che riguardano la continuità socio-assistenziale, in particolare in alcune strutture<sup>47</sup> che devono attivarsi per giungere ad un pieno riconoscimento del diritto degli utenti all'accesso ai presidi, alle protesi e agli ausili e alla loro valutazione, cose che rappresentano veri e propri diritti dei cittadini-pazienti di ogni specifica utenza di riferimento.

<b>ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA” – LIVELLO 1</b>	<b>IAS MEDIO</b>	<b>IAS MEDIO 2011</b>
Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche	<b>90</b>	82
Centri di counselling genetico per pazienti con patologie croniche o rare	67	<b>71</b>
Servizio di cure chemioterapiche	<b>95</b>	<b>95</b>
Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)	80	<b>95</b>
Centri di riferimento dell'azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi	<b>91</b>	58
Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia	55	<b>67</b>
Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia	55	<b>67</b>
Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi	<b>18</b>	25
Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi	<b>27</b>	50
Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti	<b>100</b>	75
Servizio di dialisi domiciliare	55	<b>50</b>
Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati	<b>91</b>	100

Tabella 90 – Elenco degli indicatori valutati con il Terzo Fattore “Malattie Croniche e Oncologia” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico) - **significativi peggioramenti evidenziati in giallo; significativi miglioramenti evidenziati in verde**

Queste sono certamente aree importanti per l'esercizio dei diritti dei pazienti-cittadini al momento di rapportarsi per necessità con il servizio sanitario regionale.

All'interno del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”, nel livello L3a – distretti, alcune aziende non hanno dotato le proprie sedi della “Piantina del piano di evacuazione della sede”. Tale criticità era stata riscontrata anche lo scorso anno: nonostante ci siano già stati miglioramenti evidenziati dal punteggio (IAS = 57 nel 2011 a un IAS = 77 nel 2103), è chiaro che, nel caso di questo indicatore, non ci si possa comunque aspettare meno di 100.

I punteggi delle diverse strutture sul territorio, ad ogni livello, hanno in genere segnato un miglioramento in confronto al 2011, salvo alcuni casi specifici che saranno oggetto di discussione locale tramite il Tavoli Misti di Partecipazione.

<sup>47</sup> S. Andrea, S. Filippo Neri, S. Giovanni, S. Camillo, Bambin Gesù, IFO, Spallanzani, Gemelli, Tor Vergata ed Umberto I.

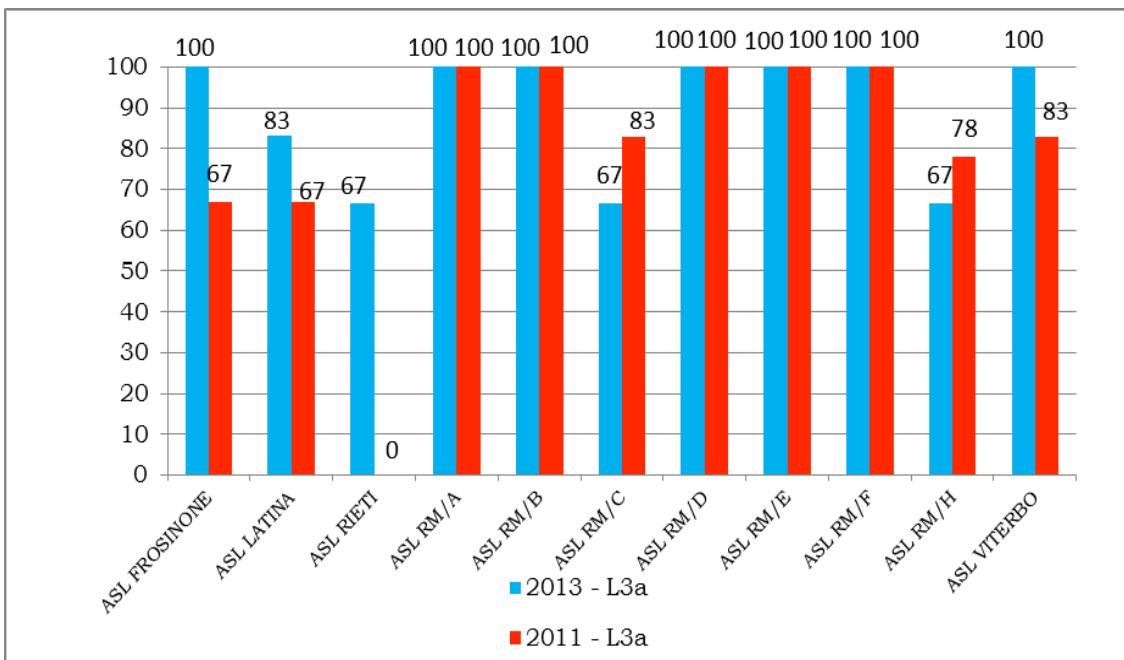


Grafico n. 107 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Sicurezza delle strutture e degli impianti*”- Seconda Componente per il Livello dell’Assistenza Territoriale – Sedi di Distretto

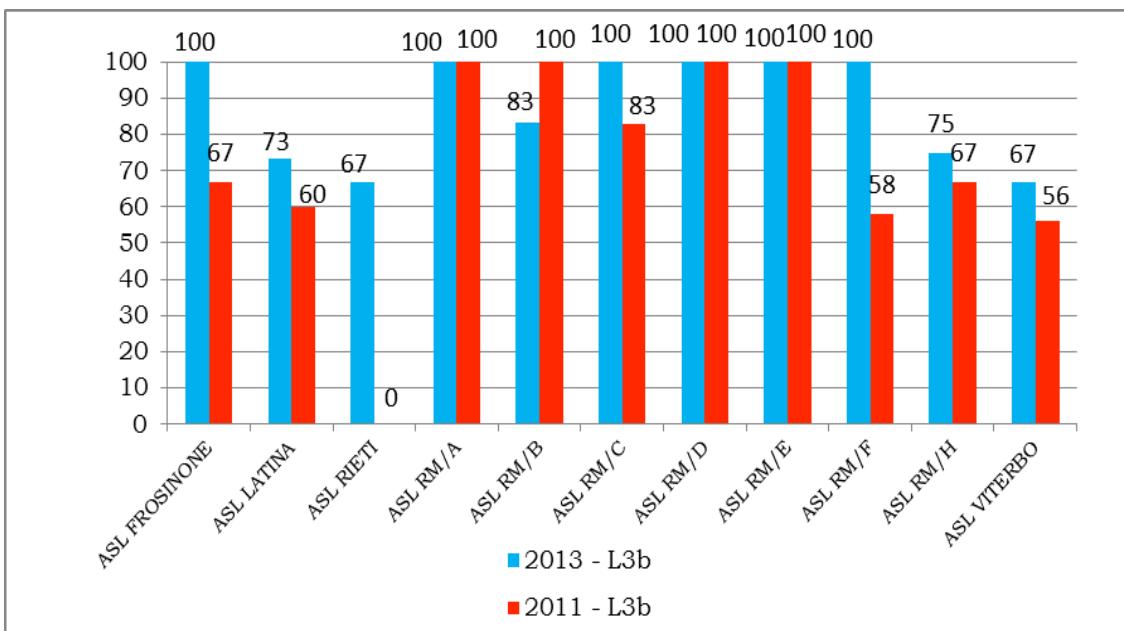


Grafico n. 108 – Confronto dell’andamento degli IAS tra 2011 e 2013 per il fattore “*Sicurezza delle strutture e degli impianti*” - Seconda Componente per il Livello dell’Assistenza Territoriale – Poliambulatori

Relativamente al fattore “*Prevenzione*”, infine, si osserva prima di tutto una **significativa disomogeneità territoriale** che si esplicita, per i cittadini, in differenze di qualità offerta e di rispetto del diritto alla salute:

**IMPEGNO DELL'AZIENDA NEL PROMUOVERE ALCUNE  
POLITICHE DI PARTICOLARE RILIEVO SOCIALE E  
SANITARIO FATTORE: Prevenzione**

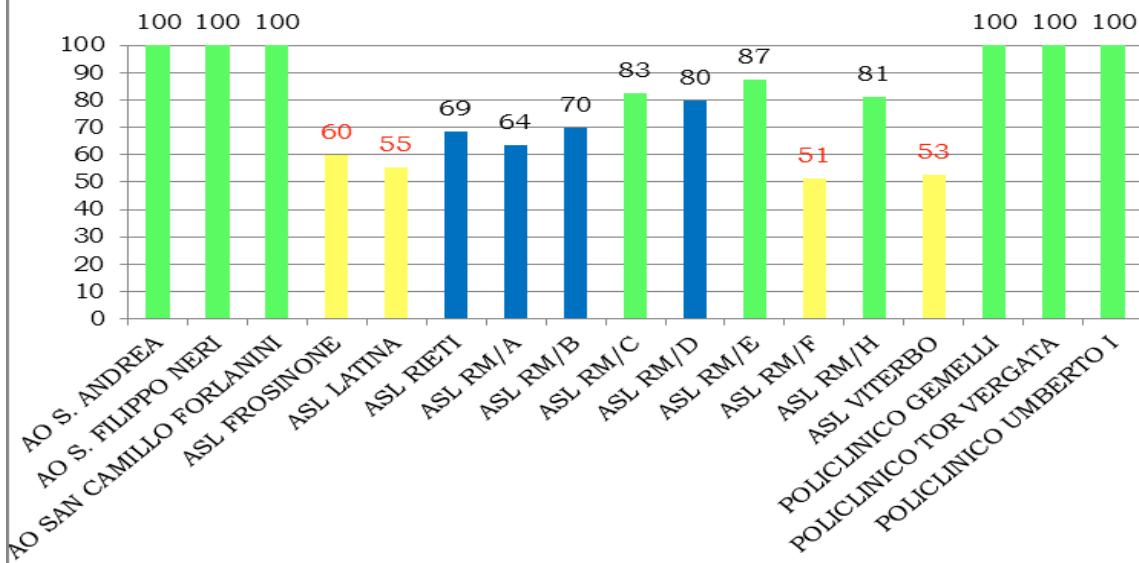


Grafico n. 109 – Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Seconda Componente: Livello Aziendale e Assistenza territoriale

Inoltre, si notano alcuni indicatori con IAS basso/critico da un lato o con grossi miglioramenti dall'altro, come mostrato nella tabella seguente:

ELENCO ELEMENTI VALUTATI – FATTORE “PREVENZIONE” – LIVELLO 1	IAS MEDIO	IAS MEDIO 2011
Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118, e personale dei mezzi di soccorso	50	33
Attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus: interventi formativi; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento rete emergenza; utilizzo algoritmi specifici per il sospetto di ictus per il personale dei mezzi di soccorso, riorientamento di piani di formazione già previsti	33	25
Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza	10	17
Stroke Unit nell'ospedale della AO e protocollo di assistenza	86	88
Programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi: informazione/comunicazione; interventi di tipo cognitivo comportamentale che coinvolgono anche gli insegnanti; partecipazione al Global Youth Tobacco survey	55	58
Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: - counselling; - farmaci sostitutivi; - altri farmaci; - altri trattamenti	68	52
Programma per la promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività: informazioni alle donne incinte o alle partorienti: opuscoli, lettere; formazione delle ostetriche e delle puericultrici dei punti nascita o dei servizi territoriali;	98	98

tutoraggio delle neomamme per aiutarle nell'attaccamento al seno; tutoraggio delle mamme con visite a casa nei primi mesi di vita del neonato; monitoraggio su frequenza e durata dell'allattamento al seno		
Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche	<b>82</b>	75
Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale	55	61
Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione	<b>100</b>	58
Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra medicina generale, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste: costruzione di percorsi assistenziali in accordo tra i Centri di diabetologia e i medici di medicina generale; coinvolgimento eventuale dei distretti sanitari; formazione degli operatori sanitari coinvolti nei percorsi assistenziali; registro/database delle persone con diabete; richiamo attivo delle persone con diabete nell'ottica del case management; programma di educazione terapeutica delle persone con diabete; monitoraggio dell'assistenza al diabete attraverso indicatori specifici	69	60
Programma di formazione specifica per i medici di medicina generale sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, ecc)	64	58
Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio	<b>82</b>	58
Programma organizzato di screening mammografico	<b>100</b>	100
Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia	54	58
Programma organizzato di screening con il pap test	<b>91</b>	92
Percentuale di donne che si sottopone al pap test	38	44
Programma organizzato di screening del cancro del colon retto	73	67
Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto	<b>31</b>	38

Tabella 91 – Elenco degli indicatori valutati con il Fattore “Prevenzione” – Seconda Componente per il Livello Aziendale (la colonna più a destra contiene i valori registrati nell’edizione precedente dell’Audit civico) - **significativi peggioramenti evidenziati in giallo; significativi miglioramenti evidenziati in verde**

La “Percentuale di donne che si sottopone al pap test” è addirittura calato ad un IAS di 38 da un valore già molto basso<sup>48</sup>. Molto basso anche il punteggio relativo alla “Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto”<sup>49</sup> (IAS = 31).

