



REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE ASSETTO ISTITUZIONALE,
PREVENZIONE E ASSISTENZA TERRITORIALE



LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE AZIENDE SANITARIE REALIZZATA DAI CITTADINI

AUDIT CIVICO LAZIO – RAPPORTO 2011



INDICE

Primo capitolo

AUDIT CIVICO 2011: UNA RISORSA PER LA SANITA' LAZIALE

1. Il terzo ciclo di Audit civico nel Lazio: dalla sperimentazione al consolidamento	p.4
2. Il contesto nel quale ci siamo mossi	p.5
3. Valutazione e partecipazione: continuità e innovazione del programma 2011	p.7
4. I partecipanti e il campo d'applicazione	p.8
Secondo Capitolo	
I RISULTATI DELLA VALUTAZIONE CIVICA	
1. La metodologia dell'Audit civico	p.10
1.2 La struttura di valutazione dell'Audit civico	p.11
2. Indicazioni per una corretta lettura dei risultati	p.12
3. Prima componente "Orientamento al cittadino"	p.15
3.1 Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.16
3.1.1 Livello aziendale – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.17
3.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.18
3.1.3 Livello Cure primarie, sedi di distretto – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.20
3.1.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.22
3.1.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.23
3.1.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"	p.24
3.2 Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.27
3.2.1 Livello aziendale – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.27
3.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.29
3.2.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.30
3.2.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.31
3.2.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.33
3.2.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità"	p.34
3.3. Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.35
3.3.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.36
3.3.2 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy e assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.39
3.3.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.40
3.3.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.41
3.3.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie"	p.42

3.4 Fattore “Informazione e comunicazione”	p.43
3.4.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Informazione e comunicazione”	p.43
3.4.2 Livello cure primarie, sedi di distretto - Fattore “Informazione e comunicazione”	p.46
3.4.3 Livello poliambulatorio – Fattore “Informazione e comunicazione”	p.49
3.4.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Informazione e comunicazione”	p.50
3.4.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Informazione e comunicazione”	p.52
3.5 Fattore “Comfort”	p.53
3.5.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Comfort”	p.54
3.5.2 Livello cure primarie, sede di distretto – Fattore “Comfort”	p.58
3.5.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Comfort”	p.60
3.5.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Comfort”	p.62
3.5.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Comfort”	p.63
4. Seconda componente: “Impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”	p.66
4.1 Fattore “Sicurezza dei pazienti”	p.67
4.1.1 Livello aziendale – Fattore “Sicurezza dei pazienti”	p.68
4.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Sicurezza dei pazienti”	p.69
4.2 Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.71
4.2.1 Livello aziendale – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.72
4.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.73
4.2.3 Livello cure primarie, sede di distretto – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.74
4.2.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.75
4.2.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.76
4.2.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”	p.77
4.3 Fattore “Malattie croniche e oncologia”	p.77
4.4 Fattore “Gestione del dolore”	p.79
4.4.1 Livello aziendale – Fattore “Gestione del dolore”	p.80
4.4.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Gestione del dolore”	p.82
4.5 Fattore “Prevenzione”	p.83
4.5.1 Livello aziendale – Fattore “Prevenzione”	p.84
4.5.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Prevenzione”	p.86
4.5.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Prevenzione”	p.88
4.5.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Prevenzione”	p.89
4.5.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Prevenzione”	p.90
4.5.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Prevenzione”	p.91
5. Terza componente: “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”	p.93
5.1 Fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione”	p.94
5.2 Fattore “Altre forme di partecipazione”	p.96
Terzo capitolo	
I RISULTATI DELLA POLITICA DELLA PARTECIPAZIONE CIVICA	
1. Il livello della politica istituzionale	p.98
2. Il livello aziendale	p.99
3. Il livello civico	p.101

Quarto capitolo	
CONCLUSIONI	
IL QUADRO D'INSIEME E LE PRIORITA' D'INTERVENTO	p.102
1. Il livello aziendale: priorità d'intervento e proposte	p.103
2. Il livello dell'assistenza ospedaliera: priorità d'intervento e proposte	p.105
3. Il livello delle cure primarie: priorità d'intervento e proposte	p.107
Appendice A	
DETTAGLIO DELLE STRUTTURE PER AZIENDA VALUTATA	p.111
Appendice B	
RINGRAZIAMENTI	p.121

Primo capitolo

AUDIT CIVICO 2011: UNA RISORSA PER LA SANITA' LAZIALE

1. Il terzo ciclo di Audit civico nel Lazio: dalla sperimentazione al consolidamento

Questo rapporto è dedicato alla presentazione dei risultati del terzo ciclo di Audit civico del Sistema Sanitario laziale realizzato nell'anno 2011 grazie all'impegno e alla collaborazione di cittadini e operatori aziendali che attraverso i ventidue gruppi misti di valutazione civica hanno monitorato la quasi totalità delle strutture sanitarie (vedi Tabella n. 1) che costituiscono il Sistema Sanitario laziale.

L'applicazione sistematica dell'Audit civico nella nostra Regione è il risultato dell'evoluzione e del consolidamento di una strategia politica promossa da Cittadinanzattiva e sostenuta dalla Regione Lazio che hanno scommesso sulla valorizzazione del punto di vista civico come risorsa per contribuire all'individuazione delle priorità d'intervento da un punto di vista civico per il miglioramento del servizio sanitario.

Il primo ciclo di Audit civico (2007/2008) ha visto la partecipazione di sette aziende sanitarie locali e la valutazione civica di n. 57 strutture sanitarie. Si è trattato di un'esperienza a carattere sperimentale nella quale una parte consistente del lavoro ha riguardato l'avvio di un processo culturale di trasformazione della relazione tra cittadini e aziende sanitarie locali in un'ottica di sviluppo della conoscenza reciproca, valorizzazione dei diversi punti di vista e pratica del "guardare e valutare insieme" come primo passo per la costruzione di percorsi solidi di partecipazione civica alle politiche sanitarie.

Il secondo ciclo di Audit civico (2009/2010) ha segnato il passaggio dalla sperimentazione al consolidamento a livello regionale della valutazione civica e del metodo dell'Audit civico sia per quanto concerne la quantità dei dati prodotti sia per la qualità del processo di partecipazione civica che, seppur in modi diversi, ha visto un progressivo rafforzamento. A questo secondo ciclo hanno partecipato n. 10 ASL, n. 8 AO e n. 2 IRCCS e complessivamente sono state osservate n. 111 strutture tra ospedali, sedi di distretto, poliambulatori, Centri per la Salute Mentale (CSM) e Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.).

L'Audit civico del 2011, come poi emergerà dalla lettura dei risultati presentati, oltre alla forte rappresentatività dei dati che fanno riferimento alla quasi totalità delle strutture sanitarie del nostro SSR, è sicuramente il ciclo del riconoscimento e accreditamento istituzionale della partecipazione civica come risorsa per lo sviluppo di politiche sanitarie orientate al cittadino e del metodo dell'Audit come punto di riferimento, per tutte le aziende sanitarie nell'ambito degli strumenti di valutazione delle performance e della qualità previsti a livello di atti aziendali.

2. Il contesto nel quale ci siamo mossi

Il contesto ed il momento storico entro il quale si colloca questo ciclo dell’Audit civico è complesso e pieno di incertezze.

L’empowerment, ovvero la partecipazione ed il coinvolgimento del cittadino e della comunità alla gestione della sanità, costituisce uno strumento ed al tempo stesso un fine della promozione di salute. L’organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization) attraverso la storica dichiarazione di Alma Ata nel 1978, la Carta di Ottawa nel 1986, la Dichiarazione di Jakarta nel 1988, la Carta di Bangkok nel 2005 e la Carta di Tallinn nel 2008 ha affermato senza dubbi che l’azione di comunità e l’empowerment sono pre-requisiti per la salute. Questi stessi principi hanno trovato riscontro a livello Europeo nel *“Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013”* in cui la partecipazione e l’influenza dei cittadini sui processi decisionali costituiscono i valori su cui si fonda la strategia comunitaria. A livello nazionale il tema della partecipazione ha trovato ampio riscontro nell’ultimo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012.

A livello regionale il Piano Sanitario Regionale ha confermato tutti questi principi facendo suo anche la proclamazione della Carta Europea dei diritti del malato.

Davanti a tante certezze di principio ci troviamo a fare i conti con la realtà che è quella che cerchiamo di misurare attraverso questo sistema di Audit civico e che ci segnala anche tante problematiche insieme a delle buone pratiche che andrebbero sempre più diffuse.

Dal 2007 la nostra regione ha avviato un piano di rientro dal debito sanitario come una “missione impossibile”. Il primo effetto di questo piano sono stati i circa 7.000 dipendenti usciti dal Servizio Sanitario Regionale pubblico e mai rimpiazzati a causa del blocco del turnover. Al sesto anno di questo blocco la regione Lazio prevede per il 2012 la cessazione di ulteriori 1.580 operatori per raggiunti limiti di età e con un massimo di 158 assunzioni di cui 78 avvenuti già con i decreti fin qui emanati dal Commissario ad acta.

I servizi sanitari, nonostante tutto, riescono a “tenere” 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 fin ora ad alcune disattivazioni di strutture sanitarie soprattutto nelle province, dove questi servizi erano l’unico punto di salute per intere popolazioni. Non è stato, purtroppo, rispettato il principio della contestualità sostenuto da Cittadinanzattiva attraverso la rete del Tribunale per i diritti del malato cioè “laddove si chiudono servizi si debbono creare reali alternative per i cittadini”. In alcuni casi intere popolazioni (es. Subiaco e la Valle dell’Aniene) sono rimaste senza nessuna alternativa valida di salute.

I malati cronici e i disabili di tutte le età sono tra i soggetti fragili che di più sentono la scarsità dei servizi a loro dedicati.

Non si può più immaginare un sistema che mette a disposizione un menù di servizi e prestazioni e un cittadino che ne usufruisce organizzando il “fai da te” al quale è obbligato. Abbiamo bisogno di servizi costruiti intorno alla persona e ai suoi bisogni. Per noi questa è la presa in carico: percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali completi, che accompagnano la persona, tenendo conto in maniera integrata delle sue esigenze, sia nel settore sanitario che in quello sociale.

Allora quel che serve è qualcosa che la programmazione regionale prevede e che ancora non è stato realizzato e cioè 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 realizzi al più presto l'apertura dei 2000 letti di RSA previsti nei decreti del commissario 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 si capisce quanto si può risparmiare.

Molto spesso durante la realizzazione di questo ciclo dell'Audit civico ci siamo trovati a raccogliere domande di salute che sottendevano un bisogno sociale. Per questo è urgente affrontare queste problematiche in maniera integrata. Non ha più senso programmare e redigere atti con lo spirito della *separatezza* tra il sanitario ed il sociale. O ci si avvia veramente verso una integrazione socio-sanitaria oppure il sistema crollerà.

Inoltre, quello su cui si deve puntare è lanciare una riflessione più ampia per superare alcuni difetti dei provvedimenti in via di attuazione e giungere ad una proposta nuova e condivisa non più centrata solo sul problema "posti letto".

Alcune cose da fare appaiono infatti chiare e molto probabilmente condivise da più parti:

- **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 è 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, a contenuto meno sanitario e costi ridotti;
- **Rafforzare il ruolo di programmazione della Regione**, lasciando alle ASL la responsabilità di garantire le prestazioni ai propri assistiti, attraverso accordi di fornitura con i soggetti erogatori che potranno essere pubblici e privati. Tutti gli erogatori però dovranno sottostare, a garanzia della qualità del servizio che i cittadini ricevono, al rispetto di standard strutturali ed organizzativi e sottoporsi a rigorose verifiche di efficienza, qualità e appropriatezza;
- **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. Per esempio, il programma di prevenzione cardiovascolare realizzato nella ASL RM E ha ottenuto un grande successo tra i cittadini che vi hanno aderito.

- **I MMG ed i pediatri di famiglia insieme agli infermieri ed altri professionisti dovranno costituire il fulcro dell'assistenza sul territorio**, 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.

3. Valutazione e partecipazione: continuità e innovazione del programma 2011

Attraverso l'applicazione dell'Audit civico nel 2011 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 a quelle che per i cittadini rappresentano delle priorità 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 e alla promozione del coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali. In questo senso uno degli obiettivi principali del programma è stato proprio la **valutazione civica del SSR** finalizzata all'individuazione dei punti di forza, debolezza e delle priorità civiche d'intervento attraverso l'applicazione della struttura di valutazione e la metodologia dell'Audit civico alle ventidue strutture sanitarie aziendali che hanno aderito al programma.

In questi anni di applicazione sistematica dell'Audit civico, la dimensione della partecipazione civica alle politiche sanitarie è risultata, sempre, come l'anello debole del sistema e pertanto si è scelto di affrontare questa criticità inserendo nel programma 2011 la proposta alle aziende sanitarie di realizzare un percorso aziendale per **l'istituzione di un tavolo misto permanente della partecipazione**. L'intento è favorire in ogni azienda la costruzione di uno spazio permanente di incontro costruttivo tra il punto di vista aziendale e quello delle associazioni civiche, di volontariato e di promozione sociale che collaborano con le singole aziende attorno a delle aree tematiche strategiche per lo sviluppo della partecipazione civica alle politiche aziendali sanitarie di particolare rilevanza per i cittadini.

Il tavolo misto permanente della partecipazione si connota come strumento di politica civica, animato dall'interesse generale del miglioramento della qualità e dell'organizzazione dei servizi sanitari. La finalità di quest'iniziativa è: favorire la partecipazione civica allo sviluppo di politiche aziendali orientate al cittadino attraverso una valutazione civica delle performance aziendali e l'individuazione di priorità d'intervento.

La sfida di questo nuovo istituto di partecipazione è riuscire a connettere punti di vista ed interessi diversi per contribuire a rispondere in maniera più efficace all'esigenza di garantire un'adeguata tutela della salute pubblica.

Rimandando al capitolo sui risultati della partecipazione civica per un approfondimento, qui ci sembra importante anticipare che grazie anche all'azione dell'Assessorato alla Sanità regionale che ha attivamente promosso e sostenuto l'iniziativa oggi il tavolo misto permanente della partecipazione è un istituto di partecipazione civica aziendale formalmente riconosciuto e accreditato a livello regionale.

4. I partecipanti e il campo di applicazione

Il campo di applicazione del ciclo Audit 2011 rappresenta il primo punto di forza del programma in quanto con le sue **22 strutture sanitarie** corrisponde sostanzialmente all'insieme reale delle strutture che costituiscono il Sistema Sanitario Laziale. Complessivamente hanno aderito al programma: n. 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL), n. 7 Aziende Ospedaliere e n. 3 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). I dati raccolti attraverso l'Audit civico, come mostra nel dettaglio la tabella che segue, riguardano n. 29 presidi ospedalieri, n. 24 sedi di distretto, n. 47 poliambulatori, n. 18 Centri per la Salute Mentale (CSM) e n. 14 Servizi territoriali per le Tossicodipendenze (Ser.T.), per un **totale di n. 132 strutture monitorate**.

Rispetto allo scorso anno è decisamente aumentata la quantità delle sedi di distretto osservate (da 18 a 24) e dei poliambulatori (da 34 a 47).

Quadro di sintesi strutture sanitarie monitorate Audit civico Lazio 2011					
ASL/ AO/IRCCS	Presidi Ospedalieri	Distretti	Poliambulatori	CSM	Ser.T.
ASL RM A	1	1	3	1	
ASL RM/B	1	2	6		
ASL RM/C	2	2	4	1	1
ASL RM/D	1	1	4	1	1
ASL RM/E	3	4	5		3
ASL RM/F	1	4	8	5	3
ASL RM/G	1	1	1	2	1
ASL RM/H	3	3	3	3	1
ASL LATINA	1	2	5	2	
ASL RIETI	1	1	1	1	1
ASL VITERBO	2	2	6	2	2
ASL FROSINONE	1	1	1		1
AO POLICLINICO TOR VERGATA	1				
AO SANT'ANDREA	1				
AO SAN CAMILLO	2				
IRCCS SPALLANZANI	1				
AO SAN FILIPPO NERI	1				
AO POLICLINICO UMBERTO I	1				
AO POLICLINICO GEMELLI	1				
IRCCS BAMBIN GESU'	1				
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	1				
IRCCS IFO	1				
Totali	29	24	47	18	14

Tabella n. 1 - Quadro di sintesi delle strutture sanitarie laziali monitorate attraverso l'Audit civico 2011.

Il programma è stato realizzato grazie al lavoro dei n. 22 gruppi misti composti da cittadini e rappresentanti aziendali che a livello locale oltre a curare tutta la fase di ricerca quantitativa che caratterizza l'applicazione degli strumenti dell'Audit civico si sono resi protagonisti di un percorso politico di confronto e condivisione ai vari livelli che, come vedremo più avanti, ha contribuito in maniera significativa al consolidamento della valutazione civica come forma di partecipazione civica allo sviluppo delle politiche aziendali.

In appendice A si riporta il dettaglio delle strutture monitorate per ogni azienda mentre, nell'appendice B si trova l'elenco delle persone che in qualità di referenti civici ed aziendali hanno garantito con il loro impegno e la loro costanza il raggiungimento degli obiettivi di programma.

I RISULTATI DELLA VALUTAZIONE CIVICA

1. La metodologia dell’Audit civico

L’Audit civico è una forma di valutazione civica promossa dai cittadini che consente di fornire un’analisi critica e sistematica dell’azione delle aziende sanitarie da un punto di vista civico attraverso un processo centrato sulla partnership tra cittadinanza attiva e le istituzioni di riferimento.

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 sul piano delle politiche del punto di vista civico.

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 il processo di empowerment civico e organizzativo.

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

I principali temi della valutazione realizzata con l’Audit civico riguardano:

- l’orientamento al cittadino nell’organizzazione e nella gestione dei servizi;
- la priorità data alla prevenzione dei rischi, alla riduzione del dolore e al sostegno dei malati cronici ed oncologici;
- il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini nella definizione e nella valutazione delle politiche aziendali.

I dati e le informazioni sono rilevati sul campo da equipe miste di cittadini e operatori attraverso: il monitoraggio delle strutture e dei servizi mediante l’uso di griglie d’osservazione, la consultazione di atti e provvedimenti aziendali e la somministrazione di questionari alla direzione aziendale e alle direzioni sanitarie relative alle strutture dell’assistenza ospedaliera e dell’assistenza territoriale.

1.2 La struttura di valutazione¹ dell’Audit civico

La struttura di valutazione dell’Audit civico è un sistema articolato in n. 3 componenti standard a livello nazionale più un’eventuale quarta componente definita a livello delle singole regioni. Ogni **componente** rappresenta una macro area di valutazione, articolata in **fattori di valutazione** che a loro volta sono costituiti da gruppi di **indicatori**.

I fattori di valutazione sono definiti (in conformità con il DPCM del 19/5/95 sulla Carta dei servizi sanitari) come gli aspetti che caratterizzano il rapporto dei cittadini con i servizi² secondo lo schema seguente:

Prima componente - Orientamento al cittadino:

1. Accesso alle prestazioni;
2. Tutela dei diritti;
3. Personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenzi e alle loro famiglie;
4. Informazione, logistica e sanitaria, comunicazione ed educazione;
5. Comfort – prestazioni alberghiere.

Seconda componente - Impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario:

6. Sicurezza dei pazienti;
7. Sicurezza delle strutture e degli impianti;
8. Malattie croniche e oncologia;
9. Gestione del dolore;
10. Prevenzione.

Terza componente - Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

11. Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione;
12. Altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

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 buone prassi e di tutela dei diritti dei cittadini. Tutti gli indicatori che contribuiscono alla determinazione degli IAS sono associati ad uno **standard riconosciuto**³. Accanto a questo tipo di indicatori, l’Audit consente la rilevazione anche di indicatori che, pur non essendo associati a standard riconosciuti, risultano particolarmente utili per la formulazione dei giudizi.