Altri indicatori con valori bassi sono le “Attività previste nel protocollo di riconoscimento dei sintomi dell’ictus” (IAS = 33, IAS eccellente solo nella ASL RM B), la “Presenza di reparti di Stroke Unit” nell’ospedale della ASL e relativo protocollo di Assistenza.

<sup>48</sup> particolare criticità nella ASL RM A (IAS = 16) e nella ASL RM D (IAS = 19)

<sup>49</sup> (IAS = 31): particolarmente nelle ASL RM A (IAS = 12), RM B (IAS = 22), e ASL di Rieti (IAS = 25), mentre le restanti strutture che offrono il servizio (ASL di latina, RM D, RM E, RM F, RM H) ottengono un punteggio variabile tra l’IAS = 30 ed il 40, quindi basso.

L'indicatore con il valore medio peggiori riguarda la “*Presenza di un reparto di Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza*”: tale servizio è presente solo nella ASL RM C.

In sintesi, il fattore “*Prevenzione*”, così importante, pur in presenza di un IAS medio buono in realtà ad un esame più accurato, segnala la necessità di interventi correttivi significativi in alcune aree operative e in alcuni territori.

La seconda componente – pur con le importanti criticità segnalate sulle quali è necessario intervenire – nel suo complesso si caratterizza nei valori medi come **elemento affidabile del Sistema Sanitario Regionale del Lazio**. Tuttavia non possiamo definirlo un punto di forza perché le debolezze e gli ambiti di miglioramento che presenta hanno un'importanza rilevante per il diritto alla salute dei cittadini, per la qualità del servizio offerto e per la sua omogeneità sul territorio regionale.

### **Terza Componente**

<b>Terza componente: Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali</b>				
<b>IAS 2013</b>	L1	L3a	L3b	<b>MEDIO</b>
				<b>48</b>
<b>FATTORI</b>				
3.11 Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione	49	/	/	<b>49</b>
3.12 Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda	47	/	/	<b>47</b>

Tabella 92 - punteggi IAS per la terza componente

I punteggi IAS per la terza componente “*Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali*”, che viene valutata su un unico livello, sono piuttosto bassi e ciò richiede una riflessione.

Riproponiamo i due grafici relativi alla distribuzione dei punteggi IAS dei due fattori (ognuno trattato singolarmente) poiché esprimono queste criticità in modo chiaro e diretto:

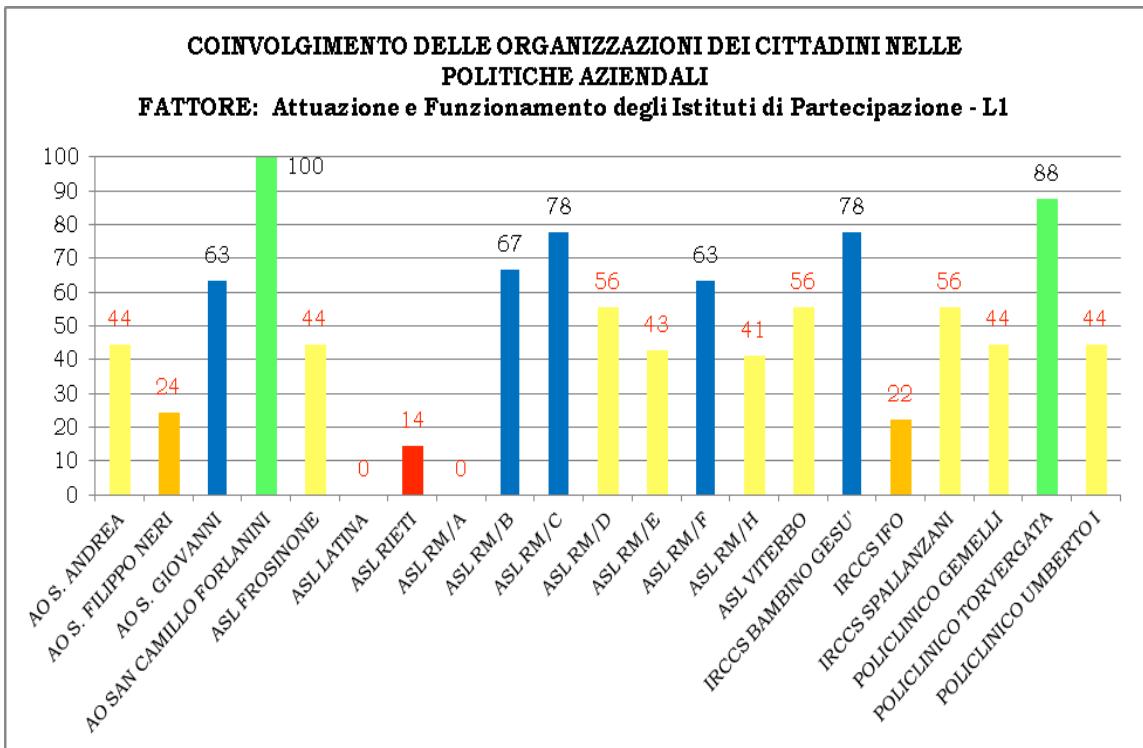


Grafico n. 110 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” – Terza Componente: Livello Aziendale

Si nota una **grande eterogeneità di punteggio** tra le strutture sanitarie<sup>50</sup>.

È importante osservare che, diverse volte, laddove registriamo il pieno rispetto dello standard che garantisce la presenza di protocolli d’intesa con le organizzazioni dei cittadini, risulta **carente o assente l’effettivo funzionamento degli stessi istituti di partecipazione** per le attività di programmazione, valutazione e controllo della qualità dei servizi.

Poichè direttamente collegato a questo Audit civico, vogliamo mettere in evidenza che il punteggio più basso è relativo alle “*Forme di controllo della qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini*” (IAS = 33), con un valore aumentato di poco dall’Audit precedente. Anche il coinvolgimento delle associazioni nella “*Revisione degli standard nella Carta dei servizi*” è a livelli bassissimi (IAS = 33), e si è addirittura ridotto il punteggio relativo alla “*Richiesta formale dell’azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico*” (IAS passato da 86 a 69).

Emerge anche la chiara necessità di potenziare l’attivazione dei “*Comitati consultivi misti*” che ha un IAS di soli 24 punti, non mostrando apprezzabili miglioramenti rispetto al 2011, fattore che depotenzia l’efficacia dell’URP.

<sup>50</sup> Le due situazioni in assoluto migliori rappresentate dal San Camillo Forlanini e dal Policlinico Tor Vergata. Indiscusse criticità si individuano invece nei valori peggiori che emergono dal confronto e che riguardano le Aziende Sanitarie Locali di Rieti, Latina e della RM A, e anche San Filippo Neri e l’IRCCS IFO.

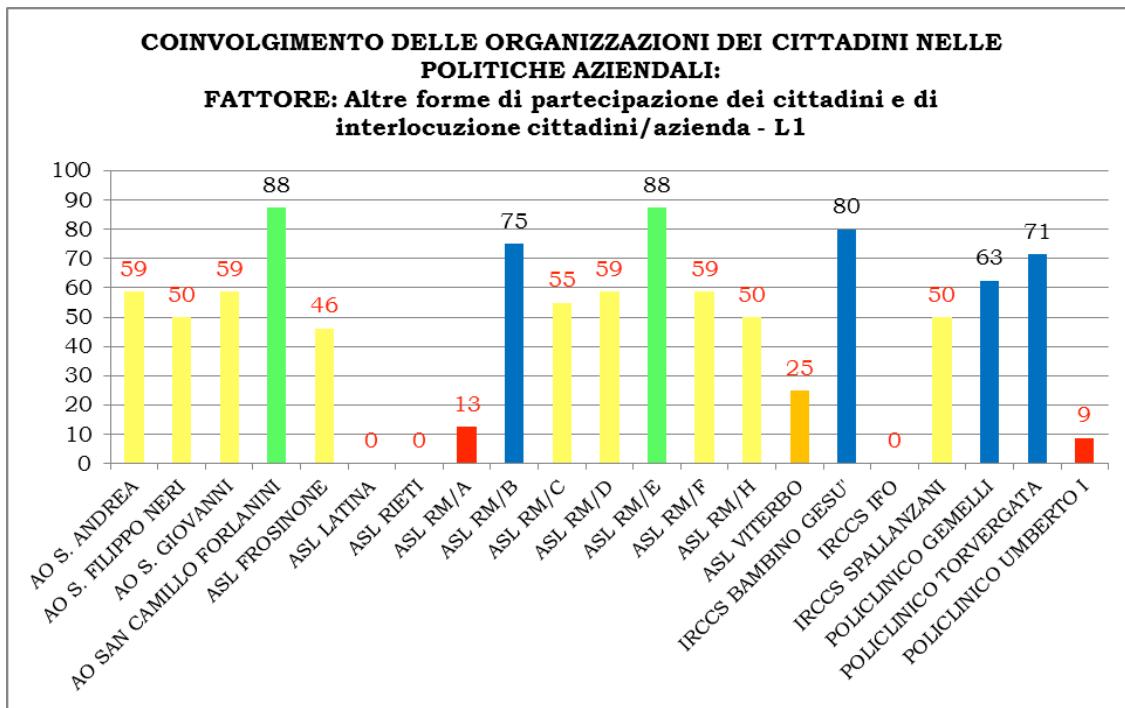


Grafico n. 111 – Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “*Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione*” – Terza Componente: Livello Aziendale

L’effettiva applicazione dell’indicatore “*Capitolati d’appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture*” (IAS di soli 25 punti) è un punto sul quale vogliamo richiamare l’attenzione in un momento storico in cui il bisogno di legalità è molto forte e la necessità di ottimizzare l’utilizzo delle risorse economiche è pressante. Questa al momento appare come una opportunità mancata per lanciare un messaggio molto potente alla collettività e coinvolgere le associazioni di cittadini nel controllo e nella trasparenza degli atti e delle decisioni che hanno un forte impatto sui costi e quindi, conseguentemente, sulla qualità dei servizi offerti e dei prodotti utilizzati.

L’indicatore “*Redazione del bilancio sociale da parte dell’azienda sanitaria e di discussione pubblica*” presenta un risultato pessimo (IAS = 13), riproponendosi, come già nel precedente ciclo di Audit 2011, come uno dei punti di particolare criticità.

In merito al “*Piano di comunicazione aziendale*” (IAS = 49), il suo potenziamento è condizione imprescindibile per garantire ai cittadini il fondamentale diritto all’informazione, e per metterli in grado – insieme alle associazioni che li rappresentano - di esercitare una partecipazione diretta, fornendo pareri o suggerimenti su problemi generali o tematiche più specifiche sulla base della propria esperienza e competenza.

La terza componente nel suo complesso si caratterizza quindi come **un’area di sofferenza sia in merito agli aspetti formali che a quelli sostanziali di messa in pratica reale degli istituti di partecipazione**. Risulta quindi importante da un lato ribadire l’esigenza dell’attuazione di una politica aziendale concretamente orientata a favorire il coinvolgimento e la partecipazione civica, e dall’altro porre l’attenzione sulle potenzialità in questo

senso del tavolo misto della partecipazione, che in alcune realtà ancora stenta a decollare.

Ci si aspetta il massimo impegno da parte delle Direzioni aziendali per consentire una risposta permanente a queste criticità. Esse sono infatti chiamate sia alla ricognizione e alla verifica dello stato di funzionamento degli istituti di partecipazione che allo sviluppo di un piano strategico aziendale per la promozione della partecipazione civica, con contenuti e azioni concreti e condivisi.

\*\*\*\*\*

Relativamente a queste prime tre componenti, appare dunque prioritario porre in essere degli interventi finalizzati:

- **al miglioramento della tutela dei diritti e della qualità, in particolare attraverso un piano d'azione mirato al raggiungimento degli standard.** In particolare è auspicabile l'aumento della diffusione di esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione secondo uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale;
- **all'implementazione di modelli e modalità operative e organizzative che abbiano al proprio centro personalizzazione e umanizzazione delle cure.** Più specificatamente rispetto all'area dell'interpretariato e della mediazione culturale, nonché della cura degli aspetti socio-relazionali che contribuiscono alla qualità della degenza;
- **all'aumento dell'efficacia e l'efficienza dell'informazione e comunicazione al cittadino:** servono risposte concrete al bisogno dei cittadini di avere informazioni in merito ai propri diritti in ospedale, alle modalità di accesso ai referti clinici, indicazioni chiare per orientarsi al meglio nelle strutture, di avere una figura sanitaria di riferimento (*modello del case manager*); e non ultimo l'adozione di un piano per l'informatizzazione delle cartelle cliniche;
- **all'attuazione di procedure sistematiche di verifica ed intervento per il controllo e la manutenzione degli edifici ospedalieri.** Persistono, come riportato dall'Audit soprattutto attraverso gli "eventi sentinella", situazioni di livelli diversi di degrado e fatiscenza strutturale così come, seppur in misura limitata e in via di progressiva riduzione, presenza di barriere architettoniche.

## **Pronto Soccorso**

Questo è il primo anno che il pronto soccorso è oggetto di monitoraggio civico e valutazione all'interno del programma di Audit regionale in sanità. È una novità importante sia per il rilievo che questo servizio ricopre all'interno del Sistema Sanitario e nell'immaginario collettivo ma anche perché è nell'occhio del ciclone da parecchio tempo. Nel corso del 2013 si sono succeduti molti episodi, spesso drammatici, riportati senza risparmio dai *media*, mettendo in evidenza una **criticità complessiva nella capacità di rispondere alle richieste di assistenza e cura** della cittadinanza che non ha alternative sul territorio.

Anche per questo, come nell'apposito capitolo di questo Report, presenteremo un'analisi attenta e dettagliata.

L'attuale situazione difficile non è certamente determinata dalla scarsa preparazione o dallo scarso impegno o, ancora, dalla discutibile professionalità degli operatori. Si tratta piuttosto di un problema strutturale che, in assenza degli ormai improcrastinabili interventi sulla medicina territoriale e sulla distribuzione dei posti letto su tutto il territorio regionale, non potrà vedere una soluzione.

La Regione è intervenuta cercando di far applicare alcune raccomandazioni, in particolare la richiesta della identificazione di un "bed manager" che gestisca la disponibilità di posti letto nei reparti per aumentarne la disponibilità e limitare la permanenza dei pazienti nei locali del Pronto Soccorso per molte ore o addirittura per parecchi giorni. Tutto questo, però, è avvenuto solo alla fine dell'anno analizzato dall'Audit e quindi non si è potuto rilevare alcun eventuale effetto in merito.

Le criticità attuali, soprattutto in certi periodi dell'anno o in certi giorni della settimana, vanno ben oltre e richiedono, come detto, interventi strutturali e una nuova strategia globale sul sistema, che parta da una visione più attuale del rapporto ospedale-medicina territoriale.

Pur nel pieno di un duro piano di rientro e ancora in piena crisi economica, crediamo che la corretta allocazione delle risorse disponibili, i risparmi strutturali mirati, l'eliminazione progressiva degli sprechi e l'impegno di tutti gli attori del sistema sanitario regionale possano portare ad un miglioramento sostanziale della situazione. Siamo anche convinti però che, all'interno di questo complesso processo di cambiamento e nuova assunzione di responsabilità, debba giocare un ruolo importante una nuova cultura della partecipazione che veda i cittadini, e le associazioni che meglio li rappresentano, come parte strutturale dei momenti di conoscenza, definizione delle priorità, pianificazione e valutazione di servizi e manager.

Relativamente all'Audit, alla base di questo rapporto 2012-2013, alla luce dei dati raccolti, registriamo per il Pronto Soccorso un punteggio IAS ottimo per la componente "Qualità tecnica".

<b>Seconda componente: Qualità Tecnica (IAS MEDIO = 77)</b>	
<b>IAS 2013</b>	<b>L2</b>
<b>FATTORI</b>	
1.1 Gestione del <i>triage</i> e valutazione della criticità	71
1.2 Integrazione della rete	86
1.3 Sistema informativo e risorse tecnologiche	68
1.4 Formazione e sicurezza del personale	84

Tabella 93 - punteggi IAS dei fattori della seconda componente del Pronto Soccorso

Questa presenta sedici valori tra ottimo e buono, e solo tre criticità<sup>51</sup>.

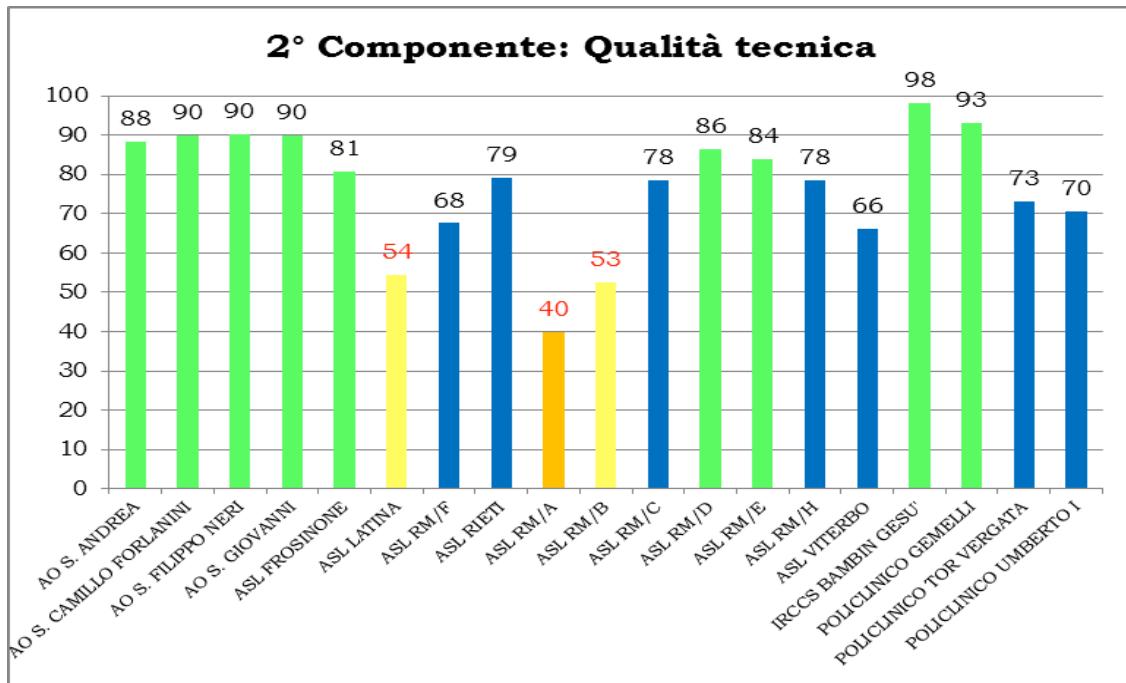


Grafico n. 112 – Andamento degli IAS per la componente Qualità Tecnica – Livello Pronto Soccorso

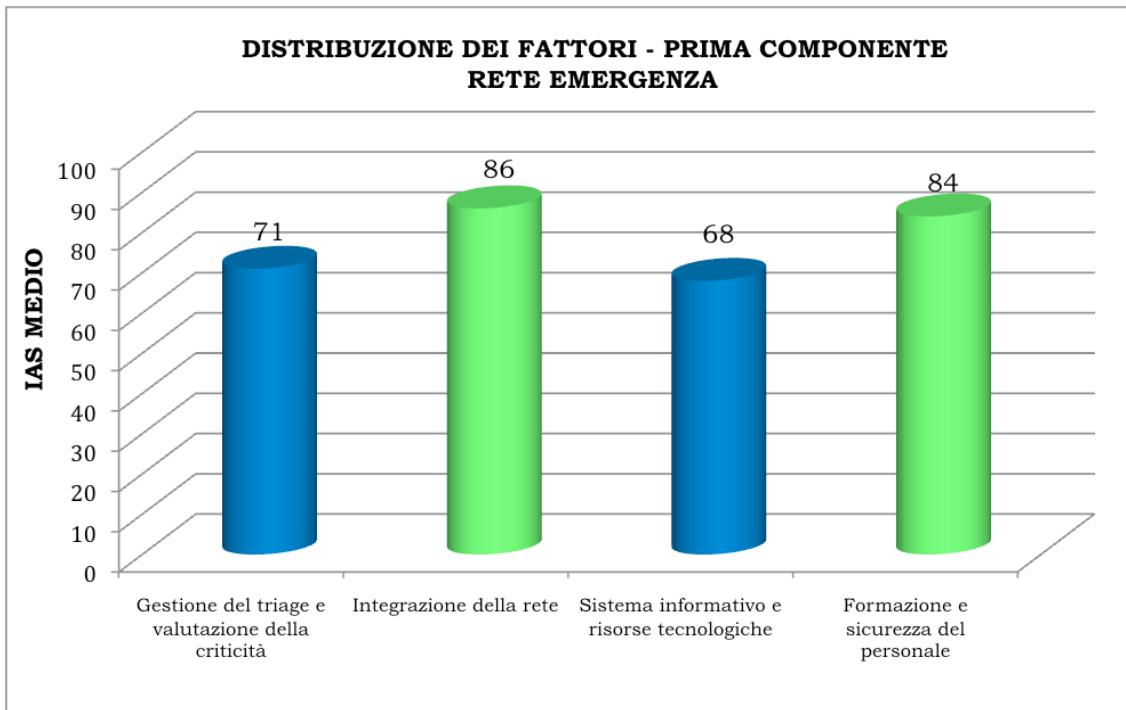


Grafico n. 113 – IAS medio dei fattori della seconda componente: Qualità tecnica

<sup>51</sup> (due punteggi discreti e uno scadente, rispettivamente alla ASL di Latina (IAS = 54), nella ASL RM B (IAS = 53) e in quella RM A (IAS 37)

Per quanto riguarda il primo fattore (“Gestione del *triage* e valutazione della criticità”), che rappresenta il primo momento di valutazione del caso che si presenta nel Pronto soccorso, si evidenziano punti di debolezza nelle aree:

- “*Linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso*”
- “*Procedure Fast Track durante il Triage otorinolaringoiatria e oculistica*” (AO S Camillo, ASL di Latina, IRCCS Bambin Gesù e Policlinico Gemelli, tutte con un punteggio scadente); sempre su questo indicatore abbiamo una serie di IAS = 0<sup>52</sup> che indicano l’assenza di questa procedura per le due specialità analizzate
- “*Procedura per la valutazione del dolore durante il Triage*” (IAS = 30), in particolare per la ASL RM A e il Policlinico Umberto I Roma.