La struttura di valutazione dell’Audit civico prevede **tre livelli di applicazione** che corrispondono ai differenti ambiti del Servizio Sanitario nei quali è fatta la rilevazione; i livelli considerati sono:

¹ La struttura di valutazione dell’Audit civico fa riferimento all’ultima versione aggiornata al 2008 sulla base dell’esperienza maturata nei cicli precedenti dal gruppo di lavoro dell’Audit civico di Cittadinanzattiva guidato da Alessandro La Manna in collaborazione con un gruppo tecnico. Tale aggiornamento è stato validato da un comitato paritetico nel quale era presente una rappresentanza del Ministero della Salute e la consulenza di Piera Poletti.

² Ministero della sanità “Come definire e utilizzare gli standard di qualità”. Quaderni della Carta dei servizi sanitari – 1996.

³ Le fonti per il riconoscimento degli sono le raccomandazioni delle istituzioni internazionali, le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte della qualità dei Servizi, la Carta dei diritti del Malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

- Livello aziendale (L1).
- Livello dell'assistenza ospedaliera (L2).
- Livello delle cure primarie articolato in:
 - Livello assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari - L3a).
 - Livello assistenza specialistica territoriale (poliambulatori – L3b).
 - Livello assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM – L3c e Ser-T L3d).

2. Indicazioni per una corretta lettura dei risultati

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. "Accesso alle prestazioni") e al livello considerato (Es. "Assistenza ospedaliera"), rispetta gli standard di riferimento.

A livello di ogni singola azienda considerata, questo tipo di valutazione consente di avere una sorta di "fotografia" relativamente alle strutture monitorate, in grado di mettere in evidenza gli aspetti di eccellenza e di non conformità relativamente agli standard, ossia quegli indicatori che ottengono un IAS pari a 0.

Attraverso questo nuovo ciclo di Audit civico, le aziende hanno inoltre realizzato un monitoraggio strutturato rispetto all'anno 2010 su un gruppo ristretto di strutture finalizzato a cogliere se e quali cambiamenti sono avvenuti a livello di assistenza ospedaliera per le aziende ospedaliere e IRCCS e di servizi territoriali per le ASL. I risultati di questo lavoro costituiscono parte integrante dei Rapporti locali elaborati dalle singole equipe e per ovvi motivi di sintesi non saranno oggetto di questo rapporto.

A livello regionale invece, quelli che presenteremo dettagliatamente nelle prossime pagine sono i risultati di benchmarking, ossia il confronto degli IAS ottenuti dalle n. 22 aziende che hanno aderito al programma. Per ogni componente prevista dall'Audit civico quindi, sarà presentato, relativamente ad ogni livello di analisi, il confronto tra gli IAS ottenuti dalle varie aziende rispetto ai singoli fattori di valutazione. Questo tipo di analisi è particolarmente funzionale a mettere in evidenza le differenze di performance tra le aziende e complessivamente il grado di variabilità tra le stesse. Per una corretta lettura dei risultati del benchmarking è fondamentale tener presente che, i valori degli IAS fanno riferimento esclusivamente alle strutture osservate riportate nell'Appendice A.

Quest'anno, la presentazione dei risultati di benchmarking è arricchita da una lettura critica per ogni componente del confronto tra i risultati attuali e quelli del ciclo 2010 relativamente all'andamento medio dei fattori.

Tale confronto consente di mettere in evidenza quelle che sono le tendenze di miglioramento/peggioramento a livello regionale, con la scelta di fare un focus limitatamente al livello aziendale i cui risultati sono direttamente sovrapponibili a quelli del ciclo 2010.

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:

GIUDIZIO	CLASSI DI PUNTEGGIO IAS
OTTIMO	IAS 100-81
BUONO	IAS 80-61
DISCRETO	IAS 60-41
SCADENTE	IAS 40-21
PESSIMO	IAS 20-0
PUNTI DI FORZA	IAS>=80
PUNTI DI DEBOLEZZA	IAS<=50
ECCELLENZA	IAS=100

Tabella n. 2 - Tabella di 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 alle **132 strutture** considerate sia che si tratta di valori medi che risentono del peso dei differenti fattori e che pertanto, la loro lettura non può prescindere da una loro contestualizzazione sul piano locale. Tale analisi critica e contestualizzata dei risultati grezzi è parte integrante del documento finale detto “Rapporto locale” prodotto da ogni equipe a conclusione del ciclo di Audit.

PRIMA COMPONENTE

INSERIRE FILE PDF PRIMA COMPONENTE

3. Prima componente “Orientamento al cittadino”

I cinque fattori di valutazione che confluiscano nella prima componente forniscono un quadro del livello medio di adeguamento agli standard delle aziende relativamente ad alcuni aspetti che da un punto di vista civico risultano strategici per un’organizzazione dei servizi sanitari concretamente orientata al cittadino. Nella tabella n. 4 sono riportati i valori medi degli IAS dei singoli fattori per i relativi livelli di analisi.

Legenda	Classi di giudizio punteggio IAS
L1=Livello aziendale	IAS 100-81 = OTTIMO
L2=Livello assistenza ospedaliera	IAS 80-61 = BUONO
L3a=Livello sedi di distretto	IAS 60-41 = DISCRETO
L3b=Livello poliambulatorio	IAS 40-21 = SCADENTE
L3c=Livello CSM	IAS 20-0 = PESSIMO
L3d=Livello Ser.T.	IAS >=80 PUNTI DI FORZA
	IAS <=50 PUNTI DI DEBOLEZZA
	IAS=100 ECCELLENTE

Tabella n. 3 - Tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi.

Prima componente: Orientamento al cittadino IAS MEDIO CICLO 2011 = 68							
Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c	L3d	
1.1 Accesso alle prestazioni sanitarie	75	85	65	84	88	82	
1.2 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	78	69	38	43	45	38	
1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie	=	64	38	90	75	80	
1.4 Informazione e comunicazione	=	64	50	48	49	54	
1.5 Comfort	=	68	67	61	51	49	

Tabella n. 4 - Prima componente “Orientamento al cittadino”, IAS medi dei fattori di valutazione.

Complessivamente in termini di IAS medio la prima componente ottiene un punteggio buono (IAS medio=68) che la colloca in una posizione intermedia tra le altre due.

Osservando l’andamento medio dei fattori di valutazione sostanzialmente si conferma la tendenza dello scorso ciclo, ossia l’Accesso alle prestazioni sanitarie, con un IAS medio pari a 81 rappresenta mediamente un punto di forza a carattere regionale, mentre l’informazione e la comunicazione al cittadino, con un IAS medio di 61 resta il punto debole della componente.

Rispetto al ciclo precedente (Audit 2010), considerando il confronto tra l’andamento della distribuzione media dei fattori di valutazione della componente, descritto dal grafico n. 1, si può notare una tendenza generale di miglioramento dei punteggi medi, particolarmente significativa per il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”.

A livello aziendale, dove il fattore registra un aumento medio del punteggio più consistente (da 69 IAS 2010 a 75 IAS 2011), un primo dato positivo da segnalare è il dimezzamento delle aziende con IAS medio critico per il fattore (IAS<=50).

A tal proposito si segnala un netto miglioramento della ASL RM F (da 40 IAS 2010 a 90 IAS 2011), IRCCS Spallanzani e AO Policlinico Tor Vergata (da 50 IAS 2010 a 90 IAS 2011), AO Policlinico Umberto I (da 50 IAS 2010 a 70 IAS 2011). Per quanto riguarda l’AO San Camillo Forlanini invece, si registra un peggioramento (da 70 IAS 2010 a 50 IAS 2011.)

Un elemento che influisce sul miglioramento medio del fattore è l’aumento delle aziende dotate di “Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d’organi”.

Comparazione 2011-2010 Distribuzione dei fattori - Prima Componente

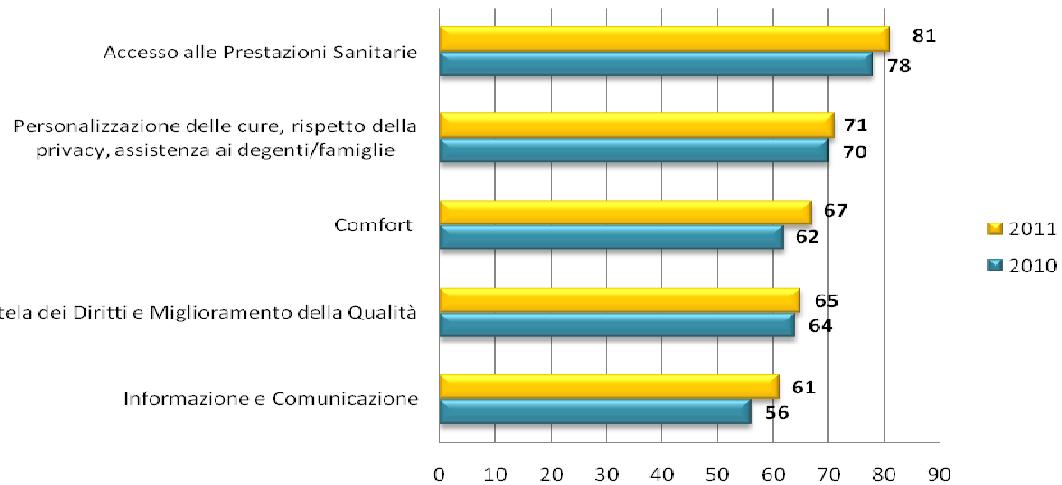


Fig. 1 - Comparazione dell'andamento della distribuzione dei fattori della prima componente 2011-2010.

Pur registrando un leggero miglioramento (da 11 IAS 2010 a 33 IAS 2011) l'aggiornamento dei siti web aziendali negli ultimi 30 gg relativamente ai tempi d'attesa per le principali prestazioni erogate si conferma un punto debole del fattore a livello aziendale.

I prossimi paragrafi sono dedicati alla presentazione dei risultati del benchmarking dei risultati ottenuti dalle 22 aziende che hanno partecipato all'Audit civico 2011. 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.

Ricordiamo che i dati e i relativi commenti fanno riferimento esclusivamente alle strutture che costituiscono il campo d'applicazione dell'Audit civico e, agli aspetti rilevati dagli indicatori di riferimento per ogni fattore di valutazione.

3.1 Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

L'accesso alle prestazioni sanitarie, come anticipato sopra, con un IAS medio pari a 81 si conferma come il punto di forza del Sistema Sanitario Regionale, mediamente, come mostra la tabella n. , per i cinque livelli di analisi considerati ottiene punteggi che variano dall'ottimo al buono.

3.1.1 Livello aziendale – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

BUONO (IAS medio del fattore=75)

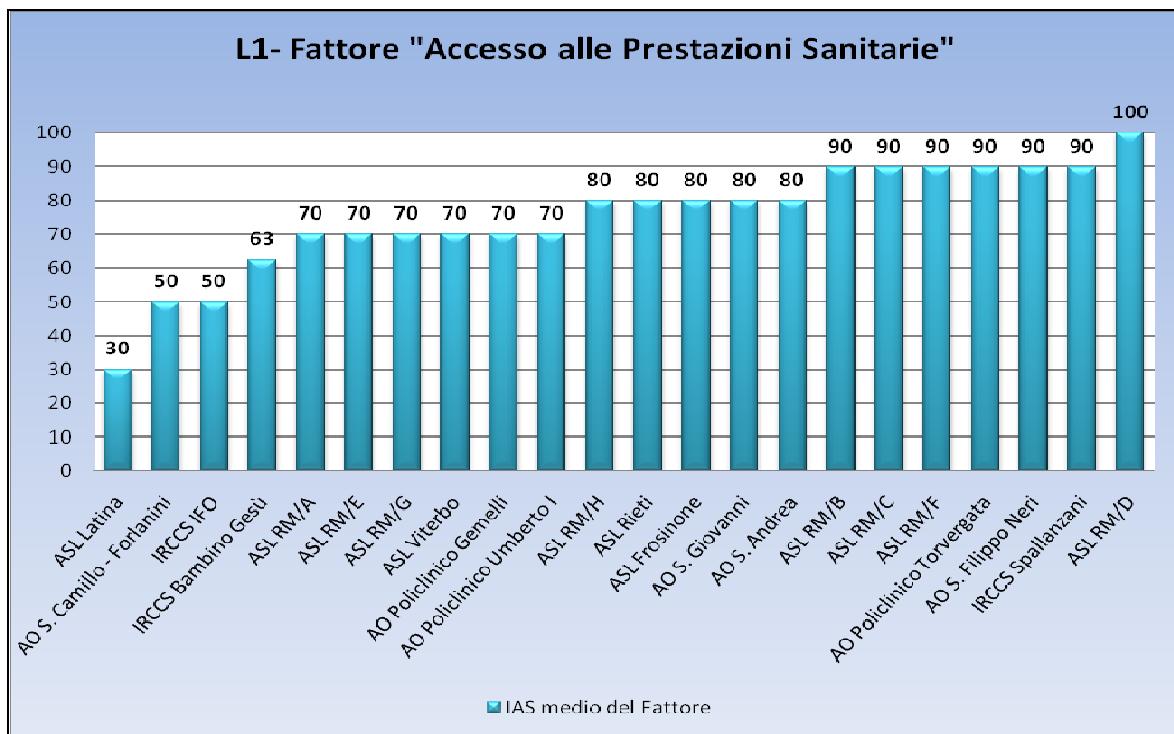


Fig. 2 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello aziendale, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 1	
(L1)	Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d’organi
(L1)	Numero telefonico aziendale per l’informazione al pubblico
(L1)	Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione
(L1)	Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg.)
(L1)	Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)

Commento:

A livello aziendale il fattore pur ottenendo un punteggio buono, solo in un caso raggiunge pienamente lo standard e in tre casi gli IAS aziendali variano tra il discreto e lo scadente.

I punti di forza (IAS>=81)

- Tutte le aziende rispettano lo standard relativo alla presenza dell’Ufficio di Relazione con il Pubblico (IAS=100).

- In 20 casi su 22 le aziende sono dotate di un sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi, orari, modalità di prenotazione.
- In 19 casi su 22 sono presenti dei punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi. Per questo indicatore c'è stato un netto miglioramento rispetto al 2010.

L'aspetto da migliorare (IAS=32)

E' sicuramente l'aggiornamento, almeno mensile, dei siti web aziendali, in particolare rispetto ai tempi di attesa delle principali prestazioni erogate. Ben la metà delle aziende considerate non rispetta lo standard per quest'indicatore (IAS=0)⁴. Chiaramente ciò ha una ricaduta diretta sui cittadini che di fatto non possono fare pieno affidamento su questo tipo d'informazioni fornite via web.

3.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

OTTIMO (IAS medio del fattore=85)

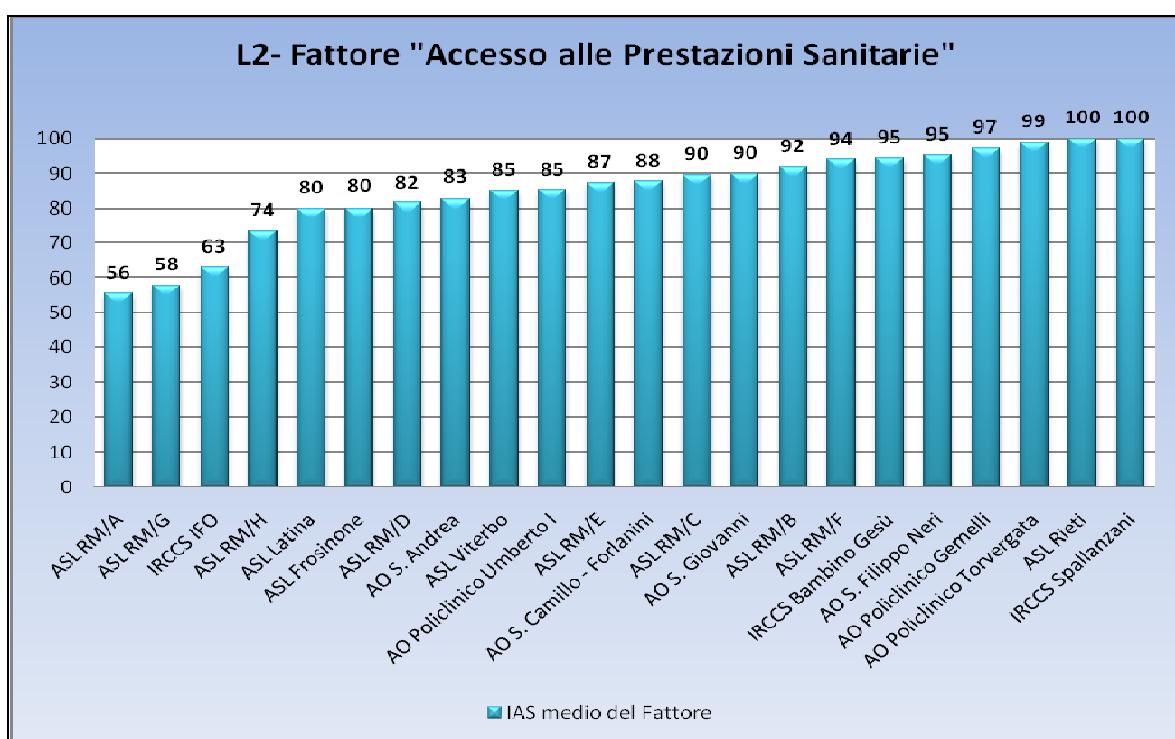


Fig. 3 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 2

(L2) Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano
(L2) Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero
(L2) Agenda dei Ricoveri programmati presso la Direzione Sanitaria o le Unità Operative, consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti

⁴ Le aziende di riferimento sono: ASL RM A, E, G, H, Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone; le AO San Giovanni, Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I.

(L2) Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
(L2) Sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file
(L2) Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)
(L2) Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso
(L2) Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso
(L2) Assenza di barriere architettoniche per l'accesso nei seguenti locali: CUP, dialisi, pronto soccorso, poliambulatorio (aggregazione rilevante di poliambulatori), palestra di riabilitazione, URP, laboratorio analisi, radiologia, sede direzione aziendale (se presente nel complesso dell'ospedale)
(L2) Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale

Commento:

L'accesso alle prestazioni sanitarie, per i 29 presidi ospedalieri considerati, mediamente rappresenta un punto di forza e ha un andamento omogeneo. Il San Camillo De Lellis della ASL di Rieti e l'IRCCS Spallanzani raggiungono l'eccellenza (IAS=100) mentre discreti sono i risultati per il presidio odontoiatrico G. Easteman (IAS=56) della ASL RM A e il presidio ospedaliero di Colleferro (IAS=58) della ASL RM G.

Un elemento di eccellenza (IAS=100)

E' la presenza in tutti i presidi ospedalieri considerati di un'area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa al Pronto Soccorso.

Gli aspetti da migliorare

Nonostante l'ottimo valore medio ottenuto dall'indicatore relativo all'assenza di barriere architettoniche per l'accesso nei seguenti locali: CUP, dialisi, pronto soccorso, poliambulatorio (aggregazione rilevante di poliambulatori), palestra di riabilitazione, URP, laboratorio analisi, radiologia, sede direzione aziendale (se presente nel complesso dell'ospedale) (IAS medio=90) in ben n.8 presidi ospedalieri⁵ sono presenti barriere architettoniche in almeno uno dei locali considerati dall'indicatore.

La presenza di una procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano è un indicatore per il quale n.11 presidi⁶ su 29 non raggiungono lo standard.

⁵ Per il dettaglio dei presidi ospedalieri vedi tabella pag.

⁶ I presidi ospedalieri di riferimento sono: Policlinico Umberto I, San Giovanni Addolorato, F. Spaziani (ASL FROSINONE), Santa Maria Goretti (ASL LATINA) , De Santis di Genzano, L. Spolverini di Ariccia, San Giuseppe di Albano laziale (ASL RM H), Presidio Ospedaliero di Colleferro (ASL RM G), Oftalmico (RM E), G. B. Grassi (RM D), G. Easteman (RM A).