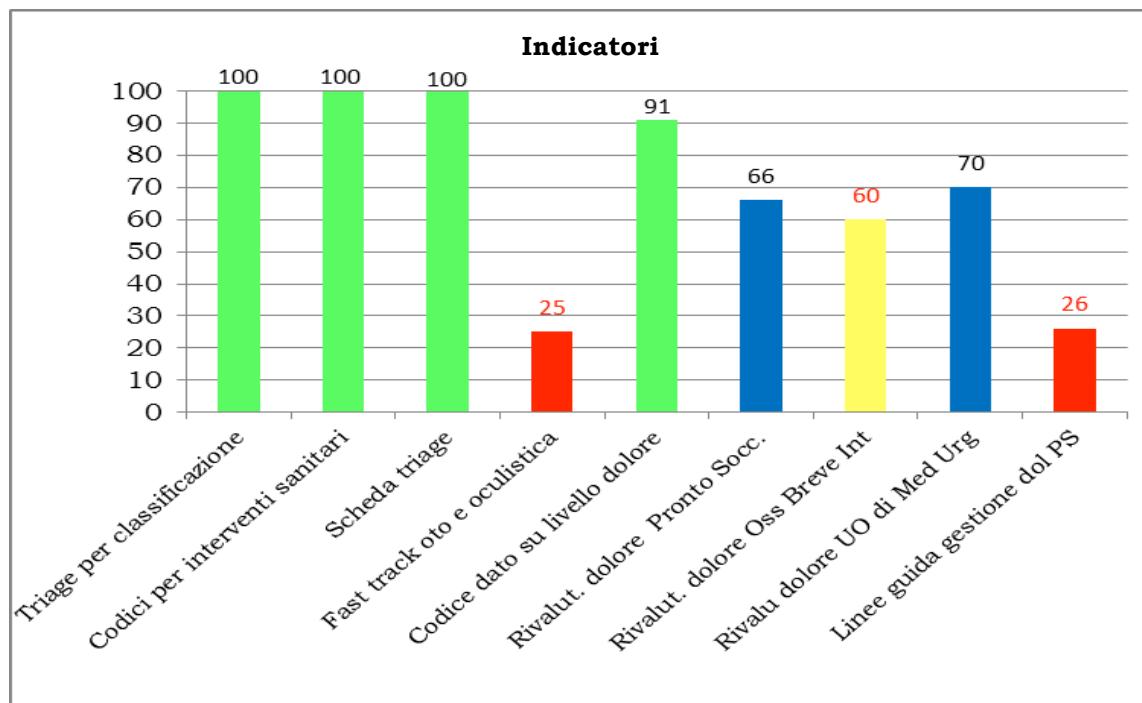


Grafico n. 114 - Fattore “Gestione del *triage* e valutazione delle criticità” nel Pronto Soccorso

Il secondo fattore (ottimo punteggio medio con IAS = 86) è di rilevante importanza: la rete integrata dei servizi per la gestione delle emergenze può essere determinante per l’esito di un evento traumatico o cerebro-vascolare in un paziente. Nell’insieme la situazione è molto buona<sup>53</sup>.

Per il terzo fattore della seconda componente i punti deboli sono presenti in indicatori critici per la capacità di gestione dei flussi intensi di pazienti ai pronto soccorso della nostra regione:

- “*Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in ospedale, con quale modalità*”, se è presente un software integrato di gestione dei posti letto, se esiste un sistema codificato di messa a

<sup>52</sup> S Andrea, S Filippo Neri, S Giovanni, ASL di Frosinone, le ASL RM F, RM A, RM B, RM C, RM D, ASL di Viterbo e Policlinico Tor Vergata.

<sup>53</sup> Specifica criticità a Latina in diversi indicatori del secondo fattore.

*disposizione di un certo numero di posti letto per il PS da parte delle Unità Operative di ricovero*" (IAS medio di 30, con un IAS molto basso di 25 per la ASL di Latina)

- “Il Pronto Soccorso è a conoscenza della disponibilità di posti letto in altri ospedali della ASL, con quale modalità, se il sistema ha un collegamento con la CO118, se esiste un sistema di collegamento con altri Pronto Soccorso”, che è stato valutato “0” in tutti i centri.

Il quarto fattore (“*Formazione e sicurezza del personale*”) rappresenta un punto di forza del sistema del Pronto Soccorso, a dimostrazione che l’area della competenza professionale non è in discussione. Qualche elemento da migliorare sicuramente nei presidi di sicurezza.

Anche la terza componente per il Pronto soccorso rappresenta una novità nell’Audit ed è così costituita e globalmente valutata:

<b>Terza componente: Umanizzazione (IAS MEDIO = 60)</b>	
<b>IAS 2013</b>	<b>L2</b>
<b>FATTORI</b>	
1.1 Cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy	66
1.2 Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa	54
1.3 Comfort e accessibilità	65
1.4 Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione	54

Tabella 94 - punteggi IAS dei fattori della terza componente del Pronto Soccorso

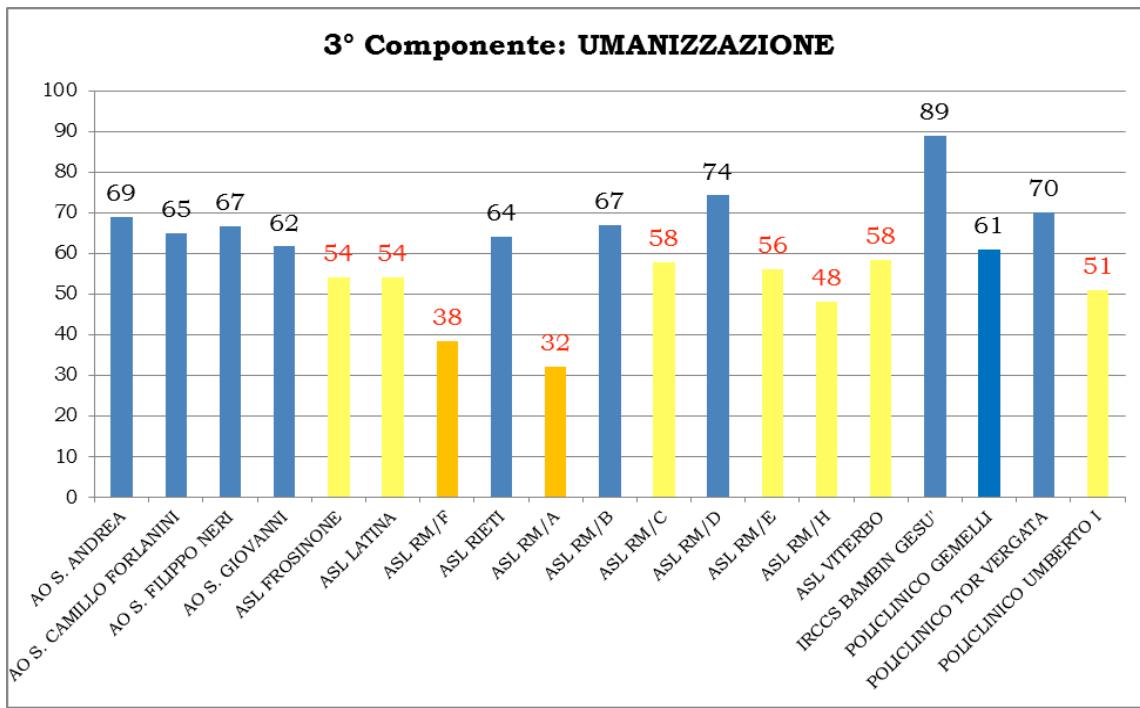


Grafico n. 115 – Confronto dell’andamento degli IAS della componente “Umanizzazione” – Pronto Soccorso

Si osserva una spiccata eterogeneità che non garantisce, alla luce dei dati raccolti, lo stesso livello di servizi, cura e assistenza a tutti i malati indipendentemente dalla struttura alla quale si rivolgono. Tra l’altro parliamo anche di tematiche importanti con altrettante importanti implicazioni emotive, umane, culturali e sociali.

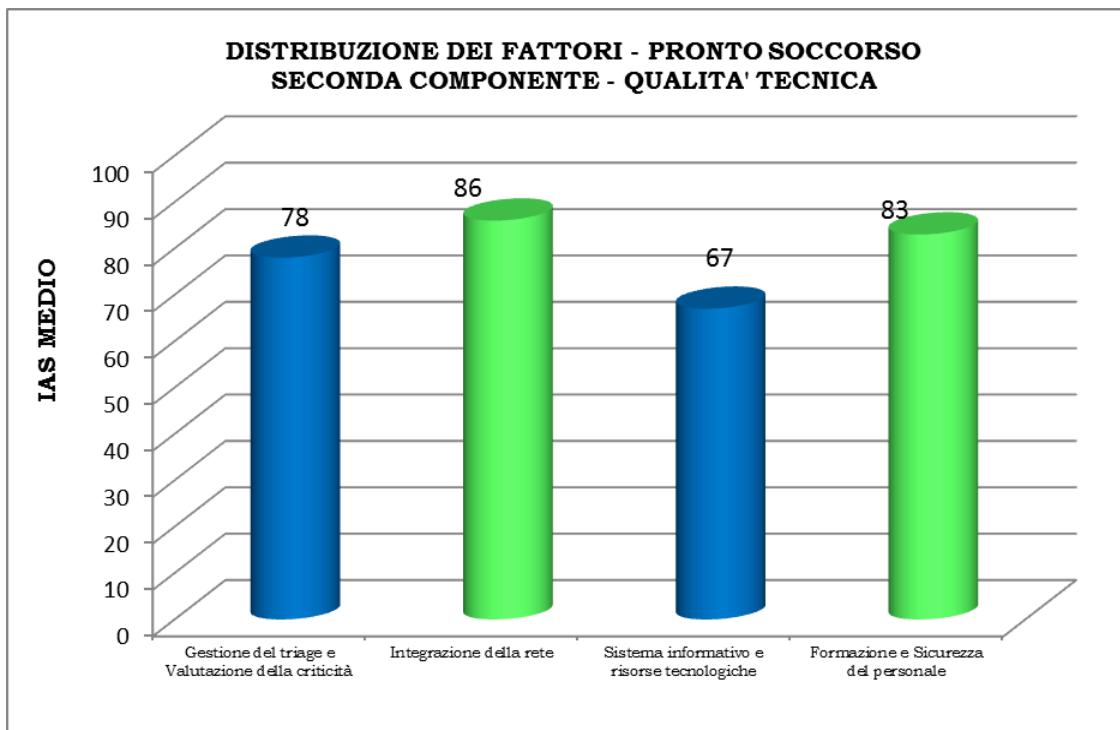


Grafico n. 116 – punteggi medi IAS per i fattori della terza componente del Pronto Soccorso

I punteggi medi mediocri che si registrano inducono a pensare che interventi sia nelle aree che nelle strutture più sofferenti siano opportuni e urgenti.

Per il primo fattore (“*Cura della relazione con il paziente e rispetto della privacy*”), si segnala in particolare:

- “*Formazione degli operatori in tema di comunicazione e relazione*”: dal punto di vista civico, la comunicazione rispettosa e corretta, la qualità umana dell’accoglienza, il rispetto della riservatezza dei cittadini che si rivolgono a queste strutture e, infine, la sensibilità di offrire attenzioni particolari e dedicate a chi è in fase terminale e ai loro cari sono alla base di una relazione umana che può e deve costruire una relazione tra utenti e strutture sanitarie. L’indicatore “*procedura per la comunicazione con i parenti*” è strettamente correlato a questo.
- La mancanza diffusa di “*Un’area dedicata ai pazienti in fase terminale nel Pronto Soccorso*” è davvero grave, soprattutto alla luce dell’affollamento frequente di queste strutture e della conseguente mancanza di particolare attenzione che il personale può offrire in queste circostanze.
- La grave insufficienza del punteggio raccolto in alcune strutture dell’indicatore “*Supporto psicologico specifico per coloro che hanno subito violenza a sfondo sessuale*” è un elemento molto negativo: questo servizio deve essere presente ed efficace ovunque, è un fattore di civiltà.

Relativamente al secondo fattore (“*Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa*”), i punteggi registrati in ben cinque indicatori <sup>54</sup> sono davvero bassi, e indicano una mancanza di attenzione e di politiche dell’accoglienza multiculturale con la quale andranno fatti i conti. Alcuni di essi sono davvero “basici”, ma importanti al fine di garantire la giusta attenzione alla comunicazione con il paziente e consentirgli di accedere ad una diagnosi corretta e ad un intervento terapeutico appropriato: occorre fare una operazione culturale prima ancora che organizzativa che porti ad una maggiore sensibilità delle nostre strutture sanitarie.

È opportuno che si inizi una discussione con la regione e con le strutture che presentano maggiori difficoltà ad avviare servizi in questa delicata area. Serviranno corsi di formazione e sensibilizzazione dei dipendenti e l’attivazione di personale *ad hoc*, come indicato proprio dalle domande effettuate nel corso di questa parte dell’audit civico in sanità.

La trasformazione in atto da anni ormai nella nostra società in una comunità multietnica, multireligiosa e multiculturale deve spingere tutta la pubblica amministrazione non solo a prenderne finalmente atto, ma ad organizzarsi affinchè siano rispettati i diritti di tutti e i servizi siano effettuati con modalità che vadano incontro a tutti i nuovi bisogni legati a tale evoluzione.

---

<sup>54</sup> “*Servizio di interpretariato al Pronto Soccorso*” (IAS = 28), “*Documentazione informativa multilingue al Pronto Soccorso comprensiva dei moduli di consenso informato multilingue*” (IAS = 7). Tre indicatori sono riferiti alla “*Possibilità di farsi visitare da un medico uomo o donna secondo la religione di appartenenza*” (IAS tra 32 e 43).

L'area del terzo fattore (“*Comfort e accessibilità*”) lascia spazio a miglioramenti a diversi livelli, e questo richiederà impegno, ma fa piacere osservare che alcuni elementi importanti per il comfort rappresentano punti di forza, quali ad esempio il “*Sistema di climatizzazione nei diversi reparti dell'emergenza*” (IAS tra 75 e 95), “*La segnaletica e la cartellonistica*” (IAS tra 95 e 100) , “*I percorsi e gli accorgimenti a beneficio dei portatori di disabilità motorie*” (IAS = 100).

Tuttavia, si identifica l'area dei “*bagni*”, nelle forme in cui è articolata nelle griglie, come critica: l'intervento sarebbe in fondo facile da effettuare e non richiede grossi investimenti, dando viceversa un segno importante di attenzione nei confronti degli utenti. Tuttavia questo punto è legato al tema dei capitoli per la pulizia e la verifica degli interventi di pulizia effettuati, e l'attivazione di interventi tempestivi di pulizia a chiamata, soprattutto in periodi di grande afflusso e affollamento dell'area dell'emergenza, come ormai siamo abituati a vedere troppo spesso. Di nuovo, quindi, in evidenza **l'importanza della trasparenza e della partecipazione dei rappresentanti dei cittadini** nelle costruzione dei modelli organizzativi.

Segnaliamo anche il tema dell’”*accessibilità per non vedenti e ipovedenti*”, che richiede interventi immediati che possono essere effettuati con una certa facilità dal momento che non richiedono misure strutturali complesse o costose ed hanno un elevato valore civico.

Il quarto fattore (“*Accesso alle informazioni, alla documentazione e comunicazione*”) è un'altra area delicata dalla quale, dal punto di vista civico, ci aspettiamo di più. Ci sono ben dieci punti critici, di cui cinque molto critici. I punti di debolezza, quindi, indicano una difficoltà all'interno di questo fattore ad essere omogeneamente efficiente.

Da un punto di vista civico, il meccanismo di elaborazione delle carte dei servizi deve prevedere maggiore partecipazione con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei cittadini. Per esempio, la redazione della carta dei servizi non è sufficiente in sè se poi non è disponibile agli utenti, e soprattutto se non è stata elaborata con il loro contributo.

Nella ricca articolazione della valutazione di questo servizio, possiamo concludere che il sistema in se stesso è, dal punto di vista tecnico, in grado di costituire un punto di forza del sistema, ma le condizioni di “contesto” mettono in evidenza alcuni punti di debolezza sui quali occorre intervenire, in particolare nell'area dell’”*integrazione della rete*” (attraverso il potenziamento della quale si potrebbe migliorare significativamente l'efficienza del servizio), e l’ ”*area di rivalutazione del dolore*” pur in modo eterogeneo.

Viceversa, ci sono elementi di criticità “strutturali” nei quali l'intervento deve essere più profondo e culturale: quello legato alla “*Cura della relazione*”. Tale area è debole in tutti i settori dell'Audit, e nel caso del pronto soccorso è un elemento di particolare criticità proprio per le caratteristiche di questo servizio. È soprattutto importante che si dedichino energie e risorse alla capacità di accoglienza, informazione e comunicazione con culture diverse da quella prevalente nel nostro Paese.

Infine, sempre nell'ambito della necessità di un cambiamento culturale, occorre che informazione, comunicazione e partecipazione dei cittadini e dei pazienti con le strutture vedano un miglioramento significativo: senza di questo, non crediamo che si possa davvero migliorare il Sistema Sanitario della nostra Regione.

## **Salute Mentale**

Anche l'area della Salute Mentale, con la sua strutturazione articolata in tre livelli di analisi, è una novità per l'Audit civico.

È un'area molto complessa da studiare anche per interazioni che le strutture di assistenza e cura devono mantenere con il territorio circostante e con le famiglie dei malati, ma paradossalmente è anche una delle aree che le recenti difficoltà economiche del sistema e i tagli per il piano di rientro hanno colpito maggiormente, causando carenza di personale, difficoltà e preoccupazione.

<b>Componente: Orientamento al Cittadino</b>				
<b>IAS 2013</b>	<b>L1 DSM</b>	<b>L2 SPDC</b>	<b>L3 CSM</b>	<b>MEDIO</b>
				<b>68</b>
<b>FATTORI</b>				
Accessibilità delle prestazioni sanitarie	68	66	71	<b>71</b>
Integrazione dei servizi	61	44	63	<b>61</b>
Comfort	/	69	70	<b>71</b>
Sicurezza dei pazienti	57	79	61	<b>65</b>
Continuità assistenziale	66	87	83	<b>80</b>
Miglioramento della qualità e formazione professionale	56	63	58	<b>57</b>
Informazione e comunicazione	70	48	60	<b>59</b>
Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione	59	83	71	<b>72</b>
Rapporti con le famiglie	60	79	62	<b>64</b>
Rapporti con le comunità	65	53	63	<b>62</b>

Tabella - 95 punteggi IAS dei fattori della Salute Mentale

Non è possibile condurre un confronto con dati precedenti, quindi possiamo utilizzare quelli disponibili tramite questo Audit come un punto di partenza per comparazioni future.

Da un esame a prima vista dei valori medi dei singoli fattori, non sembrano evidenziarsi particolari criticità, ma allo stesso tempo notiamo che i punteggi sono mediamente abbastanza bassi nei singoli livelli. Vista la complessità di questa sezione, presentiamo le conclusioni per ogni fattore.

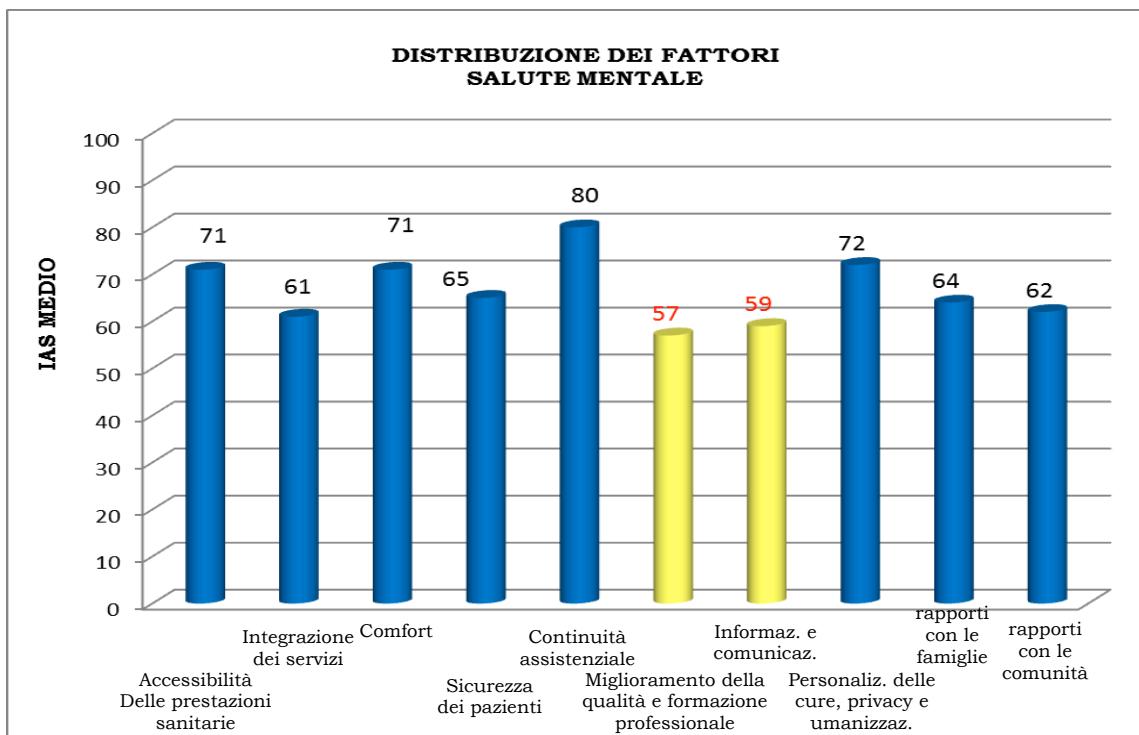


Grafico n. 117 – valori medi di L1 (DSM), L2 (SPDC) e L3 (CSM) relativamente ai fattori considerati

### **Accessibilità delle prestazioni sanitarie**

Esiste una **marcata variabilità** nelle diverse strutture sul territorio della regione, con una differenza di quantità e di qualità di offerta che riguarda soprattutto DSM e SPDC.