3.1.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

BUONO (IAS MEDIO FEL FATTORE=65)



Fig. 4 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

I dati del benchmarking relativi al livello delle cure primarie nelle sue articolazioni riguardano solo le ASL poiché l'assistenza sanitaria territoriale è esclusivamente di loro competenza.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 3a	
(L3a)	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
(L3a)	Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri
(L3a)	Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale
(L3a)	Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri
(L3a)	Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale
(L3a)	Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria
(L3a)	Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale
(L3a)	Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto
(L3a)	Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
(L3a)	Tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche
(L3a)	Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto

(L3a) Barriere architettoniche nella sede di distretto
(L3a) Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede di distretto)
(L3a) Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file

Commento:

I dati provenienti dalle n. 24 sedi di distretto considerate, nonostante un IAS medio buono pari a 65, indicano come questo livello dell'assistenza costituisce per il fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie" l'area di maggiore debolezza. Rispetto agli elementi valutati nessuna ASL rispetta pienamente gli standard e si nota una certa variabilità tra le aziende. Su un totale di n.12 aziende in due casi l'IAS medio è ottimo, in sei casi mediamente le aziende ottengono un punteggio buono, mentre in quattro casi la performance è decisamente discreta.

Punti di forza

- In tutte le n. 24 sedi di distretto considerate è attivo il servizio di assistenza domiciliare integrata (IAS medio dell'indicatore=100).
- Mediamente i tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche sono prossimi allo standard (IAS medio dell'indicatore=98).
- Nella quasi totalità delle sedi di distretto osservate gli sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici sono dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file (IAS medio dell'indicatore=90).

Punti di debolezza

- Pochi sono i medici di medicina generale (IAS medio=34) e i pediatri di libera scelta (IAS medio=24) collegati telematicamente al CUP.
- Basso è il numero degli ambulatori di medicina generale (IAS medio=25) e dei pediatri di libera scelta (IAS medio=22) che hanno un orario di apertura settimanale di oltre 20 ore.
- Nelle sedi di distretto considerate mediamente l'applicazione della medicina di gruppo da parte dei medici di medicina generale è una pratica poco diffusa (IAS medio dell'indicatore=47).
- Sulle n.24 sedi di distretto considerate in quattro casi⁷ è stata osservata la presenza di barriere architettoniche. Dato l'impatto in termini di accessibilità per i cittadini è importante sollecitare un adeguamento di queste situazioni, poiché in questo caso il raggiungimento dello standard non è espressione di eccellenza bensì di normalità.

⁷ Si tratta delle sedi dei distretti n.17 e 18 della ASL RM E, del n.2 del Municipio 7 della ASL RM B.

3.1.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

OTTIMO (IAS medio del fattore=84)

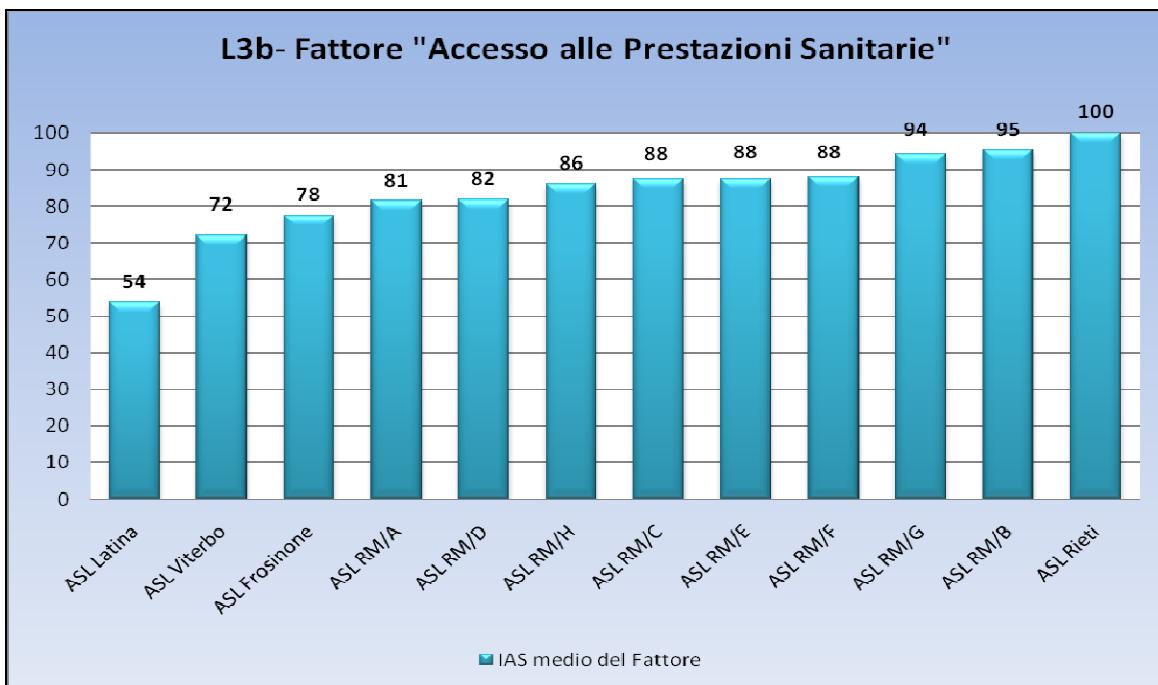


Fig. 5 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 3b

- (L3b) Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio
- (L3b) Linee di mezzi pubblici che si recano presso il poliambulatorio
- (L3b) Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio
- (L3b) Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)
- (L3b) Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file
- (L3b) Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)

Commento:

Nei n. 47 poliambulatori considerati l’accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta sicuramente un punto di forza e mostra un andamento omogeneo tra le aziende con le uniche eccezioni della ASL di Rieti che raggiunge pienamente tutti gli standard previsti e della ASL di Latina che invece ottiene un punteggio medio discreto.

I punti da migliorare

- Diffusione nei poliambulatori di punti di riscossione dei ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) – IAS medio dell'indicatore=58.
- In n. 6 casi su 47 è stata rilevata la presenza di barriere architettoniche, per il dettaglio vedi tab n. 5.

3.1.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

OTTIMO (IAS medio del fattore=88)

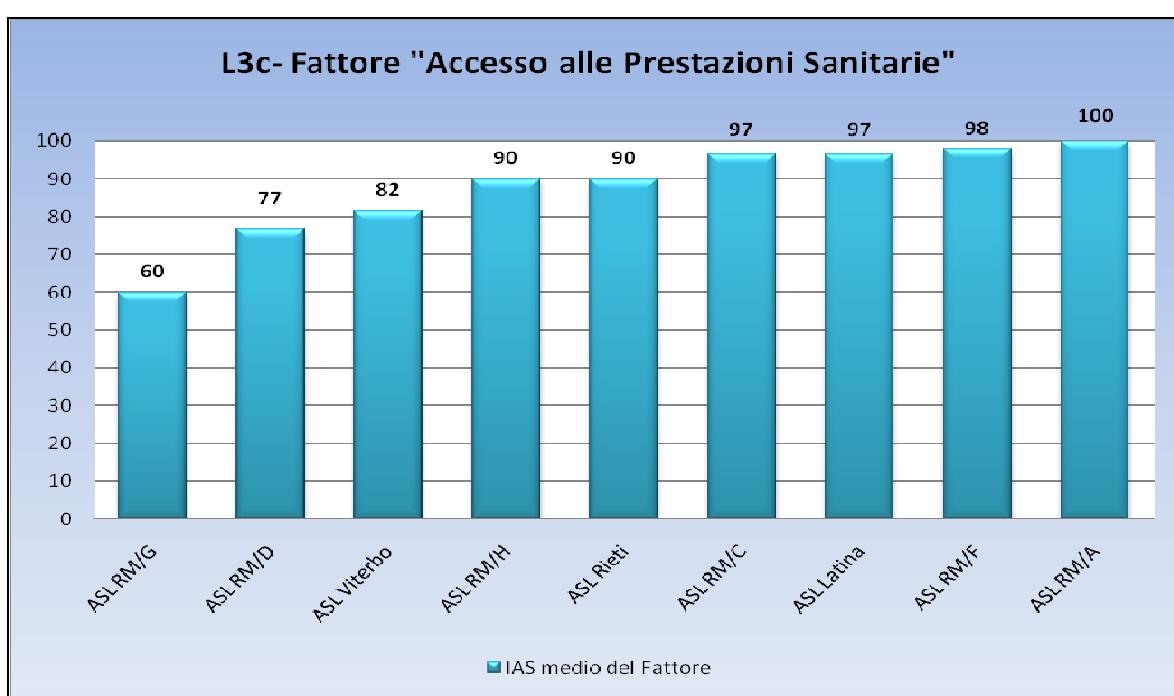


Fig. 6 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello cure primarie, CSM, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 3c	
(L3c)	Numero ore al giorno di apertura del servizio
(L3c)	Numero giorni di apertura settimanale
(L3c)	Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)
(L3c)	Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta
(L3c)	Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale
(L3c)	Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura
(L3c)	Strutture residenziali collegate
(L3c)	Strutture diurne collegate
(L3c)	Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
(L3c)	Barriere architettoniche nella struttura

Commento:

Relativamente ai n. 18 CSM osservati, l'accesso alle prestazioni sanitarie, con un IAS medio pari ad 88, risulta ottimo per gli elementi valutati. Sostanzialmente non ci sono grandi variazioni tra le aziende ad eccezione della ASL RM A che raggiunge il rispetto pieno di tutti gli standard (IAS=100) e la ASL RM G che invece ottiene un IAS discreto.

Standard pienamente rispettati

Su un totale di n. 10 indicatori quattro ottengono un IAS medio pari a 100. Più specificatamente gli utenti di tutti i CSM considerati hanno la possibilità di :

- Ottenere un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta.
- Fruire di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura.
- Beneficiare di un'organizzazione che prevede la differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale.
- Usufruire di strutture diurne collegate al CSM.

Una lettura critica di questo risultato non può trascurare che si tratta di "possibilità previste" che nella realtà purtroppo non sempre si realizzano pienamente. L'area della salute mentale risente in modo particolare della mancanza di una politica regionale d'investimento in termini di risorse che di fatto incide negativamente sull'efficienza dei servizi stessi rispetto alla capacità effettiva di accogliere la domanda.

Il persistere di barriere architettoniche in n. 5 CSM sui 18 osservati è l'elemento prioritario sul quale è necessario attuare degli interventi di adeguamento.

3.1.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie”

OTTIMO (IAS medio del fattore=82)

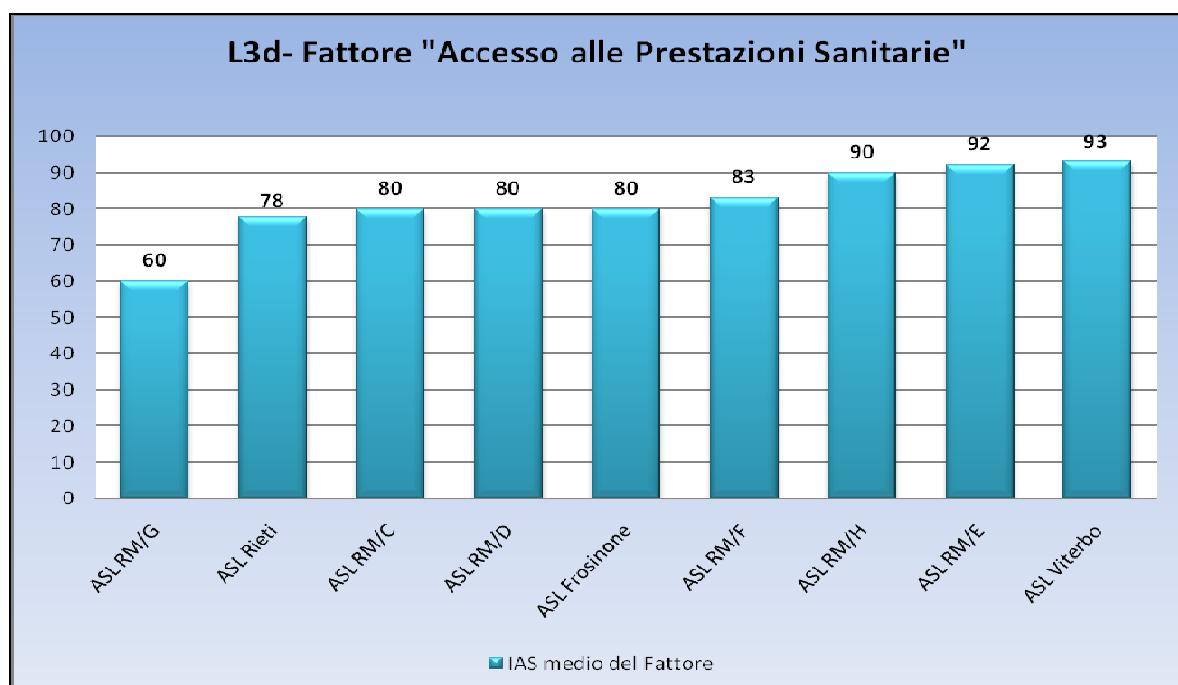


Fig. 7 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” – Livello cure primarie, Ser.T., prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE" Livello 3d	
(L3d)	Numero ore al giorno di apertura del servizio
(L3d)	Numero giorni di apertura settimanale
(L3d)	Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)
(L3d)	Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta
(L3d)	Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale
(L3d)	Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura
(L3d)	Comunità terapeutiche collegate
(L3d)	Strutture diurne collegate
(L3d)	Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
(L3d)	Barriere architettoniche nella struttura

Commento:

Dal confronto dei dati provenienti dai n. 14 Ser.T. osservati emerge un ottimo indice medio di adeguamento agli standard considerati con punteggi che variano tra 100 (ASL RM A) e 60 (ASL RM G).

Standard pienamente rispettati

Su un totale di n. 10 indicatori la metà ottiene un IAS medio=100:

- Numero giorni di apertura settimanale.
- Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.).
- Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta.
- Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura.
- Comunità terapeutiche collegate.

Gli aspetti da migliorare

- Numero ore al giorno di apertura del servizio⁸ (IAS medio dell'indicatore=24).
- Collegamento dei Ser.T. con strutture diurne (IAS medio dell'indicatore=67).
- In n. 4 Ser.T. sui 14 considerati è stata riscontrata la presenza di barriere architettoniche.

LE BARRIERE ARCHITETTONICHE ESISTONO ANCORA!

Nell'ambito di un rapporto come questo che è espressione, non solo di un lavoro di valutazione civica sistematica del Sistema Sanitario Regionale ma è testimone di un processo, ormai triennale, di confronto e di contributo civico all'individuazione delle priorità d'intervento alle quali dovrebbero richiamarsi le aziende sanitarie e la politica regionale in materia, la presenza di barriere architettoniche pur non rappresentando una criticità a livello regionale resta in alcuni casi un aspetto ancora da migliorare per alcune strutture!

⁸ Per quest'indicatore lo standard di riferimento è un monte ore giornaliero \geq a 12 h. In alcuni casi nel corso della raccolta dei dati è emerso che il mancato adeguamento agli standard in parte è riconducibile anche alla regolamentazione regionale che di fatto indica standard più bassi rispetto a quelli nazionali. Chiaramente da un punto di vista civico, data la peculiarità del servizio Ser.T. sarebbe auspicabile un adeguamento agli standard nazionali.

Al di là della semplice constatazione che tutte le situazioni sotto indicate di fatto si trovano in una situazione di “non conformità” rispetto alla normativa vigente⁹, qui vogliamo richiamare l’attenzione sul peso specifico di questo dato dal punto di vista civico. Cittadinanzattiva, come movimento di partecipazione civica è da sempre impegnata per l’abbattimento delle barriere architettoniche e il persistere di questa criticità ci sembra un’assurdità.

La presenza di barriere architettoniche, anche in una singola struttura sanitaria pubblica, oltre ad impedire materialmente l’accesso a quella struttura ai cittadini che non sono in condizioni di superarla autonomamente, negando loro un diritto fondamentale, è sintomo di una *mancanza di orientamento concreto al cittadino*; è in questo senso che una lettura critica dei dati del benchmarking non poteva prescindere dal richiamare l’attenzione su questo punto anche se mediamente il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” ottiene un punteggio ottimo (IAS=81).

DETALLO DELLA PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE					
AZIENDA	OSPEDALI ¹⁰	SEDI DI DISTRETTO ¹¹	POLIAMBULATORI ¹²	CSM ¹³	SER.T. ¹⁴
ASL RM A	P.O. G. Easteman				
ASL RM B	P.O Policlinico Casilino	Distretto n. 2 del Municipio 7	Piazza dei Mirti		
ASL RM C	CTO Alesini PO Sant’Eugenio				
ASL RM D	PO G. B. Grassi			Via delle Sirene – Ostia	Via Tegaste
ASL RM E		Distretto n. 17 Distretto. n. 18	Tenente Eula		
ASL RM F	PO San Paolo di Civitavecchia				Civitavecchia
ASL RM G	PO di Colleferro			Subiaco Palestrina	Palestrina
ASL			Borgo Sabotino		

⁹ Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503, Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici.

¹⁰ I presidi ospedalieri indicati non raggiungono pienamente lo standard per l’indicatore: “Assenza di barriere architettoniche per l’accesso nei seguenti locali: CUP, dialisi, pronto soccorso, poliambulatorio (aggregazione rilevante di poliambulatori), palestra di riabilitazione, URP, laboratorio analisi, radiologia, sede direzione aziendale (se presente nel complesso dell’ospedale)”.

¹¹ Le sedi di distretto indicate non raggiungono lo standard per l’indicatore: “Barriere architettoniche nella sede di distretto”.

¹² I poliambulatori indicati non raggiungono lo standard per l’indicatore “Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio”.

¹³ I CSM indicati non raggiungono lo standard per l’indicatore “Barriere architettoniche nella struttura”.

¹⁴ I Ser.T. indicati non raggiungono lo standard per l’indicatore “Barriere architettoniche nella struttura”.

Latina					
ASL Viterbo	PO Belcolle		Via Gramsci – Orte Via Innocenzo III – Soriano nel Cimino Via Rivellino - Tuscania	Via B. Croce – Tarquinia	
ASL Rieti				Via Salaria per l'Aquila – Rieti	Via Salaria per l'Aquila - Rieti

Tab. 5 - Dettaglio delle strutture che presentano barriere architettoniche – Fonte Audit civico 2011 Cittadinanzattiva Lazio.

3.2 Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

Il fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” è rilevato su tutti i livelli di analisi dell’Audit civico ed ottiene i risultati migliori a livello aziendale (IAS=78) e peggiori a livello dell’assistenza territoriale (IAS sede di distretto e IAS Ser.T. sono pari a 38).

3.2.1 Livello aziendale – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

BUONO (IAS medio del fattore=78)

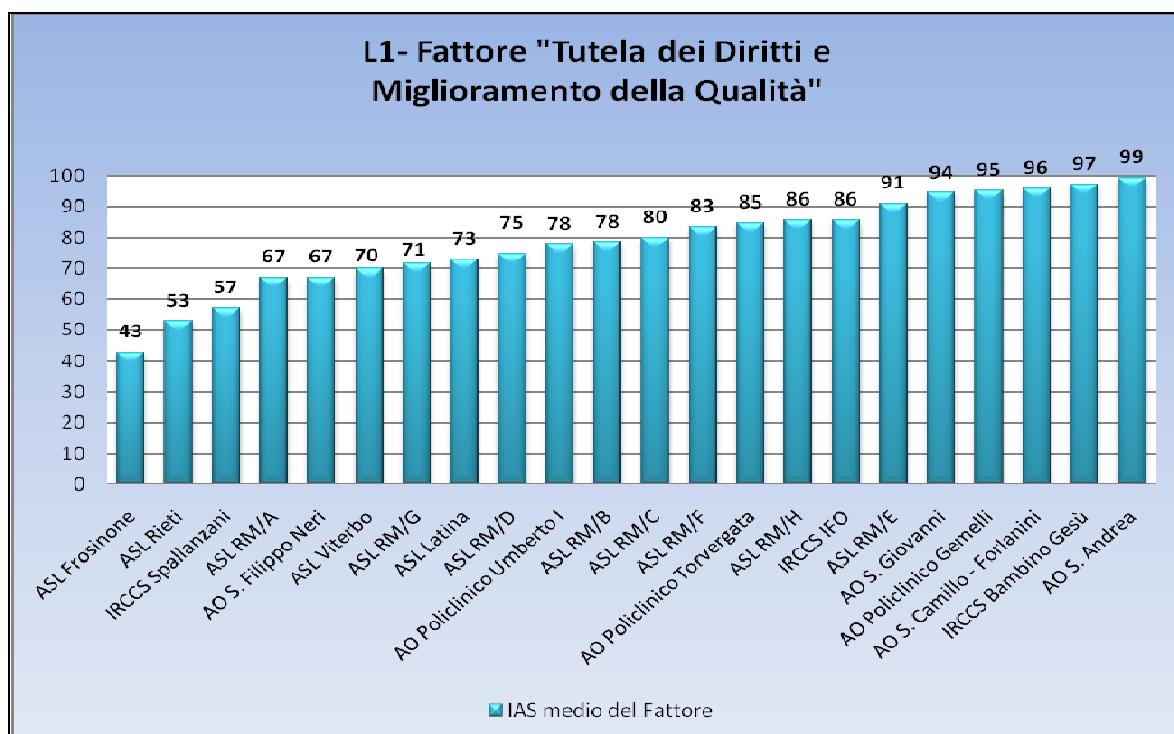


Fig. 8 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” – Livello aziendale, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA"

Livello 1

(L1) Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30 gg. dall’invio all’azienda, su totale reclami ricevuti nel mese di marzo dell’anno precedente

(L1) 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

(L1) Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall’URP: analisi dei reclami per esito; adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami

(L1) Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una

commissione/gruppo di lavoro aziendale
(L1) Procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale
(L1) Ufficio qualità a livello aziendale
(L1) Funzione aziendale dedicata alla qualità percepita
(L1) 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

Commento:

Il livello aziendale, con un IAS medio pari a 78 è l'ambito nel quale il fattore raggiunge il risultato migliore. Osservando l'andamento del fattore tra le aziende considerate si nota una certa variabilità: in nessun caso viene raggiunto pienamente lo standard per gli elementi valutati, in n. 10 casi il punteggio è ottimo, in n. 9 buono e in n. 3 discreto.

Rispetto ai risultati del ciclo Audit 2010, si registra un miglioramento dell'IAS medio del fattore significativo da 67 (IAS medio ciclo Audit 2010) a 78 (IAS medio ciclo Audit 2011), tale andamento riguarda tutti gli indicatori di riferimento.

Questo dato può essere letto come il risultato concreto dell'adozione da parte delle aziende di una politica organizzativa più orientata al cittadino sul tema della tutela dei diritti e del miglioramento della qualità.

I punti di forza

- In n. 21 casi su 22 è pienamente raggiunto lo standard dell'indicatore “Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP: analisi dei reclami per esito; adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami” (IAS medio=99).
- Mediamente i reclami dei cittadini ottengono delle risposte esaustive nei tempi indicati nelle Carte dei servizi aziendali (IAS medio dell'indicatore=82) o in alternativa entro 30 gg. dall'invio del reclamo all'azienda (IAS medio dell'indicatore=88).

Per entrambi gli indicatori rispetto al 2010 c'è stato un notevole miglioramento.

Gli aspetti da migliorare

Un aspetto da migliorare riguarda l'adozione di una procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale. Tale procedura è presente in n.17 casi su 22.

Considerando che la mediazione in sanità ha assunto un ruolo strategico sarebbe auspicabile, ai fini della trasparenza, l'adeguamento allo standard per la totalità delle aziende.

Rispetto allo scorso anno si osserva comunque un miglioramento dell'indicatore da 50 (IAS medio ciclo Audit 2010) a 68 (IAS medio ciclo Audit 2011).

3.2.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

BUONO (IAS medio del fattore=69)

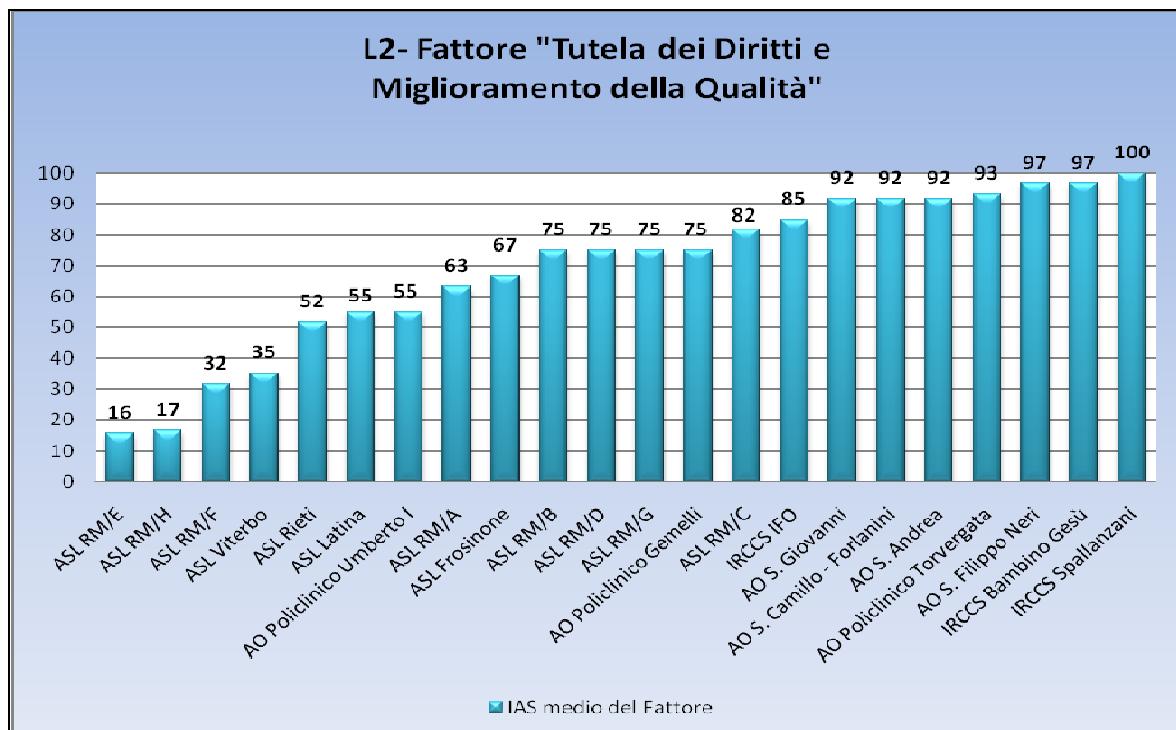


Fig. 9 - Confronto andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” – Livello assistenza ospedaliera.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ"	
Livello 2	
(L2) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei 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 attuate in seguito all'indagine	
(L2) Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) che hanno coinvolto l'intero presidio	
(L2) Locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini	
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami	
(L2) Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	
(L2) Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	

Commento:

Osservando l'andamento del fattore, a fronte di un IAS medio “buono” pari a 69, emerge una decisa variabilità tra le aziende. In un solo caso si raggiunge l'eccellenza (IAS=100), in n.9 casi il punteggio è ottimo, in n. 6 casi è buono, in n. 3 casi è discreto e in n. 2 casi è addirittura pessimo. Da notare come, ad eccezione della ASL RM C, nella categoria dell'ottimo troviamo solo Aziende Ospedaliere ed IRCCS.

I punti di forza

- La quasi totalità dei presidi ospedalieri dispone di locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini (IAS medio dell'indicatore=88).
- In n. 22 presidi ospedalieri su 29 sono presenti punti di raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti (IAS medio dell'indicatore=82).

Un elemento di debolezza

E' la scarsa diffusione di esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.) che hanno coinvolto l'intero presidio (IAS medio dell'indicatore=50).

3.2.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

SCADENTE (IAS medio del fattore=38)

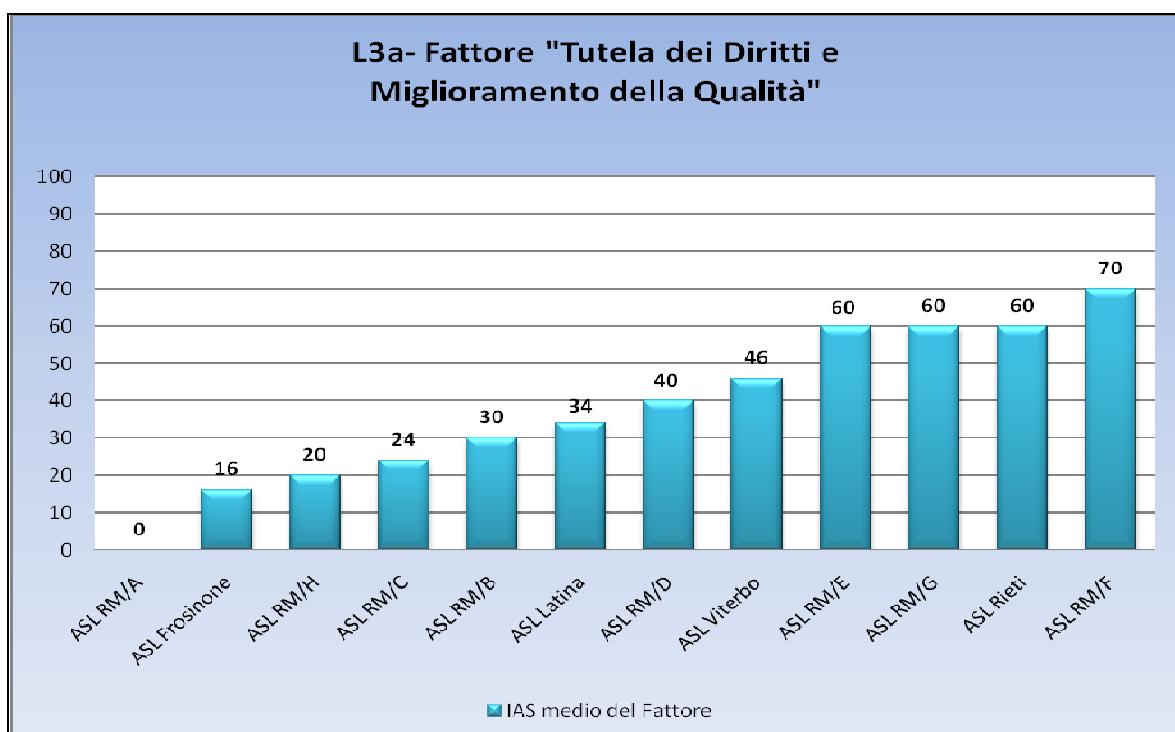


Fig. 10 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA"

Livello 3°

(L3a) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i medici di medicina generale: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort degli studi medici; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

(L3a) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio di Assistenza Domiciliare: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine

(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto

Commento:

La tutela dei diritti e il miglioramento della qualità mediamente, a livello di sedi di distretto, rappresenta una criticità significativa a livello regionale. Ad eccezione della ASL RM F che ottiene un punteggio medio buono sulle quattro sedi di distretto osservate, ben in n. 7 casi su 12 l'IAS medio è scadente, con la ASL RM A che non rispetta nessuno standard per gli elementi valutati (IAS=0). Tale risultato mette in evidenza 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 (vedi elenco sopra).

In particolare risulta del tutto assente o quasi un'attività di ricerca finalizzata a cogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto al rapporto con i medici di medicina generale (IAS medio dell'indicatore=0) e al servizio di assistenza domiciliare (IAS medio dell'indicatore=17). Rispetto a quest'ultimo indicatore si differenzia positivamente la ASL di Frosinone che per la sede del distretto B ottiene un IAS pari ad 80.

3.2.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

DISCRETO (IAS medio del fattore =43)

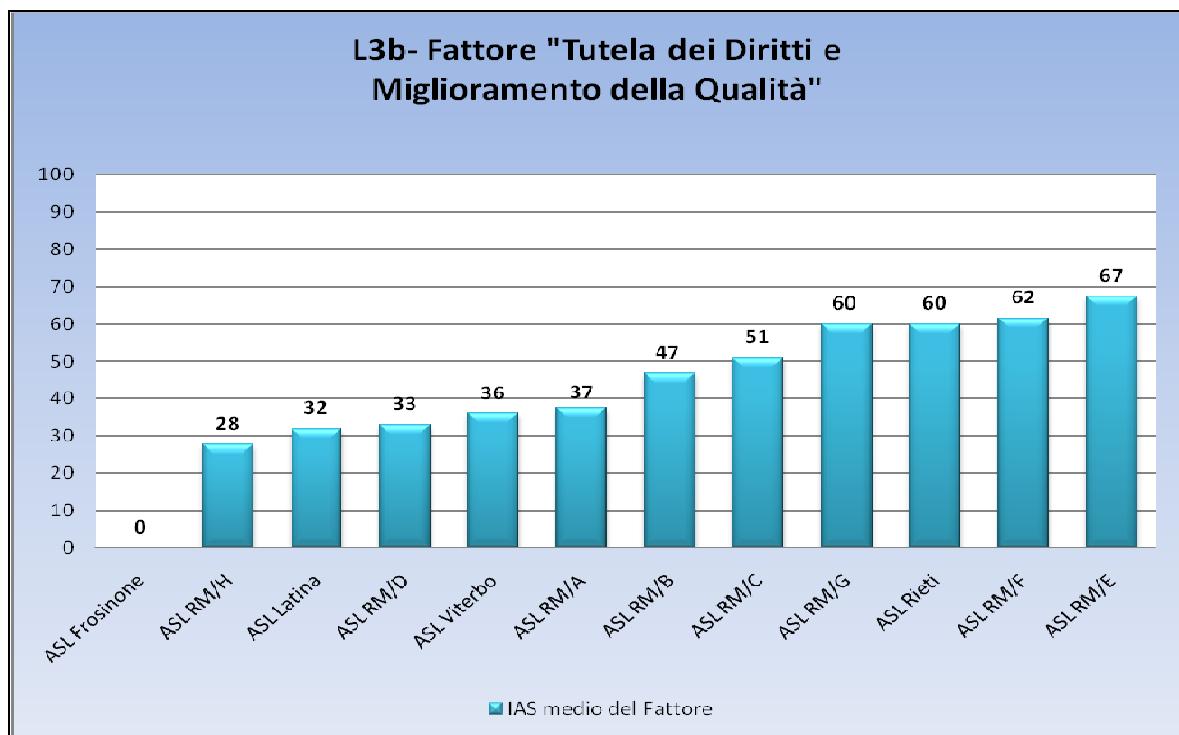


Fig. 11 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ" Livello 3b
(L3b) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori: utilizzo di personale addestrato; domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine
(L3b) Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio

Commento:

Il fattore a livello dei n. 47 poliambulatori osservati ottiene un IAS medio discreto con punteggi compresi tra 0 e 67.

L'osservazione del suo andamento mostra una certa variabilità¹⁵ tra le aziende di riferimento: in due casi l'IAS è buono, in quattro è discreto, in cinque scadente e in un caso addirittura pessimo (ASL di Frosinone IAS medio=0).

Rispetto alla tutela dei diritti e il miglioramento della qualità, anche a livello dei poliambulatori, è auspicabile un intervento da parte delle ASL per il miglioramento di tutti gli elementi valutati (vedi tabella sopra).

I punti di particolare debolezza (IAS<=19)

- In n.5 casi su 12 le ASL non hanno realizzato negli ultimi due anni, un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori osservati; nei restanti n.7 casi, nella realizzazione dell'indagine non sono stati rispettati i criteri dell'indicatore (vedi tabella sopra) IAS medio dell'indicatore=19.
- Solo in n.3 poliambulatori su 47 sono presenti esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.). IAS medio dell'indicatore=6.

¹⁵ Per una corretta lettura del dato si ricorda di tener presente il dettaglio delle strutture di riferimento riportate in appendice.

3.2.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

DISCRETO (IAS medio del fattore=45)

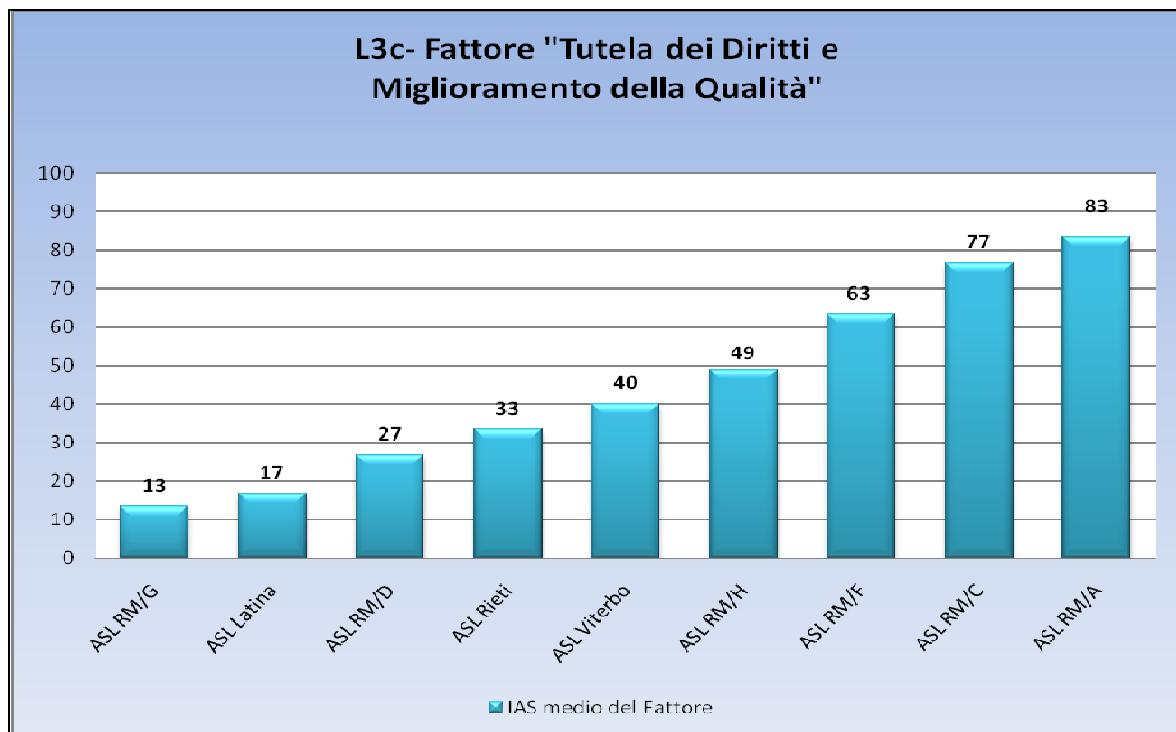


Fig. 12 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”- Livello cure primarie, CSM, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA" Livello 3c	
(L3c)	Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio: utilizzo di personale addestrato; domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti:accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza, medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine
(L3c)	Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti
(L3c)	Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio
(L3c)	Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
(L3c)	Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini
(L3c)	Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

Commento:

La tutela dei diritti e il miglioramento della qualità a livello di CSM per le n. 9 ASL considerate presenta un andamento disomogeneo con punteggi medi che variano da 13 a 83. In un caso l'IAS è ottimo, in n. 2 casi è buono, in n. 1 caso è discreto, in n. 3 casi è scadente e in ben due casi è pessimo.

Dei sei indicatori (vedi tabella sopra) che concorrono alla valutazione del fattore ben cinque rappresentano dei punti di debolezza con IAS medi che variano dal 28 al 43. L'unico elemento positivo è la diffusione tra i CSM considerati del coinvolgimento del settore no profit nell'erogazione del servizio (IAS medio dell'indicatore=85).