Buoni i punteggi di “*Linee guida per l'accoglienza degli utenti dei servizi*” e “*Collegamento formalizzato tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Emergenza-Urgenza*”, importante per il coordinamento degli interventi in casi acuti. Positiva anche l’“*Assenza di barriere architettoniche*” quasi dappertutto e spesso la disponibilità di servizi di trasporto pubblico. Servono l’attivazione di un day hospital nei quattro centri in cui non è presente e la definizione di un protocollo di intesa con i pronto soccorso per la messa a punto di un *triage* per le sindromi psichiatriche nelle due strutture dove non è presente.

Dal punto di vista civico, mentre l'accoglienza sembra essere complessivamente adeguata, il punto di debolezza più significativo è a livello dei CSM: l'indicatore “*Operatori attivi sul territorio anche nei giorni festivi per effettuare interventi domiciliari programmati e per intervenire in eventuali crisi*” ha un IAS, davvero inaccettabile, pari a 9: esiste una evidente carenza di assistenza, perfino in casi di crisi, che deve essere coperta immediatamente.

Un'altra area che può essere migliorata con una certa facilità è quella legata al “*Numero di ore di apertura ai visitatori*”, segnalato come punto negativo negli SPDC.

### **Integrazione dei servizi**

Si osserva **una disomogeneità - a tutti i livelli - della qualità dell'offerta** sia per quanto riguarda gli indicatori che le strutture: risulta quindi di enorme

importanza riequilibrare il territorio in maniera da rendere tutti i cittadini uguali di fronte ai propri diritti di salute.

Per i DSM, molto positiva la presenza nel 100% dei DSM di “*Assistenti sociali con esperienza specifica nella salute mentale*” nell’organico, e l’eccellenza nella “*Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale*”.

Dal punto di vista civico, va garantita l’applicazione di procedure scritte di collaborazione con le altre strutture e servizi che si prendono carico dell’area della salute mentale comunque declinata<sup>55</sup>, con redazione concordata dei Piani terapeutico-riabilitativi e pianificazione congiunta delle dimissioni del paziente per garantire la continuità assistenziale

Per i CSM molto positiva la “*Promozione da parte del DSM della partecipazione degli utenti alle attività ricreative, sportive ed educative della comunità locale*”, come anche l’applicazione di “*Procedure scritte di collaborazione con i SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcologici*”, rilevante proprio nella logica dell’integrazione dei servizi a supporto dei pazienti.

## Comfort

La performance di questo fattore è abbastanza omogenea e non presenta criticità particolari.

L’azione di miglioramento, dal punto di vista civico, comune ai due livelli valutati è l’impegno per la “*Realizzazione di un progetto nel SPDC per l’eliminazione dei connotati di carattere ospedaliero in ordine a: la distribuzione degli spazi; i colori delle pareti; gli arredi impiegati*”. L’immagine diversa dell’SPDC, che in questo modo verrebbe “sdrammatizzato”, rimane un obiettivo importante e sostanzialmente realizzabile senza eccessivi impegni di spesa, con un risultato importante dal punto di vista dell’accoglienza, dell’efficacia degli interventi del benessere del paziente. Gli altri elementi che richiedono un intervento fanno riferimento all’arredo dei bagni e dei gabinetti e ad alcuni eventi sentinella relativi ad aspetti di manutenzione e pulizia.

Sempre in tema di accoglienza e comfort sia dei pazienti che dei familiari, è opportuno aumentare la disponibilità di “*acqua gratuita*” e la “*presenza di distributori di alimenti/bevande negli spazi d’attesa*”.

## Sicurezza dei Pazienti

Comune agli altri fattori, anche qui esiste una **forte eterogeneità di offerta** sul territorio, soprattutto a livello di DSM e SPDC.

Dal punto di vista strutturale, buone notizie vengono dalla presenza del documento di valutazione dei rischi e dal programma per la gestione di questi, come anche, in genere, dalla presenza di adeguata segnaletica per i casi di emergenza (meno positiva a livello dei CSM).

Dal punto di vista più strettamente della gestione sanitaria del paziente, appare necessario intervenire su tutti i livelli nel miglioramento in tutti gli

---

<sup>55</sup> Strutture penitenziarie, ospedali psichiatrici giudiziari, SERT, comunità per dipendenze, servizi di assistenza per disabili e per anziani, medici di medicina generale.

aspetti legati all'area degli eventi avversi, compresa l'importante gestione delle comunicazioni con il paziente e/o con i familiari dopo l'evenienza di un evento avverso.

Inoltre, pure in presenza di punteggi abbastanza soddisfacenti, crediamo che ulteriore attenzione debba essere posta sull'indicatore “*Procedura scritta per l'identificazione dei pazienti a rischio di suicidio e per la messa in atto delle necessarie azioni correttive*” e su quello “*Stanza singola per pazienti potenzialmente auto o etero-aggressivi*”: i dati inseriti mostrano una situazione “tutto-o-nulla”, con punteggi di cento o di zero. Questo mette in evidenza le **differenze sul territorio** che presentano o non presentano questi servizi. Su queste due aree pensiamo che debba concentrarsi l'attenzione dei tavoli e delle direzioni perchè non possiamo pensare che il punteggio possa essere meno di “ottimo”.

## Continuità Assistenziale

Questo fattore appare complessivamente buono, pur in presenza, soprattutto a livello dei DSM, di significativa variabilità territoriale<sup>56</sup>, elemento negativo in un'area così importante per la gestione di questi pazienti: stiamo infatti parlando di passaggio tra servizi diversi, di attività di sostegno, assistenza e cura sul territorio, attività sociali e di integrazione nella vita quotidiana.

A livello di CSM, va messa in evidenza la registrazione di risultati eccellenti nell'ambito del “*Lavoro di equipe e di interazione fra le diverse specificità professionali*”, della “*Comunicazione ed il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari per quanto riguarda la nomina dell'operatore di riferimento*” e della “*Formulazione dei piani di trattamento con un'eccellente possibilità di fruire di sedute di psicoterapie individuali e/o collettive presso la struttura*”. Gli IAS medi del “*rapporto fra gli SPDC e i CSM*” valutati sono anch'essi eccellenti. Eccellenti anche i risultati sulla “*Interazione fra le strutture riabilitative e le strutture invianti*”.

## Miglioramento della Qualità e Formazione del Personale

Abbiamo per questo fattore punteggi in media bassi e **marcata disomogeneità**, che rappresentano elementi negativi.

In particolare, dal punto di vista civico, osserviamo in tutti i livelli valutati mancanza o carenza di indagini sui bisogni emergenti<sup>57</sup> e sul livello di soddisfazione<sup>58</sup> che possano orientare la formazione e i servizi: serve invece pianificare ed condurre indagini di questo tipo per poter conoscere meglio i bisogni di utenti e familiari e inserirli in un piano di azione. Certamente la cronica carenza di personale non aiuta in questo senso, ma si tratta tuttavia di azioni a costo molto basso, grande rilievo civico, e resa elevata in termini di miglioramento potenziale della qualità dei servizi.

<sup>56</sup> Nel livello DSM, ottime performance di alcune Aziende Sanitarie (ASL di Latina, RM D, RM E, RM F) e IAS medi insufficienti per altre (RM A, RM B, RM C, RM H e ASL di Viterbo).

<sup>57</sup> con l'eccezione della ASL di Latina e della ASL RM D che hanno un punteggio ottimo (IAS = 100).

<sup>58</sup> soprattutto nelle ASL di Frosinone e di Rieti, e nelle ASL RM A, ASL RM C, RM E che registrano IAS = 0.

Viceversa, l'area della formazione del personale ha un risultato positivo, pur con margini di miglioramento: sarebbe opportuno continuare su questa strada e incrementare ulteriormente l'investimento in professionalità: sarà interessante vedere in futuro, con un successivo Audit, se questo sarà stato fatto, anche se certamente la progressiva precarizzazione del personale non è un indicatore rassicurante.

## **Informazione e Comunicazione**

Come in tutte le altre aree prese in considerazione da questo Audit civico in sanità, informazione e comunicazione sono temi critici e presentano punteggi medi bassi e **grande disomogeneità sul territorio** della regione.

Occorre intervenire su aree di forte rilevanza civica:

- la Carta dei Servizi, che dovrebbe essere più completa - in quanto non dappertutto presenta tutte le informazioni utili - e accessibile in un formato comodo per la consultazione, dovrebbe inoltre venire redatta insieme alle associazioni e agli utenti.
- la disponibilità di opuscoli informativi sui diritti e sulle responsabilità dei pazienti
- la disponibilità di schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti
- la condivisione dei dati clinici del paziente tra medici ospedalieri e medici di medicina generale

È altrettanto importante sottolineare l'eccellente punteggio in merito alla completezza dell'informazione riportata nella lettera di dimissione, che consente teoricamente di prendere in carico il paziente in modo efficace, una volta che questo ha lasciato la struttura.

## **Personalizzazione delle Cure, Privacy e Umanizzazione**

Rappresenta, dal punto di vista civico, un'altra area strategica per la valutazione della tutela del diritto ad avere riservatezza e protezione della propria dignità, pari trattamento e diritto ad informazione e accesso indipendentemente dalla propria cultura, origine etnica o religione, rispetto per le proprie scelte, diritto ad essere trattati in modo umano e con rispetto sempre e ovunque.

Pur con un IAS medio buono, si registrano troppi valori inferiori a 80 in un'area che richiederebbe massimo impegno e dedizione e un livello più alto di cultura del diritto della persona-paziente. Certamente questo risultato non è soddisfacente e indica un'area evidente e ampia di miglioramento.

Con questa premessa, non possiamo non sottolineare la necessità di interventi per l'applicazione di *"Procedure scritte che tengano conto delle specifiche esigenze delle minoranze etniche più importanti della zona servita"*, dell'attivazione del *"Servizio d'interpretariato"* e del *"Servizio di mediazione culturale"*. Infine, è necessario intervenire per mettere in pratica *"Procedure scritte per informare gli utenti su diversi aspetti"* importanti per i diritti e doveri dei pazienti.

## Rapporti con le Famiglie

Di nuovo, si osservano punteggi bassi e **forte disomogeneità territoriale** anche in questa delicata e complessa area della gestione della salute mentale.

L'aspetto positivo a tutti i livelli è riferito all'area del mutuo-aiuto, alla facilità di incontrare un operatore per discutere la natura dei disturbi dell'utente e il trattamento.

Dove agire? Serve un intervento per migliorare le procedure scritte per informare i familiari su vari aspetti di rilevante importanza<sup>59</sup> (per il livello DSM), comune ai diversi livelli, presenza e attivazione di “*Programmi di psicoeducazione*” e alla “*Formazione dei familiari*”, e al “*Coinvolgimento*” degli stessi nel progetto terapeutico, quando ritenuto appropriato.