I punti di particolare debolezza (IAS<=41)

- In n. 4 casi su 9 l'indicatore “Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio” ottiene un IAS pari a 0 (ASL RM A, F, Rieti e Latina). Mediamente l'indicatore è scadente con IAS=28.
- Su n. 9 aziende considerate solo le ASL RM A, H¹⁶ e di Rieti hanno realizzato negli ultimi tre anni un'indagine circa i bisogni emergenti (IAS medio dell'indicatore=30).
- In n. 11 CSM sui 18 considerati, manca la disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini (IAS medio dell'indicatore=39).

La mancanza d'investimento nella ricerca finalizzata all'analisi dei bisogni emergenti e della soddisfazione degli utenti dei Centri per la Salute Mentale, da un punto di vista civico, rappresenta un aspetto di particolare debolezza delle politiche sulla salute mentale poiché non consente alle ASL di acquisire quelle conoscenze relative alla “domanda di salute mentale” indispensabili per predisporre un’offerta efficace ed efficiente dei servizi erogati dai CSM.

3.2.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità”

SCADENTE (IAS medio del fattore=38)

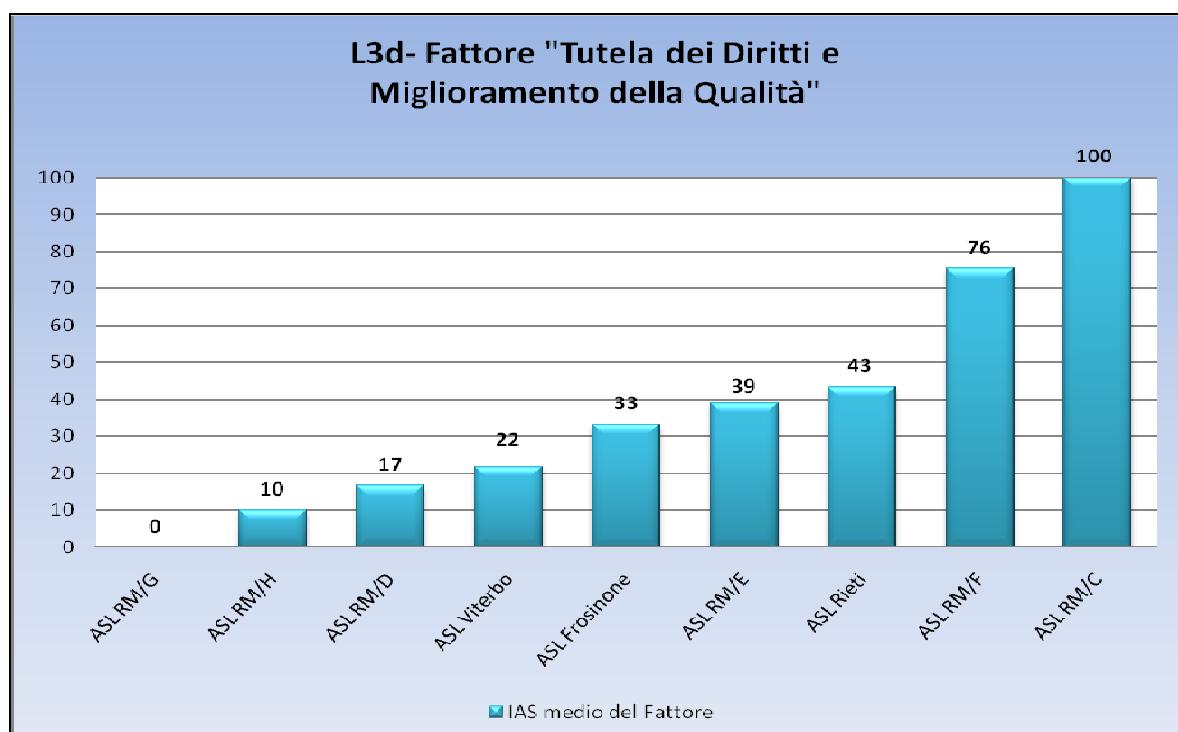


Fig. 13 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” – Livello cure primarie, Ser.T., prima componente.

¹⁶ Nella ASL RM H l’indagine sui bisogni emergenti è stata realizzata in due CSM sui tre di pertinenza.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ" Livello 3d
(L3d) Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio: utilizzo di personale addestrato; domande rivolte agli utenti su tutti i seguenti argomenti:accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza, medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine
(L3d) Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti
(L3d) Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio
(L3d) Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
(L3d) Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini
(L3d) Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

Commento:

Il fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” a livello dei n. 14 Ser.T. considerati mediamente ottiene un IAS scadente. Osservando l’andamento del fattore si nota una certa variabilità tra le nove aziende di riferimento e nelle singole aziende; ad eccezione della ASL RM C (IAS=100) e della ASL RM F (IAS=76), negli altri casi i punteggi medi sono bassi, compresi tra il discreto e il pessimo.

Tra gli elementi valutati, mediamente il più positivo riguarda il “Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio” (IAS medio dell'indicatore=72).

Elementi di particolare debolezza

- Solo in n.5 Ser.T. su 14 sono disponibili all'ingresso della struttura: documenti o avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (IAS medio dell'indicatore=26); schede per segnalazioni e reclami dei cittadini (IAS medio dell'indicatore=26); punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini (IAS medio dell'indicatore=26).
- Solo in n.6 Ser.T. su 14 è stata realizzata negli ultimi tre anni un'indagine circa i bisogni emergenti (IAS medio dell'indicatore=46).

3.3 Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenenti e alle loro famiglie”

La personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenenti e alle loro famiglie, con un IAS medio pari a 71, dopo l'accesso alle prestazioni, è il fattore che ottiene il punteggio migliore. Rispetto ai livelli di analisi considerati rappresenta un punto di forza a livello dei poliambulatori (IAS medio=90) mentre risulta mediamente scadente a livello di sedi di distretto.

3.3.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

BUONO (IAS medio del fattore=64)

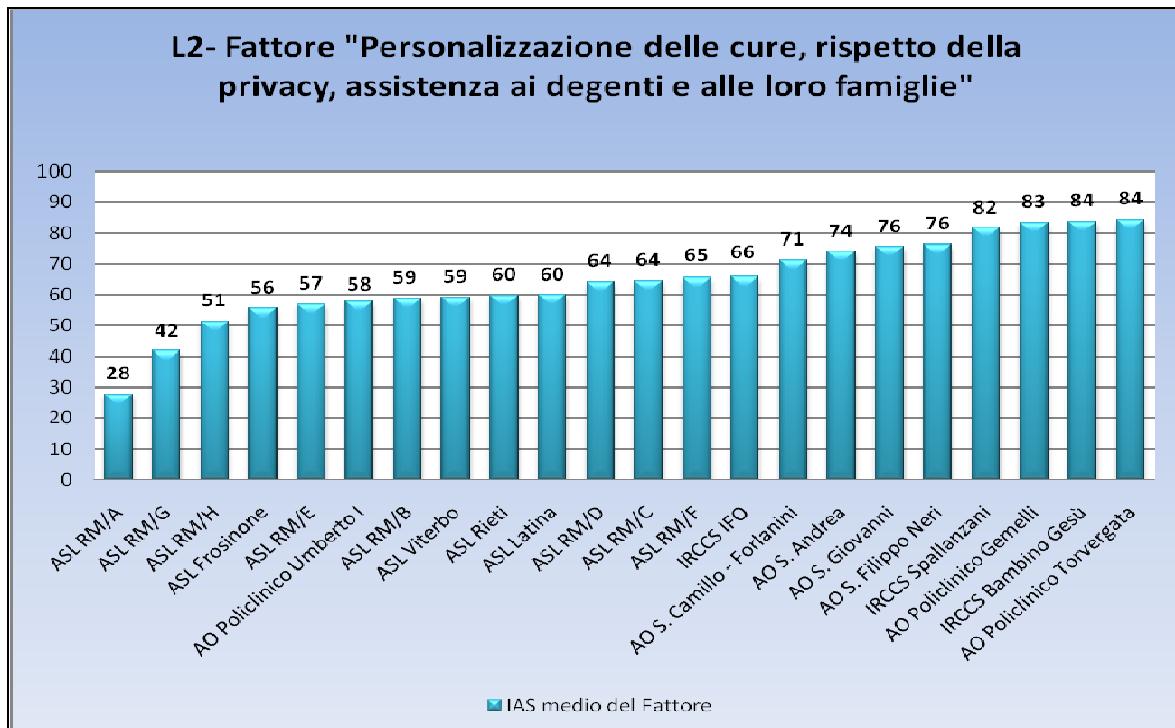


Fig. 14 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI/FAMIGLIE" Livello 2

(L2) Servizio di interpretariato
(L2) Servizio di mediazione culturale
(L2) Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)
(L2) Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico
(L2) Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati
(L2) Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera
(L2) Orario della distribuzione della colazione ai pazienti
(L2) Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
(L2) Orario della distribuzione della cena ai pazienti
(L2) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L2) Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L2) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
(L2) Servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche: oncologia; trapianti; violenza verso donne
(L2) Procedura per assicurare il rispetto della privacy
(L2) Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione
(L2) Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i pazienti in terapia intensiva neonatale
(L2) Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette
(L2) Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate
(L2) Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune

(L2) Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi due anni dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti
(L2) Procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili nelle Unità operative di: chirurgia, medicina generale, geriatria, lungodegenza
(L2) Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento
(L2) Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali
(L2) Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi
(L2) Unità Operative di degenza di medicina generale che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza
(L2) Unità Operative di degenza in cui i degeniti hanno la possibilità di vedere la televisione nella stanza di degenza o in una saletta dedicata (escluse camere a pagamento e televisioni private)
(L2) Unità Operative di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco
(L2) Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con posto letto/poltrona letto e della mensa
(L2) Unità Operative di pediatria con arredi adatti all'età dei ricoverati
(L2) Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione
(L2) Unità operative di degenza con divisorii all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori dell'ospedale
(L2) Unità Operative di degenza dotate di aree di socializzazione per i degeniti
(L2) Unità Operative di degenza in cui è possibile ricevere telefonate (in camere non a pagamento)
(L2) Unità Operative di degenza di oncologia e/o diabetologia con procedure per favorire l'inserimento del caregiver nella gestione della malattia da parte della famiglia del paziente
(L2) Unità Operative di degenza che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo TUTTI pazienti non autosufficienti e con disponibilità di posto letto/poltrona letto e della mensa
(L2) Unità Operative che utilizzano la cartella integrata

Commento:

La personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti e alle loro famiglie ottiene un IAS medio pari a 64 che descrive un buon livello medio di adeguamento agli standard considerati per i n.29 presidi ospedalieri indagati. Analizzando l'andamento del fattore si nota però una certa variabilità tra le aziende: in n. 4 casi i punteggi medi sono ottimi con IAS compresi tra 84 e 82, in n. 8 casi i punteggi sono buoni con IAS medi compresi tra 76 e 64, in n. 9 casi i punteggi sono discreti con IAS compresi tra 62 e 42 e in un caso il punteggio medio è addirittura scadente (IAS medio=28). La variabilità riguarda anche i n. 36 indicatori che concorrono alla valutazione del fattore: n. 5 indicatori raggiungono pienamente lo standard (IAS=100), n. 8 indicatori rappresentano dei punti di forza (IAS medio>80) e n. 11 indicatori si connotano come punti di debolezza (IAS medio<=50).

Gli aspetti di eccellenza (IAS=100)

- Il rispetto della privacy. Gli indicatori riguardano: il rispetto della riservatezza delle informazioni mediche nella comunicazione con persone non autorizzate, la tutela della riservatezza relativamente all'accesso alle cartelle cliniche e il rispetto della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno.
- La presenza di una procedura per l'attivazione delle dimissioni protette.
- La possibilità di scelta tra due o più opzioni per il menù per i pazienti a dieta libera.

I punti di forza (IAS>80)

- La presenza di una procedura per assicurare il rispetto della privacy (IAS=91) e “Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell’osservazione” (IAS=95).
- L’assistenza ai degenti e alle loro famiglie relativamente ai seguenti indicatori: presenza del servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche: oncologia, trapianti, violenza verso donne (IAS=82); adeguatezza dell’orario della distribuzione della colazione¹⁷ ai pazienti (IAS=92); presenza di specifiche procedure per l’attivazione delle dimissioni programmate (IAS=85) e per attivare i Servizi Sociali del Comune (IAS=85); diffusa possibilità nelle Unità Operative di pediatria della presenza di un genitore 24 ore al giorno, con posto letto/poltrona letto e uso della mensa (IAS=88); presenza nelle Unità Operative di pediatria di arredi adatti all’età dei ricoverati (IAS=90).

I punti di debolezza (IAS<=50)

- Nella maggior parte dei presidi ospedalieri considerati manca il servizio d’interpretariato (IAS=31) e ancora poco diffuso è il servizio di mediazione culturale (IAS=50). Considerando che nella società laziale molti sono i cittadini stranieri e che una comunicazione efficace tra medico paziente è parte integrante del processo di cura, un adeguamento agli standard di questi due indicatori è urgente.
- L’assistenza ai degenti e alle loro famiglie mostra degli elementi di debolezza rispetto ai seguenti indicatori: “Orario della distribuzione della cena ai pazienti”¹⁸ (IAS=14); possibilità di assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione (IAS=35) e per i pazienti in terapia intensiva neonatale (IAS=46); esistenza di un regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento (IAS=25); basso numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi (IAS=27) e i giorni feriali (IAS=17).
- L’attenzione agli aspetti socio-relazionali della degenza è piuttosto debole rispetto alla diffusione nelle Unità Operative di aree di socializzazione per i degenti (IAS=40) e alla possibilità di ricevere telefonate (in camere non a pagamento) (IAS=44).
- Poche sono le Unità Operative che utilizzano la cartella integrata (IAS=49).

¹⁷ Dopo le ore 7.00.

¹⁸ Lo standard prevede che la cena sia distribuita dopo le 19.00.

3.3.2 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

SCADENTE (IAS medio del fattore=38)

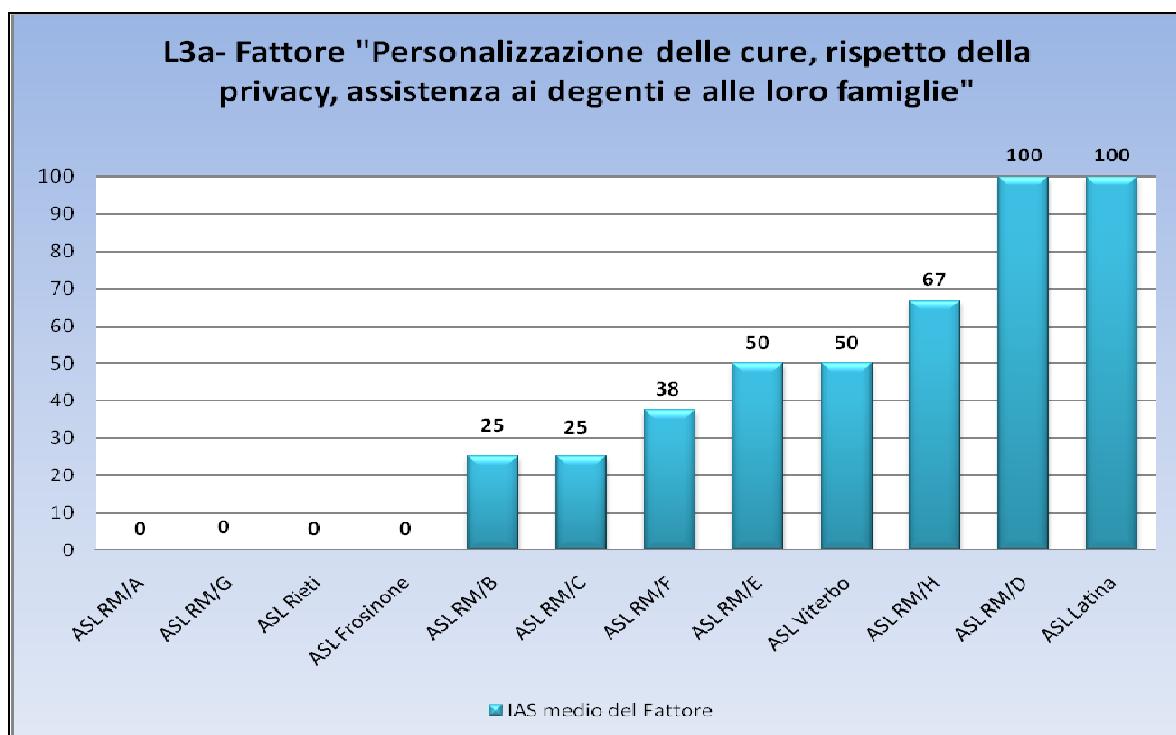


Fig. 15 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI/FAMIGLIE" Livello 3°

(L3a) Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare

(L3a) Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

Commento:

Il fattore a livello di sedi di distretto oltre ad ottenere un punteggio medio scadente (IAS=38) ha un andamento molto variabile tra le aziende. Ai due estremi troviamo l'eccellenza per le ASL RM D e di Latina e il pessimo risultato delle ASL RM A, G, di Rieti e Frosinone che non rispettano alcun standard (IAS=0); nei restanti casi, ad eccezione della ASL RM H che ottiene un punteggio medio buono, gli IAS medi sono bassi, compresi tra il discreto e lo scadente. Osservando l’andamento dei due indicatori che concorrono alla valutazione del fattore emerge una situazione di disomogeneità anche rispetto a singole aziende, ossia in alcune sedi di distretto sono raggiunti gli standard ed in altre no.

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 medio dell'indicatore=37) e alla possibilità di poter disporre, in caso di necessità, di un servizio di assistenza psicologica dedicato al paziente e al nucleo familiare (IAS medio dell'indicatore=39).

3.3.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

OTTIMO (IAS medio del fattore=90)

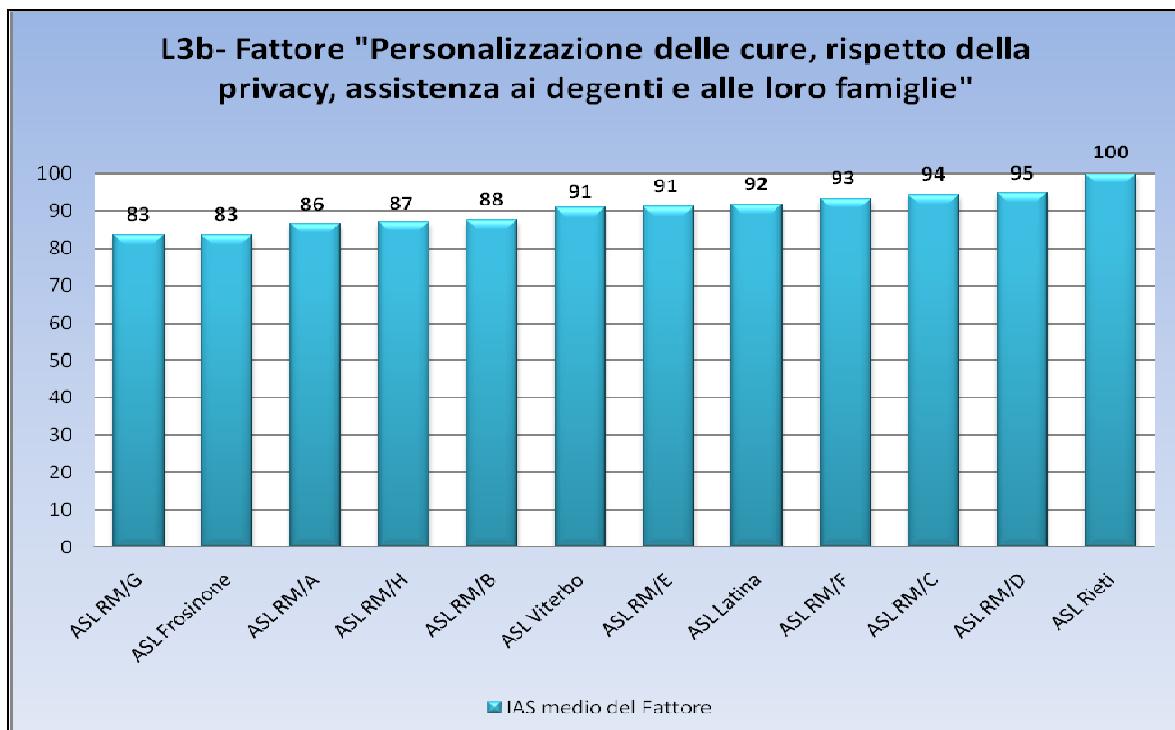


Fig. 16 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI/FAMIGLIE" Livello 3b

- (L3b) Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi d'attesa
- (L3b) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
- (L3b) Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
- (L3b) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
- (L3b) Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione
- (L3b) Divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori

Commento:

La personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie è decisamente il punto di forza a livello dei poliambulatori rispetto alla macroarea dell'orientamento al cittadino. Il fattore ha un andamento omogeneo tra le aziende e lo stesso accade a livello degli indicatori di riferimento. Più specificatamente, dai dati provenienti dai n. 47 poliambulatori osservati, risulta che su n.6 indicatori la metà raggiunge pienamente gli standard con IAS medio pari a 100 mentre per gli altri il punteggio medio è mediamente ottimo con IAS che variano da 83 a 76.

Il rispetto della privacy relativamente agli elementi valutati rappresenta il punto di eccellenza mentre sul piano della personalizzazione, rispetto all'indicatore "Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi di attesa", sarebbe auspicabile un miglioramento per la ASL RM B (IAS=42) e la ASL di Frosinone (IAS=0).

3.3.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie”

BUONO (IAS medio del fattore=75)

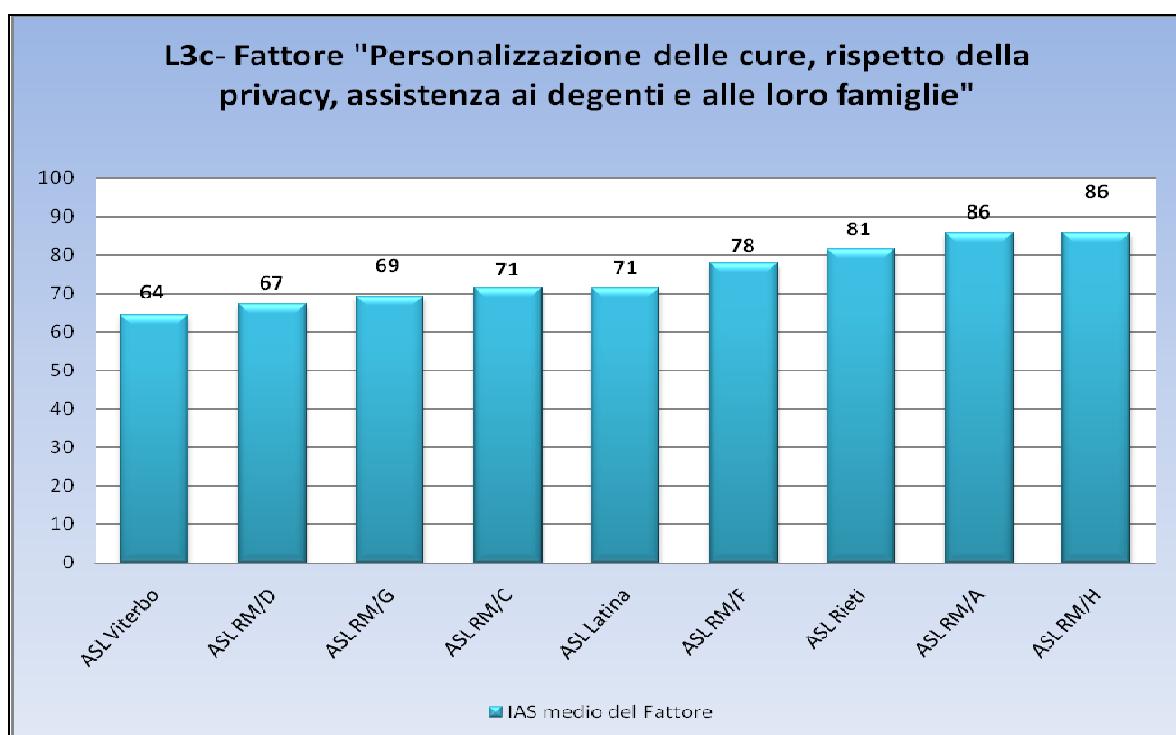


Fig. 17 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie – Livello cure primarie, CSM, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI/FAMIGLIE" Livello 3c	
(L3c) Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)	
(L3c) Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)	
(L3c) Servizio di mediazione culturale	
(L3c) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	
(L3c) Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	
(L3c) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	
(L3c) Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata	

Commento:

Il fattore a livello dei n. 18 CSM osservati, mediamente ottiene un punteggio buono e il grafico mostra un andamento del fattore abbastanza omogeneo per le nove ASL di riferimento.

L'eccellenza (IAS=100)

E' rappresentata dal rispetto per la privacy, tutti e tre gli indicatori di riferimento raggiungono pienamente gli standard.

Gli elementi di debolezza (IAS<50)

- Solo in n. 7 CSM su 18 esiste "una procedura per il coinvolgimento dei coniugi del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)"(IAS medio dell'indicatore=36).
- Solo in n.3 CSM su 18 è disponibile il servizio di mediazione culturale (IAS medio dell'indicatore=16).

3.3.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie"

BUONO (IAS medio del fattore=80)

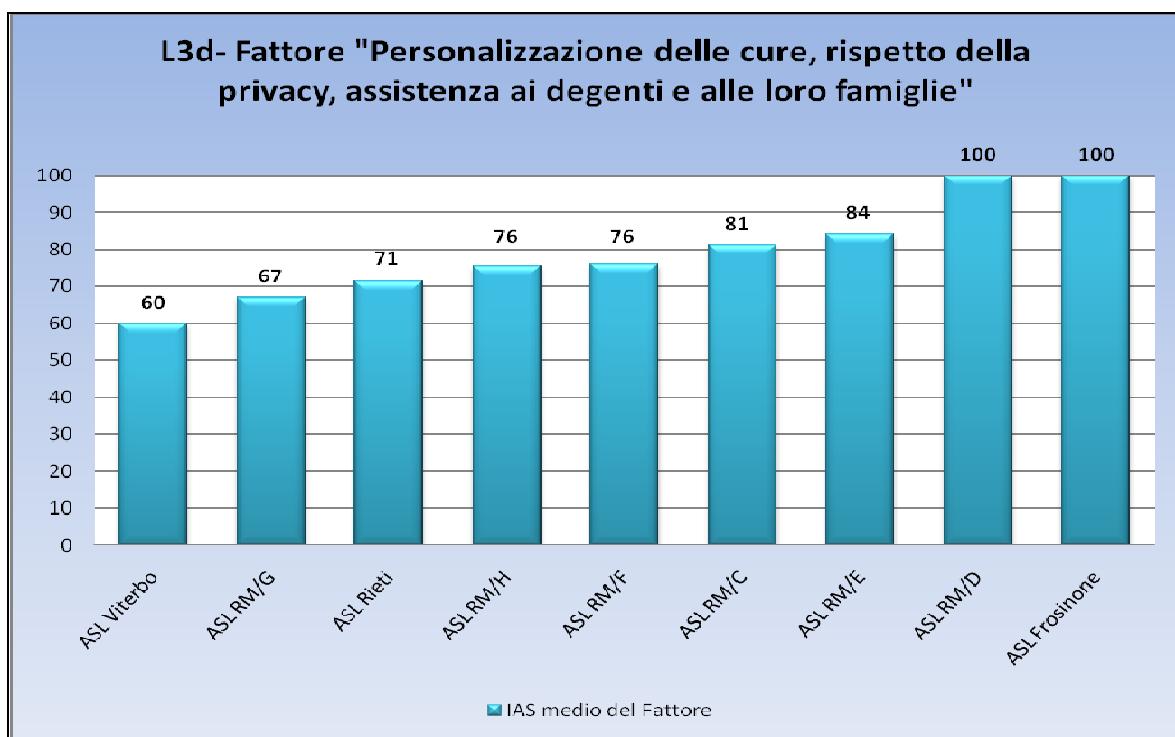


Fig. 18 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie – Livello cure primarie, Ser.T., prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI/FAMIGLIE" Livello 3d
(L3d) Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)
(L3d) Procedura per il coinvolgimento dei coniugi del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)
(L3d) Servizio di mediazione culturale
(L3d) Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L3d) Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno
(L3d) Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno
(L3d) Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata

Commento:

La personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, l'assistenza ai degeniti e alle loro famiglie, con un IAS medio pari ad 80 rappresenta mediamente il punto di forza dei n. 14 Ser.T. osservati relativamente all'orientamento al cittadino. Sostanzialmente il fattore mostra un andamento abbastanza omogeneo tra le aziende considerate che si riflette anche a livello d'indicatori.

I risultati sono simili a quelli ottenuti a livello dei CSM: mentre i tre indicatori di riferimento per il rispetto della privacy raggiungono tutti pienamente gli standard (IAS medio=100) si confermano anche per i Ser.T. i punti di debolezza rispetto alla scarsa presenza del servizio di mediazione culturale (IAS medio=37) e la diffusione di una procedura per il coinvolgimento dei coniugi del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente) (IAS medio=36).

3.4 Fattore “Informazione e comunicazione”

L'informazione e comunicazione è il fattore di valutazione della prima componente più critico, con punteggio medio pari a 61. Rispetto ai livelli di analisi considerati rappresenta mediamente un punto di debolezza per tutti ad eccezione dell'assistenza ospedaliera dove l'IAS medio è buono.

3.4.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Informazione e comunicazione”

BUONO (IAS medio del fattore=64)

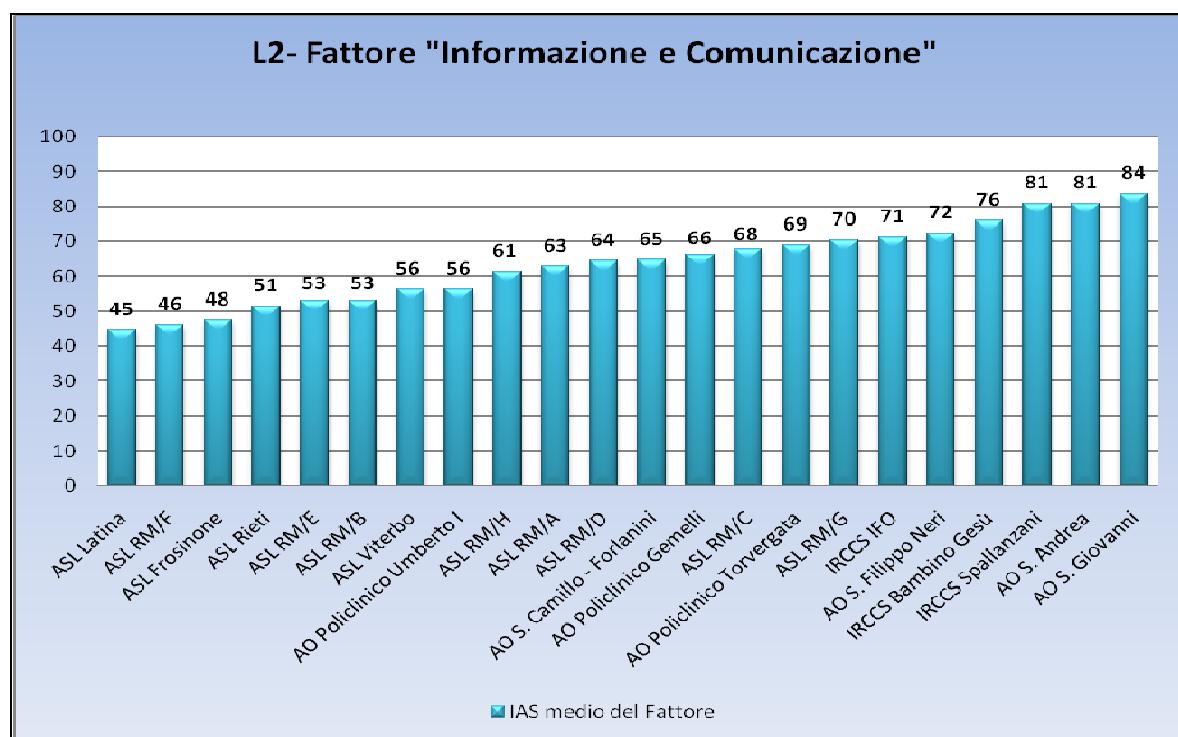


Fig. 19 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Informazione e comunicazione” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" Livello 2

(L2) Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale
(L2) Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente
(L2) Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)
(L2) Consegna a domicilio cartella clinica
(L2) Consegna a domicilio referti di esami diagnostici
(L2) Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa le responsabilità dei pazienti
(L2) Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
(L2) Cartellonistica esterna entrata principale
(L2) Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale
(L2) Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria
(L2) Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano
(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di adenotonsillectomia contenente le seguenti informazioni: informativa dettagliata sulla diagnosi; natura e scopo del trattamento; prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; percentuale di rischio associata al trattamento; composizione équipe chirurgica; alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; presenza firma congiunta medico e paziente; possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento
(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di appendicectomia nel minore contenente le seguenti informazioni: informativa dettagliata sulla diagnosi; natura e scopo del trattamento; prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; percentuale di rischio associata al trattamento; composizione équipe chirurgica; alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; presenza firma congiunta medico e paziente; possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento
(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di prostatectomia radicale contenente le seguenti informazioni: informativa dettagliata sulla diagnosi; natura e scopo del trattamento; prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; percentuale di rischio associata al trattamento; composizione équipe chirurgica; alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; presenza firma congiunta medico e paziente; possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento
(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di isterectomia radicale contenente le seguenti informazioni: informativa dettagliata sulla diagnosi; natura e scopo del trattamento; prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; percentuale di rischio associata al trattamento; composizione équipe chirurgica; alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; presenza firma congiunta medico e paziente; possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

(L2) Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di taglio cesareo programmato contenente le seguenti informazioni: informativa dettagliata sulla diagnosi; natura e scopo del trattamento; prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; percentuale di rischio associata al trattamento; composizione équipe chirurgica; alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; presenza firma congiunta medico e paziente; possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento
(L2) Comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico
(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici
(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico
(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con gli orari della giornata
(L2) Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale
(L2) Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento
(L2) Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: -diagnosi; -procedure e terapie effettuate; -terapia prescritta; -prescrizioni su comportamenti/precauzioni
(L2) Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata

Commento:

L'informazione e comunicazione a livello di assistenza ospedaliera ottiene mediamente un punteggio buono (IAS=64). Osservando il grafico si nota che in nessun caso le aziende considerate raggiungono pienamente gli standard e che c'è una certa variabilità tra di esse con punteggi compresi tra 84 e 45. Alla valutazione del fattore concorrono n. 27 indicatori e l'analisi del loro andamento descrive una situazione di disomogeneità tra le strutture considerate e più in generale la necessità di "curare" maggiormente quasi tutti gli aspetti considerati nella valutazione (vedi la tabella sopra riportata degli elementi valutati).

L'eccellenza (IAS=100)

In tutti i n. 29 presidi ospedalieri considerati è prevista la consegna a domicilio della cartella clinica ed è presente una cartellonistica esterna in prossimità dell'entrata principale.

I punti di forza (IAS>80)

- Nella quasi totalità dei casi è presente la cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria (IAS medio indicatore=98).
- Nella maggior parte dei presidi ospedalieri è disponibile un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale (IAS medio dell'indicatore=87).
- In quasi tutti i presidi ospedalieri è presente una comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico (IAS medio=90).

I punti di debolezza (IAS<51)

- L'informazione al cittadino che entra nei presidi ospedalieri attraverso la disponibilità di appositi opuscoli rispetto ai suoi diritti (IAS medio=45) e alle sue responsabilità (IAS medio=43).

- La scarsa diffusione negli ascensori per il pubblico di indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano (IAS medio=48).
- L'accesso alla documentazione relativa ai referti medici. Più specificatamente rispetto alla possibilità per il cittadino di ottenere copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione) (IAS medio=27) e di usufruire di un servizio di trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet (IAS medio=23). Rispetto a quest'indicatore solo n. 5 presidi ospedalieri¹⁹ su n. 29 raggiungono lo standard.
- La possibilità per i cittadini degenti di avere un operatore sanitario di riferimento. Pochissime sono le Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento (IAS medio=22), da segnalare invece il pieno rispetto dello standard da parte dell'IRCCS Bambin Gesù (IAS medio per l'indicatore=100).
- L'informatizzazione della cartella clinica. Pochissime sono le Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata (IAS medio=6).

3.4.2 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=50)

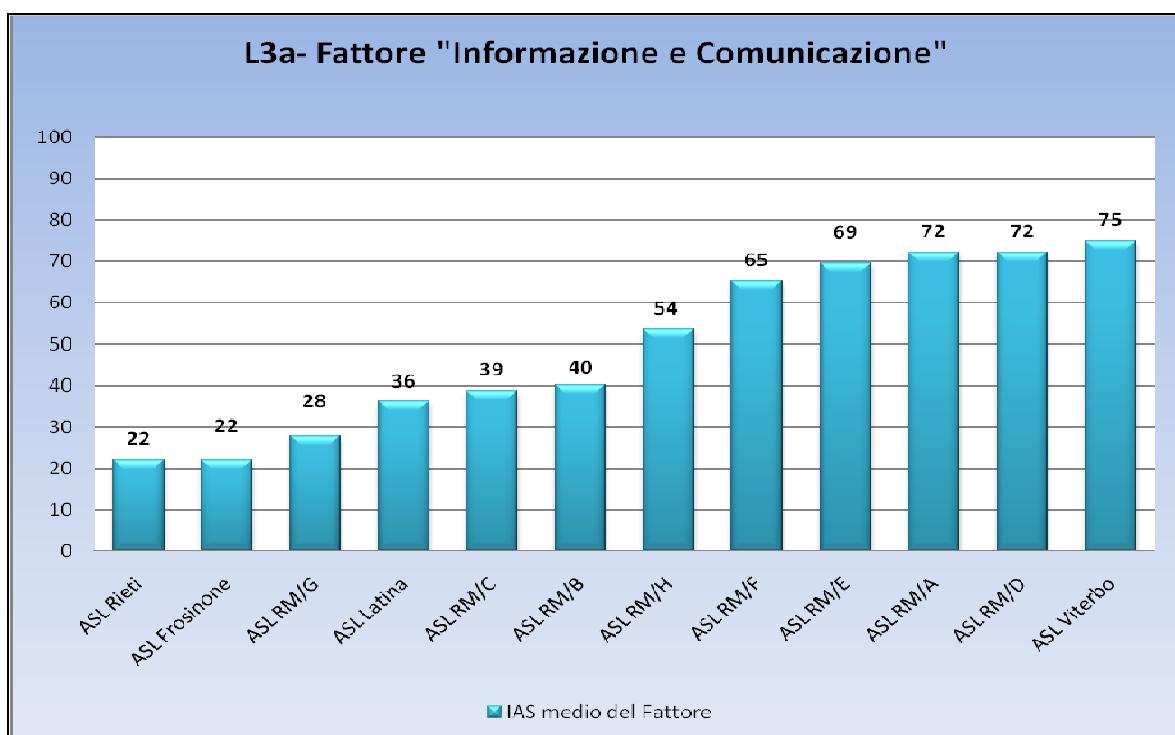


Fig. 20 - Confronto dell'andamento degli IAS fattore “Informazione e comunicazione” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

¹⁹ I presidi ospedalieri di riferimento sono quelli dell'IRCCS Bambin Gesù, dell'AO San Giovanni, del Policlinico Tor Vergata, del San Camillo De Lellis (ASL di Rieti) e del PO di Colleferro (ASL RM G).