Questi interventi sono fondamentali perché il ruolo delle famiglie in questo contesto è molto importante, ma spesso queste non sono messe in grado di svolgere il proprio ruolo o sono lasciate da sole a gestire situazioni davvero impegnative. Dal punto di vista civico, la formazione dei familiari e il loro coinvolgimento nella gestione del progetto terapeutico sono elementi di grande rilevanza.

## Rapporti con le comunità

Questo fattore è estremamente importante per la complessità delle dinamiche che si vengono a creare con i malati e per la loro integrazione, quando possibile, all'interno della società e delle comunità che circondano – e non solo quelle - le strutture che si prendono in carico di essi.

L'azione di miglioramento, il cui esito sarà da testare in futuro, riguarda per tutti i livelli soprattutto le “*Procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari*” e il “*Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari*”. Quindi occorre migliorare il rapporto tra le strutture e le comunità, avviando iniziative che rendano formale ed effettiva la collaborazione e la partnership con le associazioni.

Importante e positiva l'attività indirizzata alla ricerca di opportunità di inserimento degli utenti in attività lavorative, “*Attività da parte del DSM di incontri con i datori di lavoro della zona per accertare le possibilità di inserimento degli utenti*”, che indica il lavoro fatto sul territorio per creare opportunità di lavoro ai pazienti. Rilevante anche l’ “*Incoraggiamento da parte del DSM dell'utilizzo da parte degli utenti di risorse della comunità non appartenenti né al servizio sanitario né al servizio sociale*”, che testimonia l'attività di costruzione di rapporti con le diverse realtà appartenenti alla comunità circostante.

Inoltre, occorre facilitare il “*Coinvolgimento delle associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari*”: osserviamo infatti la difficoltà di questi servizi nel rapportarsi con le realtà

---

<sup>59</sup> Loro diritti, modalità per ottenere informazioni sulle condizioni di salute del coniunto e sui trattamenti; le modalità per contattare i curanti o i referenti; l'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto; servizi sociali e ricreativi che i pazienti possono utilizzare; doveri e impegni verso il servizio

associative per capire i livelli di soddisfazione degli utenti e dei familiari e, di conseguenza, costruire relazioni e servizi in linea con questi.

Dal punto di vista civico, va infine sottolineata l'importanza di agire per far crescere la conoscenza dei problemi relativi al tema della salute mentale tra i cittadini: è perciò richiesto l'impegno di tavoli e direzioni per facilitare l'ulteriore crescita della diffusione dei *"Programmi di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale"*.

Nel complesso, è quindi prioritario lo sviluppo e l'applicazione di un modello di management focalizzato sulla presa in carico della salute e del benessere delle persone e che sia capace di coniugare in maniera appropriata la gestione delle risorse e la domanda reale di servizi, adottando i criteri dell'analisi sistematica dei bisogni emergenti e della valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle scelte politiche e manageriali in merito alla qualità dei servizi. Questa dovrà necessariamente tener conto anche del punto di vista dei cittadini inteso sia come grado di soddisfazione<sup>60</sup> sia come contributo in termini di valutazione civica finalizzata all'individuazione delle priorità d'intervento. Ciò a garanzia del rispetto del diritto dei cittadini ad avere Livelli Essenziali Assistenziali adeguati su tutto il territorio regionale.

---

<sup>60</sup> La ricerca finalizzata alla valutazione della soddisfazione degli utenti dei servizi è trasversalmente carente a tutti i livelli territoriali considerati.

## Appendice 1 – Griglie sulle Liste d'Attesa

### Aziende Sanitarie Locali

	E' prevista la possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante lo sportello CUP aziendale?	La prenotazione tramite CUP è possibile attraverso: Telefono Sito web aziendale E mail Farmacie	E' prevista la possibilità di prenotare tramite il CUP aziendale visite ed esami da svolgere presso strutture private accreditate?	Negli ultimi 30 gg. Si è verificata la sospensione della prenotazione di prestazioni?	Qual è la percentuale totale di prestazioni (diagnostiche e specialistiche) che l'Azienda ha fornito al sistema RECUP per l'anno in corso?
ASL RM A	SI	FARMACIE Farmacie abilitate sul totale: 13/184	NO	NO	57%
ASL RM B	SI	TELEFONO SITO WEB AZIENDALE	SI	NO	80%
ASL RM C	SI	TELEFONO	NO	NO	51%
ASL RM D	SI	TELEFONO SITO WEB AZIENDALE	NO	NO	/
ASL RM E	SI	TELEFONO FARMARECUP	NO	SI ECG TAC OSPEDALE OFTALMICO	50%
ASL RM F	SI	/	/	NO	0,40%
ASL RM H	SI	TELEFONO	NO	SI RADIOLOGIA	50%
ASL FROSINONE	DATI NON DISPONIBILI				

ASL LATINA	SI	TELEFONO FARMACIE Farmacie abilitate sul totale: 4/131	NO	SI ELETTROMIOGRAFIE ORTOPANORAMICA HOLTER ECOCARDIOGRAFIA	/
ASL RIETI	SI	TELEFONO FARMACIE Farmacie abilitate sul totale: 72/74	NO	NO	100%
ASL VITERBO	DATI NON DISPONIBILI				

Tabella 16 - Risultati emersi dalle Griglie sulle Liste di Attesa per le Asl

## Aziende Ospedaliere

	E' prevista la possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante lo sportello CUP aziendale?	La prenotazione tramite CUP è possibile attraverso: Telefono Sito web aziendale E mail Farmacie	E' prevista la possibilità di prenotare tramite il CUP aziendale visite ed esami da svolgere presso strutture private accreditate?	Negli ultimi 30 gg. Si è verificata la sospensione della prenotazione di prestazioni?	Qual è la percentuale totale di prestazioni (diagnostiche e specialistiche) che l'Azienda ha fornito al sistema RECUP per l'anno in corso?
BAMBINO GESU'	SI	TELEFONO SITO	SI	NO	/
GEMELLI	SI	TELEFONO	NO	NO	NO RECUP
IFO	SI	TELEFONO	NO	NO	70%
SAN CAMILLO FORLANINI	NO	/	NO	SI ECOGRAFIE OSTETRICHE	47%
SANT' ANDREA	SI	/	NO	SI ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	87%
SAN FILIPPO NERI	SI	TELEFONO SITO EMAIL FARMACIE	NO	NO	17%
SAN GIOVANNI	SI	/	NO	SI RM OCT TAC	100%
SPALLANZANI	SI	TELEFONO EMAIL	/	SI TAC RISONANZA	98%
POLICLINICO TOR VERGATA	SI	FARMACIE	NO	SI ECOMAMMOGRAFIE MAMMOGRAFIE	91,5%
POLICLINICO UMBERTO I	SI	TELEFONO	SI	NO	68%

Tabella 17 - Risultati emersi dalle Griglie sulle Liste di Attesa per le AO

<b>Prestazioni</b>	<b>Modalità ordinaria</b>	
	Tempo minimo attesa gg	Tempo massimo attesa gg
Mammografia bilaterale	/	365
Ecografia addome completo	/	365
Ecografia addome superiore	/	365
Ecografia addome inferiore	/	365
ECO (Color) Doppler tronchi sovraortici	/	365
ECO (Color) Doppler arti superiori e inferiori	/	365
ECO (Color) Doppler cardiaca	/	365
Ecografia ostetrica	/	365
Ecografia ginecologica	/	365
Ecografia anca pediatrica	/	120 (RM C, RM E)
TAC cranio	/	364
Risonanza magnetica cervello e tronco encefalico	/	464 (Pol. Gemelli)
TAC total body	/	364
Visita oculistica	/	364
Visita cardiologica	/	365
Visita ortopedica	/	260 (RM B)
Visita odontoiatrica	/	231 (RM F)
Visita neurologica	/	304
Visita ortopedica pediatrica	/	218 (Pol. Tor Vergata)
Visita urologica	/	219 (Gemelli)
Visita oculistica pediatrica	/	270 (RM C)

Tabella 98 - Risultati emersi dalle Griglie sulle Liste di Attesa

## **Commenti sulle liste d'attesa**

I tempi di attesa in generale si presentano come **inaccettabili**: la mancanza di tempi minimi (considerati in genere 0-1 perché riferibili alla possibilità di trovare subito un posto a causa della cancellazione di una visita già prenotata da altro utente) e tempi massimi considerati pari alla durata di un anno solare fanno capire quanto sia complicato avere dati affidabili e comparabili.

E' difficile valutare in termini relativi e in confronto al passato in quanto non ci sono dati disponibili, neppure sul sito della Regione Lazio che risulta molto carente sull'accesso e sulla possibilità di elaborazione di tali dati, rendendoli quasi inaccessibili nella sostanza. Alla luce del decreto della Giunta regionale<sup>61</sup>, occorre rendere possibile e facilitare la sua applicazione e quindi la possibilità di elaborare i dati sui risultati, nella realtà organizzativa del Lazio, delle azioni messe in campo dall'Amministrazione. Tali dati, per altro e incomprensibilmente, fanno riferimento esclusivamente alle prestazioni "ordinarie", mentre quelle urgenti risultano non disponibili.

Si sottolinea in modo particolare, che il sito della Regione non fornisce, per quanto concerne le liste d'attesa (tempie e prestazioni), i dati relativi alle Aziende Ospedaliere e ai IRCCS, oggetto invece dell'Audit. I punti cardine da migliorare e monitorare verranno discussi nel corso della presentazione dell'Audit.

Crediamo sia necessario ampliare e rendere operative e facilmente accessibili tutte le modalità di prenotazione tramite CUP; attivare tutte le farmacie territoriali anche per i pagamenti, in modo da alleggerire gli uffici per le prenotazioni, e i pagamenti per coloro che non utilizzano strumenti non tradizionali, e aumentare la comunicazione su queste modalità al fine di migliorare la trasparenza di dati e processi.

Evidenziamo inoltre l'esigenza di una strutturazione efficace della raccolta delle informazioni, uniforme, più leggibile e verificabile civicamente.

Nei dati raccolti non c'è distinzione nella modalità in cui le visite vengono effettuate (intramoenia o pubblico) e nella modalità di pagamento.

Occorre informazione al pubblico su doveri del medico di base rispetto al suo ruolo nel processo di prenotazione delle visite e degli esami diagnostici.

Il decreto sulle liste di attesa prevede l'inserimento dei centri accreditati nel sistema RECUP ma è auspicabile che tali centri siano inseriti anche nel sistema CUP delle ASL e i dati relativi ai tempi d'attesa siano resi disponibili anche per queste strutture.

Occorre applicare i monitoraggi definiti dal decreto regionale per verificare l'andamento rispetto ai target fissati dalla regione, sia per le prestazioni "ordinarie" che per quelle "urgenti e indifferibili".

Inoltre va strettamente monitorato l'atteso incremento delle prenotazioni via RECUP dei policlinici universitari e in particolare del policlinico Umberto I.

È indispensabile inoltre attendere la fine del 2014 per avere una situazione ufficiale e in parallelo un monitoraggio civico di confronto anche sulla effettiva comunicazione ai cittadini dei nuovi percorsi sulle liste di attesa.