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" Livello 3°

(L3a) 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
(L3a) Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(L3a) 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
(L3a) Utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare
(L3a) Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto
(L3a) Cartellonistica esterna sede di distretto
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausili
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)
(L3a) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti
(L3a) 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
(L3a) Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti
(L3a) Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata

Commento:

L'informazione e comunicazione a livello delle sedi di distretto osservate per le n. 12 Aziende Sanitarie Locali di riferimento ottiene un punteggio medio discreto (IAS=50). L'andamento dei punteggi medi descrive una situazione di forte variabilità tra le aziende considerate: in n.5 casi i punteggi medi sono buoni con IAS compresi tra 75 e 65, in un caso l'IAS è discreto e in n.6 casi i punteggi medi sono invece scadenti con IAS compresi tra 40 e 22.

Sui n.18 indicatori, che contribuiscono alla valutazione del fattore, ben 11 rappresentano degli elementi di debolezza e il loro andamento evidenzia una situazione di differenze rispetto al raggiungimento degli standard considerati anche tra sedi di distretto della stessa ASL.

Da una prima lettura di questi dati emerge l'esigenza di un potenziamento generalizzato dell'informazione e comunicazione al cittadino rispetto ad una serie di elementi particolarmente strategici per un corretta conoscenza del funzionamento dell'assistenza territoriale.

I punti di forza (IAS>80)

- Informazioni generali di orientamento quali la presenza di: cartellonistica esterna alla sede di distretto (IAS medio=90), di un prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti (IAS medio=87) e di un servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata (IAS medio=83).
- Utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare nella quasi totalità delle sedi di distretto considerate (IAS medio=87).

I punti di debolezza (IAS<50)

- L'informazione al cittadino sul funzionamento e accesso ad alcuni servizi strategici di particolare rilevanza attraverso la disponibilità di appositi opuscoli nelle sedi di distretto²⁰. Più specificatamente sui seguenti temi: gestione e autorizzazione di ausili (IAS medio=49), modalità per richiedere l'assistenza domiciliare (IAS medio=44), prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale (IAS medio=38) e del pediatra di libera scelta (IAS medio=38), esenzioni per patologia e invalidità (IAS medio=49), assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali) (IAS medio=32), i diritti e le responsabilità dei pazienti (IAS medio=19). Scarsa è anche l'informazione sul diritto alla libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o la presenza di avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto (IAS medio=38).
- La predisposizione e l'invio da parte delle ASL di opuscoli informativi sull'Assistenza Domiciliare Integrata agli studi dei medici di medicina generale (IAS medio=26) e dei pediatri di libera scelta (IAS medio=7).
- La scarsa diffusione di 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 (IAS medio=45).

²⁰ Per questi indicatori le ASL RM A, D e di Viterbo mediamente ottengono punteggi alti raggiungendo in molti casi il rispetto pieno degli standard.

3.4.3 Livello cure primarie, poliambulatori – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=48)

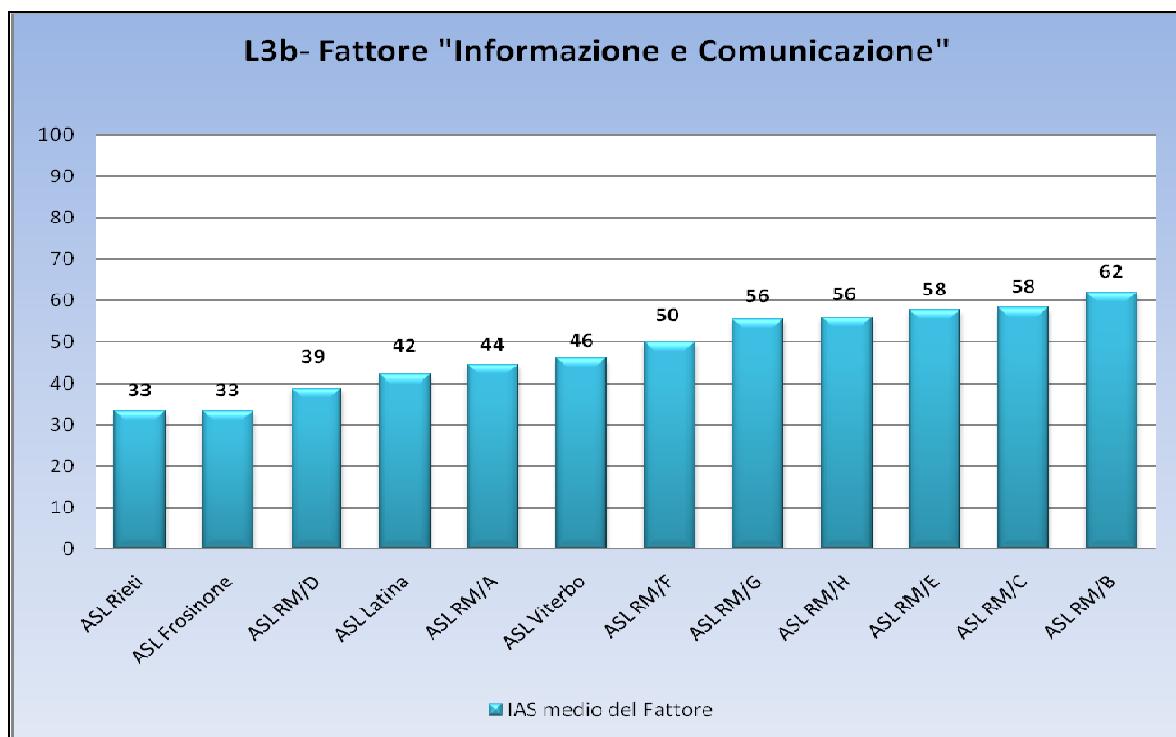


Fig. 21 - Confronto dell'andamento degli IAS fattore “Informazione e comunicazione” – Livello cure primarie, poliambulatori, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" Livello 3b	
(L3b)	Consegna a domicilio referti medici
(L3b)	Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet
(L3b)	Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti
(L3b)	Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti
(L3b)	Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio
(L3b)	Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio
(L3b)	Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte
(L3b)	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.
(L3b)	Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata

Commento:

A livello dei poliambulatori il fattore ottiene il punteggio medio più basso e conferma mediamente la debolezza del fattore per il quale su un totale di n.9 indicatori ben 5 presentano un IAS medio scadente. L'andamento del fattore è abbastanza uniforme tra le ASL considerate con chiaramente delle differenze sui singoli indicatori inoltre, emerge una situazione di variabilità all'interno delle singole aziende che hanno osservato più poliambulatori.

I punti di forza (IAS>80)

Sono relativi all'informazione generale, più specificatamente alla presenza della cartellonistica esterna alla sede del poliambulatorio (IAS medio=96) e alla presenza di un prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti (IAS medio=97).

I punti di debolezza (IAS<50)

- Le modalità di acceso ai referti medici, ancora poco diffusa è la possibilità di: consegna a domicilio referti medici (IAS medio=10), trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet (IAS medio=17).
- L'informazione relativamente ai diritti e responsabilità dei pazienti attraverso apposito opuscolo (IAS medio=31) e al diritto dei cittadini alla libera scelta del luogo di cura e del medico curante (IAS medio=36).
- La cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio (IAS medio=32).

3.4.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=49)

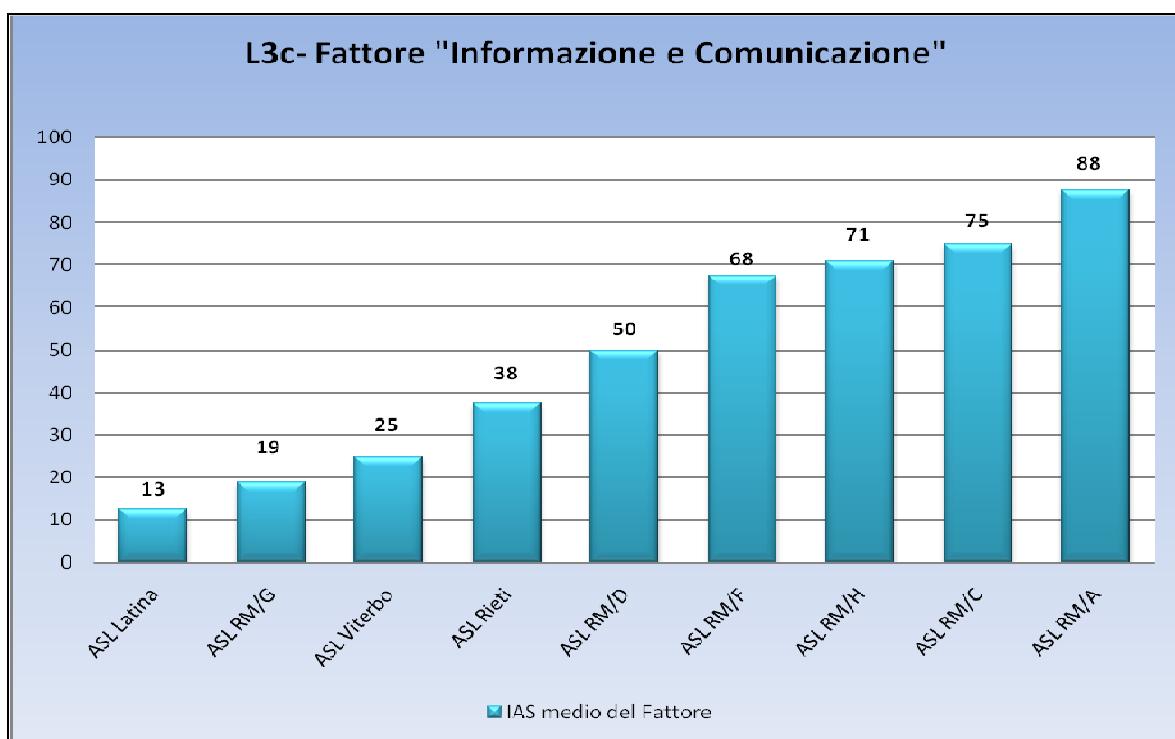


Fig. 22 - Confronto dell'andamento degli IAS fattore “Informazione e comunicazione” – Livello cure primarie, CSM, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" Livello 3c	
(L3c) Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti	
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con le funzioni degli operatori	
(L3c) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti	
(L3c) Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	
(L3c) Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	
(L3c) Cartello aggiornato con le qualifiche degli operatori	
(L3c) Cartellonistica stradale in prossimità della struttura	

Commento:

L'informazione e comunicazione a livello dei n. 18 CSM osservati è mediamente discreta, con un punteggio pari a 49.

Analizzando l'andamento del fattore tra le nove ASL di riferimento si nota una situazione di forte variabilità con punteggi medi che vanno dall'ottimo della ASL RM A al pessimo delle ASL RM G e di Latina.

Da un punto di vista civico ciò rappresenta un dato di criticità notevole poiché a seconda della ASL di appartenenza e quindi del proprio territorio di residenza i cittadini utenti dei CSM considerati usufruiscono di un livello qualitativo diverso d'informazione e comunicazione.

L'unico punto di forza è rappresentato dalla presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio, all'ubicazione della struttura, e indicazioni per raggiungerla (IAS medio=83).

I punti di criticità

- Mediamente scadente è l'informazione attraverso la disponibilità di appositi opuscoli rispetto ai diritti e alle responsabilità dei pazienti (IAS medio=34) e alle funzioni degli operatori (IAS medio=39).
- Poco diffusa, è la presenza di una procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e i medici di medicina generale dei pazienti (IAS medio=47).
- Decisamente carente è la cartellonistica stradale in prossimità della struttura (IAS medio=17).

3.4.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Informazione e comunicazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=54)

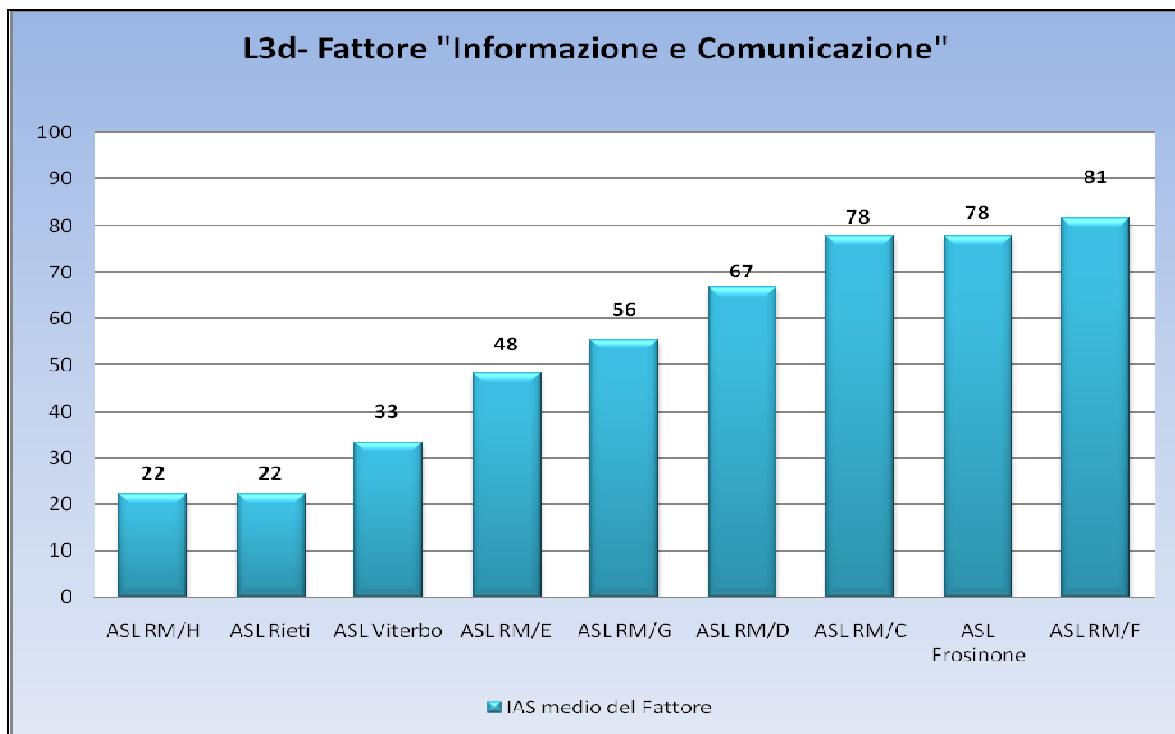


Fig. 23 - Confronto dell’andamento degli IAS fattore “Informazione e comunicazione” – Livello cure primarie, Ser.T., prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE" Livello 3d	
(L3d) Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell’ultimo anno	
(L3d) Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	
(L3d) Disponibilità all’ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti	
(L3d) Disponibilità all’ingresso di opuscoli informativi con le funzioni degli operatori	
(L3d) Disponibilità al momento dell’ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti	
(L3d) Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all’ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla	
(L3d) Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento	
(L3d) Cartello aggiornato con le qualifiche degli operatori	
(L3d) Cartellonistica stradale in prossimità della struttura	

Commento:

Il fattore informazione e comunicazione a livello dei n.14 Ser.T. considerati ottiene un punteggio discreto. Il suo andamento descrive una situazione di forte disomogeneità tra le nove ASL di riferimento con punteggi che variano dall’ottimo della ASL RM F allo scadente delle ASL RM H, di Rieti e Viterbo.

L'elemento di eccellenza

- Nei siti web di tutte le aziende considerate sono fornite informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla.

Un punto di forza

- Nella maggior parte dei Ser.T. osservati è disponibile un numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento (IAS medio=74).

Molti punti da migliorare (IAS<42)

- La formazione rivolta ad operatori volontari/gestori di discoteche ecc. da parte dei Ser.T.. Su n.14 servizi considerati nell'ultimo anno solo n.5 di essi²¹ hanno realizzato questo tipo di attività (IAS medio=35).
- Il raccordo tra operatori del Servizio e i medici di medicina generale dei pazienti, solo la metà²² dei Ser.T. considerati dispone di una procedura per favorire tale azione (IAS medio=41).
- L'informazione generale per un miglior orientamento dei cittadini, in particolare rispetto: ai diritti e alle responsabilità dei pazienti attraverso la predisposizione di un opuscolo (IAS medio=44), alla cartellonistica stradale in prossimità della struttura (IAS medio=31), alla trasparenza per quanto concerne la cartellonistica interna alla struttura con l'indicazione aggiornata delle qualifiche degli operatori (IAS medio=37).

3.5 Fattore “Comfort”

Il comfort ottiene un punteggio medio buono pari a 67 che lo colloca, rispetto all'area dell'orientamento al cittadino, in una posizione intermedia per la quale è opportuno un investimento in direzione di un maggiore adeguamento agli standard. Il fattore risulta più critico per i Ser.T. (IAS medio=49) e per i CSM (IAS medio=51).

²¹ Le ASL di riferimento dei servizi che rispettano lo standard per l'indicatore sono: RM F (Ser.T. di Civitavecchia e Capena), Frosinone, Viterbo (Ser.T. Via Romiti – Viterbo), Rieti.

²² Le ASL di riferimento dei servizi che rispettano pienamente lo standard per l'indicatore sono: RM D, RM E (Ser.T. di Valcannuta e di Santa Maria della Pietà), RM F e Frosinone.

3.5.1 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Comfort”

BUONO (IAS medio del fattore=68)

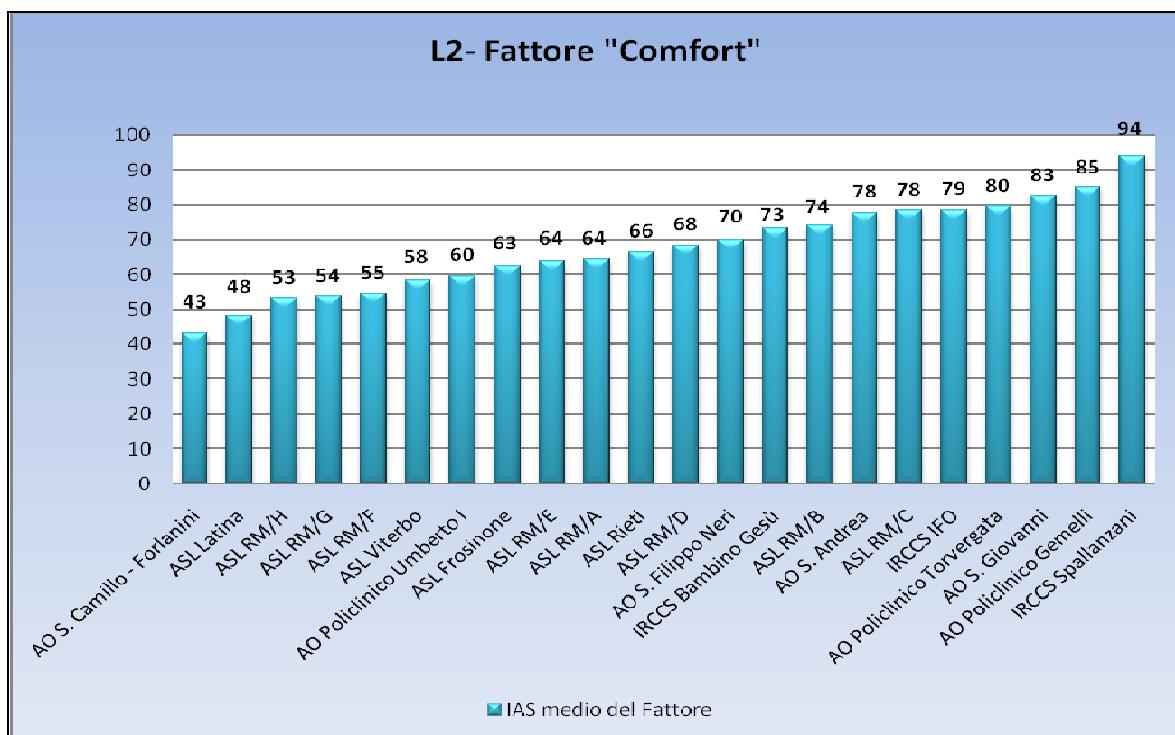


Fig. 24 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello assistenza ospedaliera, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "COMFORT" Livello 2

- (L2) Numero posti letto in camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza, su numero totale di posti letto
- (L2) Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria
- (L2) Unità Operative con lavapadelle a ciclo di disinfezione
- (L2) Richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte
- (L2) Bar accessibile ai pazienti
- (L2) Punto vendita, all’interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona
- (L2) Barbiere e parrucchiere (operanti a tempo pieno o a orario fisso nel presidio, o a chiamata)
- (L2) Possibilità di acquistare giornali e riviste
- (L2) Sportello Bancomat (o sportello bancario)
- (L2) Parcheggio interno per il pubblico
- (L2) Parcheggio taxi in prossimità dell’ospedale
- (L2) Parcheggio interno con posti riservati a disabili
- (L2) Posti a sedere nell’atrio dell’ospedale
- (L2) Elementi decorativi nell’atrio principale (quadri, piante)
- (L2) Rilevamento nelle parti comuni dell’ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
- (L2) Rilevamento nelle parti comuni dell’ospedale di vetri rotti
- (L2) Rilevamento nelle parti comuni dell’ospedale di finestre che non si chiudono
- (L2) Rilevamento nelle parti comuni dell’ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
- (L2) Rilevamento nelle parti comuni dell’ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato

(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di rubinetti rotti
(L2) Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di servizi igienici fuori uso
(L2) Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso
(L2) Bagno per disabili nel Pronto Soccorso
(L2) Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso
(L2) Bagni del Pronto Soccorso dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori porta rifiuti; appendiabito.
(L2) Gabinetti del Pronto Soccorso dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero; carta igienica; appendiabito.
(L2) Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso
(L2) Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano)
(L2) Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (presenza al piano)
(L2) Possibilità per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso di avere acqua, in qualsiasi momento, e alimenti gratuiti
(L2) Ambulatori dotati di spazio d'attesa
(L2) Distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori
(L2) Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori
(L2) Ambulatori con bagni per disabili
(L2) Ambulatori con bagni per il pubblico
(L2) Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L2) Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito
(L2) Unità operative con stanze di degenza con più di 4 posti letto
(L2) Unità Operative che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchieri)
(L2) Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata
(L2) Unità Operative con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto
(L2) Unità Operative con bagni per disabili
(L2) Unità Operative con bagni per i degenti nelle stanze di degenza
(L2) Unità Operative con bagni dotati di: specchio; mensola; contenitore portarifiuti; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; appendiabito
(L2) Unità Operative con gabinetti dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di vetri rotti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di stanze di degenza senza finestre
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di finestre che non si chiudono
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di rubinetti rotti
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale di servizi igienici fuori servizio
(L2) Rilevamento nelle Unità Operative dell'ospedale dell'assenza di acqua calda

Commento:

Il fattore “Comfort” a livello di assistenza ospedaliera è mediamente buono con un IAS pari a 68.