---

<sup>61</sup> Decr. U00437 del 28/10/2013 PIANO REGIONALE per GOVERNO LISTE di ATTESA 2013  
2015

## Appendice 2 - Dettaglio delle strutture per azienda valutata e campi di applicazione

Tutte le aziende per il livello aziendale (L1) hanno raccolto i dati presso le rispettive direzioni generali

	<b>Assistenza Ospedaliera <u>Rete Emergenza</u></b>	<b>Assistenza Teritoriale <u>Distretti e Poliambulatori</u></b>	<b>Salute Mentale <u>DSM – CSM – SPDC</u></b>
<b>ASL RM A</b>	P.S. Ospedale Odontoiatrico G. Eastman	Distretto II – P.zza Gentile da Fabriano Poliambulatorio Via Tripoli – S. Anna	DSM ASL RM A CSM I Distretto – Via Palestro CSM II Distretto – Via Sabrada CSM III Distretto – Via Boemondo
<b>ASL RM B</b>	P.S. Sandro Pertini	Distretto II – P.zza dei Mirti Distretto IV – V. Rizzieri Poliambulatorio Bresaola Poliambulatorio Cartagine	DSM ASL RM B SPDC – PO Pertini CSM Bardanzellu CSM Cinecittà CSM Eucalipti CSM Torre Spaccata
<b>ASL RM C</b>	P.S. Sant'Eugenio	Distretto VI Distretto XI Poliambulatorio CTO Poliambulatorio S. Caterina	DSM ASL RM C CSM Distretto XI - Via Odescalchi CSM Distretto VI – Via Casilina
<b>ASL RM D</b>	P.S. Ospedale Grassi – Ostia	Distretto Comune di Fiumicino Distretto Municipio X Saline Ostia Antica Poliambulatorio Ostia Antica Poliambulatorio S. Agostino	DSM ASL RM D SPDC P.O. Grassi CSM Distretto Sanitario Municipio X Sirene CSM Distretto Sanitario Fiumicino
<b>ASL RM E</b>	P.S. Santo Spirito	Distretto XVII Distretto XVII Distretto XIX Distretto XX Poliambulatorio Cesano	DSM ASL RM E SPDC San Filippo Neri SPDC Santo Spirito CSM XIX Municipio Via Venturini 60 CSM XX Municipio Via Cassia 472
<b>ASL RM F</b>	P.S. Ospedale San Paolo	Distretto F1 Civitavecchia Distretto F4 Capena Poliambulatorio Capena Poliambulatorio Etruria	DSM ASL RM F CSM Bracciano CSM Ladispoli CSM Morlupo
<b>ASL RM H</b>	P.S. Ospedale Riuniti Anzio – Nettuno P.S. Presidio Ospedaliero S. Sebastiano – Frascati	Distretto H2 Albano Distretto H4 Pomezia – Ardea Distretto H6 Anzio – Nettuno Poliambulatorio Distretto H2 Albano Poliambulatorio Distretto H4 Ardea Poliambulatorio Distretto H6 Barberini – Nettuno	DSM ASL RM H SPDC – P.O. San Sebastiano Frascati CSM – Albano CSM – Anzio c/o Ospedale Villa Albani CSM – Ariccia c/o presidio L. Spolverini CSM - Pomezia

<b>ASL FROSINONE</b>	P.S. Ospedale Fabrizio Spaziani Frosinone	Distretto A Alatri – Anagni Distretto B – Fosinone Distretto C – Sora Distretto D – Cassino Poliambulatorio B Frosinone	DSM ASL Frosinone SPDC – P.O. Fabrizio Spaziani CSM Distretto B Ceccano CSM Distretto B Frosinone
<b>ASL LATINA</b>	P.S. Ospedale Dono Svizzero – Formia P.S. Ospedale Fiorini – Terracina P.S. Ospedale Fondi P.S. Ospedale S.M. Goretti – Latina	Distretto Aprilia Distretto Aprilia Poliambulatorio Aprilia Poliambulatorio Borgo Sabotino Poliambulatorio Cisterna Poliambulatorio Latina Poliambulatorio Latina Scalzo	DSM ASL Latina SPDC P.O. S.M. Goretti SPDC – Ospedale di Formia CSM Distretto I Aprilia CSM Distretto II Latina CSM Distretto IV Terracina CSM Distretto V Latina
<b>ASL RIETI</b>	DEA I livello – P.S. Ospedale De Lillis	Distretto I montepiano Reatino Poliambulatorio Montepiano Reatino	DSM ASL Rieti SPDC P.O. San Camillo De Lillis – Rieti CSM – Poggio Mirteto CSM – Rieti
<b>ASL VITERBO</b>	P.S. Ospedale Belcolle	Distretto III Viterbo Poliambulatorio Orte Poliambulatorio Viterbo	DSM ASL Viterbo SPDC P.O. Belcolle CSM – Viterbo CSM – Montefiascone CSM – Vetralla
<b>AO POLICLINICO TOR VERGATA</b>	P.O. Tor Vergata	/	/
<b>AO SANT'ANDREA</b>	P.O. Sant'Andrea	/	/
<b>AO POLICLINICO GEMELLI</b>	P.O. Gemelli	/	/
<b>AO SAN CAMILLO FORLANINI</b>	P.O. San Camillo	/	/
<b>AO SAN GIOVANNI ADDOLARATA</b>	P.O. San Giovanni - Addolorata	/	/
<b>AO POLICLINICO UMBERTO I</b>	P.O. Policlinico Umberto I	/	/
<b>IRCCS SPALLANZANI</b>	P.O. Spallanzani	/	/
<b>IRCCS IFO</b>	/	/	/
<b>IRCCS BAMBINO GESU'</b>	P.O. Bambino Gesù	/	/

Tabella 99 – Strutture Valutate

## **RINGRAZIAMENTI**

Caratteristica e valore aggiunto dell’Audit Civico è da sempre la sua realizzazione grazie alla collaborazione e all’impegno costante di una fitta rete di referenti aziendali e civici. Il loro lavoro e la loro dedizione sono stati, anche quest’anno, fondamentali per la concretizzazione del Progetto. Senza il sostegno di tale rete nulla di ciò che è stato realizzato sarebbe stato possibile. Per questi motivi si ringraziano infinitamente coloro che hanno partecipato alle attività inerenti l’Audit Civico con il solo obiettivo di produrre un Rapporto che, ci auguriamo, sia in grado di migliorare il Sistema Sanitario Regionale del Lazio.

Ringraziamento doveroso agli attori istituzionali che hanno reso possibile l’avvio del Progetto, in particolare alla Dott.ssa Flori Degrassi, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al Dott. Valentino Mantini e alla Dott.ssa Maria Letizia Lorenzini, Programmazione dei Servizi Territoriali e delle attività Distrettuali dell’Integrazione Sociosanitaria – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

Si ringraziano altresì tutti i Direttori delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere coinvolte (Direzioni Generali, Direzioni Sanitarie, URP) per aver contribuito in modo essenziale affinchè questa indagine prendesse forma.

Michela Liberti, dell’Agenzia di Valutazione Civica, Serena Ferraro, Lucia Caravatta e gli altri componenti della sede regionale di Cittadinanzattiva Lazio, per il loro prezioso aiuto, per i consigli, e per averci arricchiti in questo percorso con i loro punti di vista.

Si ringraziano Roberto Crea, Segretario Regionale di Cittadinanzattiva Lazio, Claudia Fellus, Coordinatrice della rete dei Tribunali dei Diritti del Malato-Cittadinanzattiva di Roma e provincia, e Silvia Guida, Responsabile del coordinamento del Progetto.

Un ringraziamento speciale ai referenti aziendali e civici:

Per la ASL RM/A:

**Claudio Caucci** referente aziendale e **Antonio Caprioli** referente civico.

Per la ASL RM/B:

**Cristina Sopranzi** referente aziendale e **Rita Gregori** referente civica.

Per la ASL RM/C:

**Mario Ronchetti** referente aziendale e **Caterina Desiderio** referente civica.

Per la ASL RM/D:

**Andrea Sciarcon** referente aziendale e **Mario Dato** referente civico.

Per la ASL RM/E:

**Alessandro Bazzoni** referente aziendale e **Maria De Roberto** referente civica.

Per la ASL RM/F:

**Rita Caputo** referente aziendale e **Carla Venturini** referente civica.

Per la ASL RM/H:

**Giuseppe De Righi e Maria Luisa Erculei** referenti aziendali e **Carmelo Spampinato e Vittorio Gallai** referenti civici.

Per la ASL di FROSINONE:

**Francesco Giorgi** referente aziendale e **Renato Galluzzi** referente civico.

Per la ASL di LATINA:

**Assunta Lombardi** referente aziendale e **Gianna Sangiorgi e Mario D'Ambrosio** referenti civici.

Per la ASL di RIETI:

**Tarquinio Desideri** referente aziendale e **Carmela Iraggi** referente civica.

Per la ASL di VITERBO:

**Daria Natalini** referente aziendale e **Carlo Mezzetti** referente civico.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO TOR VERGATA:

**Maria Rosa Loria** referente aziendale e **Alessandra Mundo** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO SANT'ANDREA:

**Cristiana Luciani** referente aziendale e **Greta Bernotti** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO UMBERTO I:

**Laura De Vito e Ersilia Rossi** referenti aziendali e **Francesco Pietrangeli** referente civico.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO GEMELLI:

**Alberto Fiore** referente aziendale e **Daniela Zanarini** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera SAN CAMILLO - FORLANINI:

**Giovanna Natalucci** referente aziendale e **Dolly Nuzzo** referente civica.

Per l' Azienda Ospedaliera SAN FILIPPO NERI:

**Laura Scaringella** referente aziendale e **Anna Radicioni e Carmine Carciopolo** referenti civici.

Per l'Azienda Ospedaliera SAN GIOVANNI:

**Franco D'Ignazio** referente aziendale e **Ludovica Falchi** referente civica.

Per l'IRCCS SPALLANZANI:

**Maria Elisa Cicchini** referente aziendale e **Teresa Corda e Patrizia Suatoni** referenti civiche.

Per l'IRCCS BAMBIN GESU':

**Stefano Guolo** referente aziendale e **Paola Bastoni e Sara Severoni** referenti civiche.

Per l'IRCCS I.F.O.:

**Giovanna D'Antonio** referente aziendale e **Giovanni Primerano e Francesco Valente** referenti civici.

**Si ringraziano anche tutti i collaboratori delle aziende coinvolte e i cittadini che all'interno delle equipe locali hanno contributo alla realizzazione dell'Audit civico.**

## **FONTI CONSULTATE**

*La valutazione delle attività delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini, Audit civico Lazio – Rapporto 2011, stampa: Tipografia s.a.s., Roma.*

## **BIBLIOGRAFIA**

Altieri, L. & Giarelli, G. & Maturo, A. (2004), “Prospettive internazionali. Partecipazione e valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino: teoria e strumenti”, in Società italiana sociologia della salute, *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, Franco Angeli, pp.187-212.

Guida, S. (2012/2013), “Pratiche lavorative e competenze relazionali: studio di caso al Tribunale per i Diritti del Malato”.

Petrangolini, T. (2007), *Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare per sopravvivere nella Sanità Italiana*, Baldini Castoldi Dalai editore.

Rappaport J. (1981), “In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention”, in *American Journal of Community Psychology*, pp. 1-25.

Rappaport J., (1984), “Studies in empowerment: Introduction to the issues”, in *Prevention in Human Services*.

## **SITOGRAFIA**

<http://www.economiaepolitica.it/index.php/politiche-fiscali-e-dibilancio/austerita-sistemi-sanitari-europei-e-diritto-all-a-salute/> (al 27.3.2014)

<http://95.110.213.190/PNEed13/> (al 9.3.2014)