L’analisi dell’andamento dei punteggi tra le n. 22 aziende considerate evidenzia che in nessun caso è raggiunto il rispetto pieno degli standard, solo in tre casi il punteggio medio è ottimo (IAS medi compresi tra 94 e 83) mentre in ben n. 7 casi l’IAS medio delle aziende è discreto con punteggi compresi tra 60 e 43.

Alla valutazione del fattore concorrono n. 38 indicatori che rilevano una serie di aspetti nell’ambito delle prestazioni alberghiere dei presidi ospedalieri osservati e n. 18 “eventi sentinella” che registrano la presenza di varie tipologie di segni di faticenza e degrado delle strutture sia nelle parti comuni degli ospedali sia nelle singole unità operative. La presenza di “eventi sentinella” incide in maniera significativa sul calcolo dell’IAS poiché genera l’attribuzione di un punteggio negativo.

Dall’analisi degli IAS medi degli indicatori rilevati nei n. 29 presidi ospedalieri di riferimento emerge che, lo standard è pienamente raggiunto da tutti gli ospedali, solo per quanto riguarda la presenza nel Pronto soccorso di uno spazio d’attesa con posti a sedere e di un bagno per il pubblico. Da segnalare infine che sul punteggio medio complessivo del fattore incidono negativamente ben n. 17 eventi sentinella.

I punti di forza (IAS>80)

- L’accoglienza dei cittadini. Quasi tutti i presidi osservati dispongono di: un bar accessibile ai pazienti (IAS medio=86); un parcheggio interno con posti riservati a disabili (IAS medio=98); posti a sedere nell’atrio dell’ospedale (IAS medio=89); elementi decorativi nell’atrio principale (IAS medio=87); di un Pronto soccorso dotato di bagno per disabili (IAS medio=92), distributore di bevande/alimenti (IAS medio=92); di ambulatori dotati di uno spazio d’attesa (IAS medio=91), bagni per il pubblico (IAS medio=93).
- Alcuni aspetti della degenza. Nella quasi totalità dei casi le Unità operative di degenza sono dotate di: lavapadelle a ciclo di disinfezione (IAS medio=83), stanze di degenza con un numero massimo di quattro letti (IAS medio=89) accessoriate con sedia, comodino, armadietto (IAS medio=97), con bagni per disabili (IAS medio=81) e che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere) (IAS medio=97).

I punti di debolezza (IAS<50)

- I segni di faticenza e di degrado delle strutture ospedaliere. Il quadro complessivo dell’analisi dei dati descrive una situazione abbastanza diffusa di trascuratezza e spesso di vero e proprio degrado strutturale degli edifici che ospitano i presidi ospedalieri considerati, in particolare per quanto concerne le unità operative. La tabella n. 6 descrive il dettaglio dei segni di faticenza e degrado rilevati e i rispettivi presidi ospedalieri di riferimento. Rispetto allo scorso anno, sembrerebbe migliorata la situazione delle parti comuni mentre resta mediamente critica quella delle unità operative di degenza. Per correttezza ci sembra doveroso segnalare che in alcuni casi sono in corso dei lavori di ristrutturazione, ad esempio presso il Santo Spirito, San Camillo, Forlanini.
- Il rapporto tra il numero di gabinetti per degenti sul totale dei posti letto di degenza ordinaria (IAS medio=46).

- Alcuni aspetti dell'accoglienza e dei servizi offerti. Solo in prossimità di n. 3 presidi ospedalieri su 27 è presente un parcheggio per il pubblico (IAS medio=32); ancora da migliorare la presenza di distributori di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano) (IAS medio=47); poche sono le Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata (IAS medio=18)

QUADRO DI SINTESI DEGLI OSPEDALI NEI QUALI SONO STATI RILEVATI SEGNI DI FATISCENZA E DEGRADO STRUTTURALE		
Descrizione indicatore (L2)	Presenza nelle parti comuni della struttura	Presenza in una o più Unità Operative di degenza
Segni di faticenza alle pareti	Forlanini, San Camillo, San Filippo Neri, F. Spaziani (ASL di Frosinone), E. De Santis (Genzano – ASL RM H), L. Spolverini (Ariccia – ASL RM H), PO di Colleferro (ASL RM G)	IFO, Sant'Andrea, Forlanini, Policlinico Umberto I, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), San Camillo De Lellis (ASL di Rieti), Santa Maria Goretti (ASL di Latina), San Giuseppe (Albano Laziale – ASL RM H), PO di Colleferro (ASL RM G), Santo Spirito (ASL RM E), G. B. Grassi (ASL RM D), Sant'Eugenio (ASL RM C)
		TOTALE 7
		TOTALE 12
Vetri rotti	Forlanini, San Camillo	Forlanini, Santa Maria Goretti (ASL di Latina)
		TOTALE 2
		TOTALE 2
Finestre che non si chiudono	Forlanini, San Camillo	Forlanini, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), San Camillo De Lellis (ASL di Rieti), Santa Maria Goretti (ASL di Latina), G. B. Grassi (ASL RM D), Sant'Eugenio (ASL RM C)
		TOTALE 6
		TOTALE 6
Insetti, scarafaggi, ecc.	San Camillo	Forlanini, Policlinico Umberto I, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), G. B. Grassi (ASL RM D),
		TOTALE 4
		TOTALE 4
Rifiuti o altro materiale abbandonato	Forlanini, San Camillo	F. Spaziani (ASL di Frosinone)
		TOTALE 1
		TOTALE 1
Soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	Forlanini	Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), San Camillo De Lellis (ASL di Rieti), Santa Maria Goretti (ASL di Latina), San Giuseppe (Albano Laziale – ASL RM H), G. B. Grassi (ASL RM D), Sant'Eugenio (ASL RM C)
		TOTALE 8
		TOTALE 8
Rubinetti rotti	Forlanini, San Camillo	Policlinico Umberto I, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), Santa Maria Goretti (ASL di Latina)
		TOTALE 2
		TOTALE 3

Servizi igienici fuori uso	Forlanini, San Camillo	PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), Santa Maria Goretti (ASL di Latina)
	TOTALE 2	TOTALE 2
Assenza di acqua calda nelle Unità Operative		Policlinico Umberto I, PO di Tarquinia (ASL di Viterbo), Santa Maria Goretti ASL di (Latina), G. Easteman (ASL RM A)
		TOTALE 4

Tabella n. 6 - Quadro di sintesi degli ospedali nei quali sono stati rilevati segni di faticenza e degrado strutturale.

3.5.2 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Comfort”

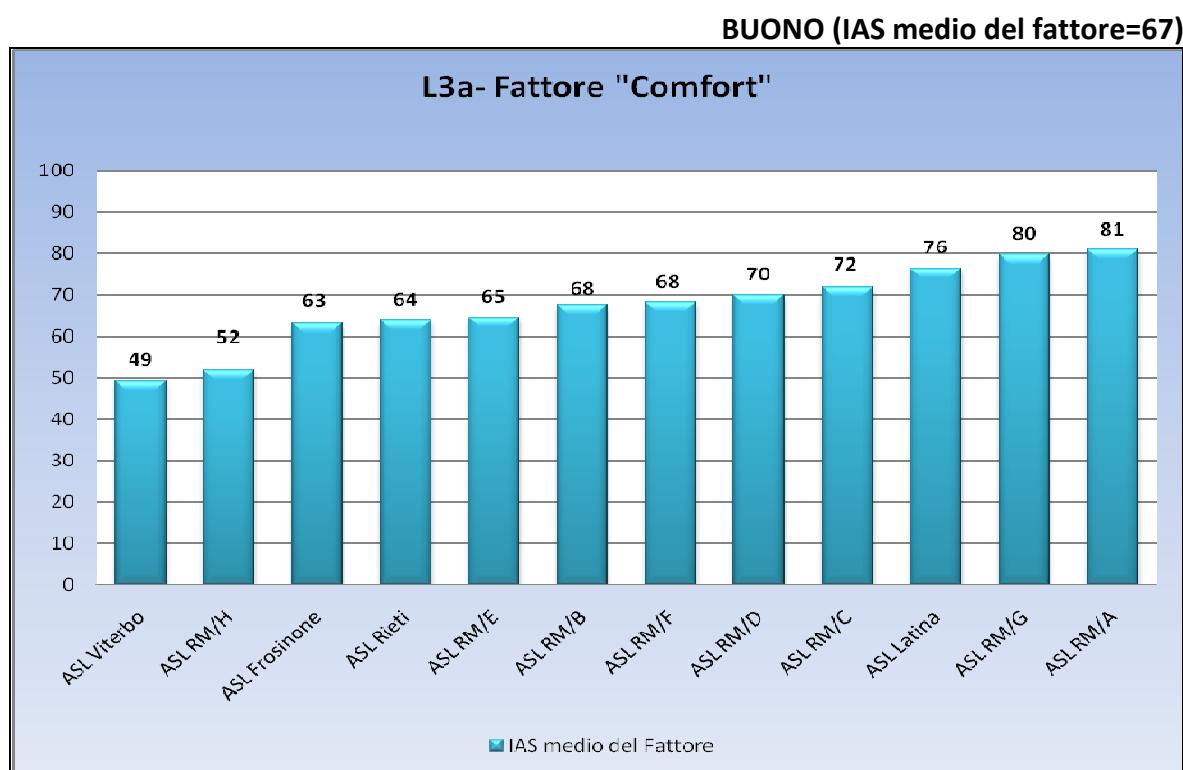


Fig. 25 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, sedi di distretto, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "COMFORT" Livello 3°	
(L3a)	Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto
(L3a)	Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
(L3a)	Spazio d'attesa nella sede di distretto
(L3a)	Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)
(L3a)	Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)
(L3a)	Bagno per disabili nella sede di distretto
(L3a)	Bagno per il pubblico nella sede di distretto
(L3a)	Bagni della sede di distretto dotati di: specchio, dispensatore di sapone, dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda, contenitori portarifiuti, appendiabito

(L3a) 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
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di segni di faticenza alle pareti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di vetri rotti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di finestre che non si chiudono
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di rubinetti rotti
(L3a) Rilevamento nella sede di distretto di servizi igienici fuori uso

Commento:

Il fattore “Comfort” per le n.24 sedi di distretto osservate ottiene mediamente un punteggio buono e il suo andamento è omogeneo per le aziende considerate ad eccezione del risultato discreto per la ASL RM H e la ASL di Viterbo. Tale andamento si riflette anche a livello d'indicatori, da segnalare che sul punteggio medio incide negativamente il rilevamento di alcuni segni di faticenza e degrado strutturale rilevati in alcune strutture.

Standard pienamente rispettati (IAS=100)

- Tutte le sedi di distretto considerate dispongono di posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili e sono dotate di bagno per il pubblico.

I punti di debolezza (IAS<50)

- Solo in un caso su n. 24 è presente nella sede di distretto un distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa (IAS medio=4).
- Segni di faticenza e degrado strutturale. Presenza di segni di faticenza alle pareti nelle sedi di distretto delle ASL RM B²³, RM E²⁴, RM H²⁵, Viterbo²⁶; presenza di rubinetti rotti nelle sedi di distretto delle ASL: RM B²⁷, Viterbo²⁸, RM E²⁹; presenza di servizi igienici fuori uso in una sede di distretto della ASL RM H³⁰, presenza di finestre che non si chiudono in una sede di distretto della ASL di Viterbo³¹, rilevamento di soffitti e/o muri con ragnatele in una sede di distretto della ASL di Viterbo³².

²³ Sede di Distretto n. 2 Municipio VII.

²⁴ Sede di Distretto n. 20.

²⁵ Sede di Distretto H6 Anzio-Nettuno.

²⁶ Sede di Distretto n. 2 - Viale Igea Tarquinia.

²⁷ Sede di Distretto n. 2 Municipio VII.

²⁸ Sede di Distretto n. 2 - Viale Igea Tarquinia.

²⁹ Sede di Distretto n. 20.

³⁰ Sede di Distretto H6 Anzio-Nettuno.

³¹ Sede di Distretto n. 2 - Viale Igea Tarquinia.

³² Sede di Distretto n. 2 - Viale Igea Tarquinia.

3.5.3 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Comfort”

BUONO (IAS medio del fattore=61)

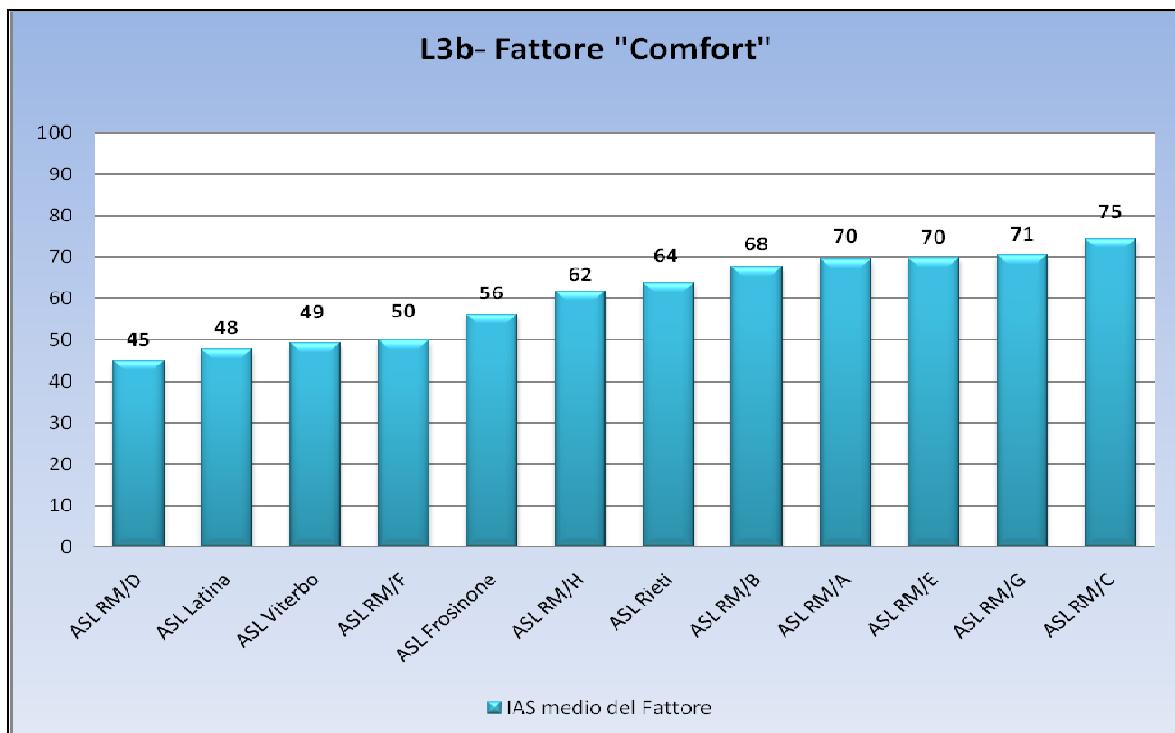


Fig. 26 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, poliambulatorio, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "COMFORT" Livello 3b	
(L3b)	Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio
(L3b)	Posti auto all'esterno della sede del poliambulatorio riservati a disabili
(L3b)	Spazi d'attesa nella sede del poliambulatorio
(L3b)	Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)
(L3b)	Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)
(L3b)	Ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità del locale
(L3b)	Ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale
(L3b)	Bagni della sede del poliambulatorio dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L3b)	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
(L3b)	Rilevamento nella sede del poliambulatorio di segni di faticenza alle pareti
(L3b)	Rilevamento nella sede del poliambulatorio di vetri rotti
(L3b)	Rilevamento nella sede del poliambulatorio di finestre che non si chiudono
(L3b)	Rilevamento nella sede del poliambulatorio della presenza di insetti, scarafaggi ecc.

(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di rubinetti rotti
(L3b) Rilevamento nella sede del poliambulatorio di servizi igienici fuori uso

Commento:

La situazione del comfort nei n. 47 poliambulatori osservati è mediamente buona con un punteggio medio del fattore pari a 61. Come ben evidenzia il grafico c'è una spaccatura tra le aziende di riferimento che in n. 7 casi ottengono un IAS medio buono compreso tra 75 e 62 mentre in n. 5 casi registrano un punteggio discreto con IAS medio compreso tra 56 e 45. Tra gli elementi valutati un aspetto di particolare criticità è rappresentato dalla presenza di segni di faticenza e degrado strutturale nelle sue diverse articolazioni in parte delle strutture osservate. Solo i poliambulatori di riferimento per le ASL RM A, RM E, RM G, Rieti, Frosinone non presentano nessun elemento di faticenza o degrado considerati.

I punti di forza (IAS>80)

- Nella maggior parte dei poliambulatori sono presenti in prossimità della struttura posti auto riservati a disabili (IAS medio=96).
- Quasi tutte le strutture sono dotate di spazi d'attesa (IAS medio=89).
- La quasi totalità dei poliambulatori osservati è dotata di bagni per il pubblico in prossimità del locale (IAS medio=91).

I punti di debolezza (IAS<50)

- Scarsa presenza di parcheggi taxi³³ in prossimità della sede del poliambulatorio (IAS medio=37).
- Ridotta diffusione di distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano) (IAS medio=2).

³³ L'indicatore non è stato valutato per i poliambulatori di riferimento delle ASL di Rieti e di Viterbo in quanto non pertinente.

3.5.4 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Comfort”

DISCRETO (IAS medio del fattore=51)

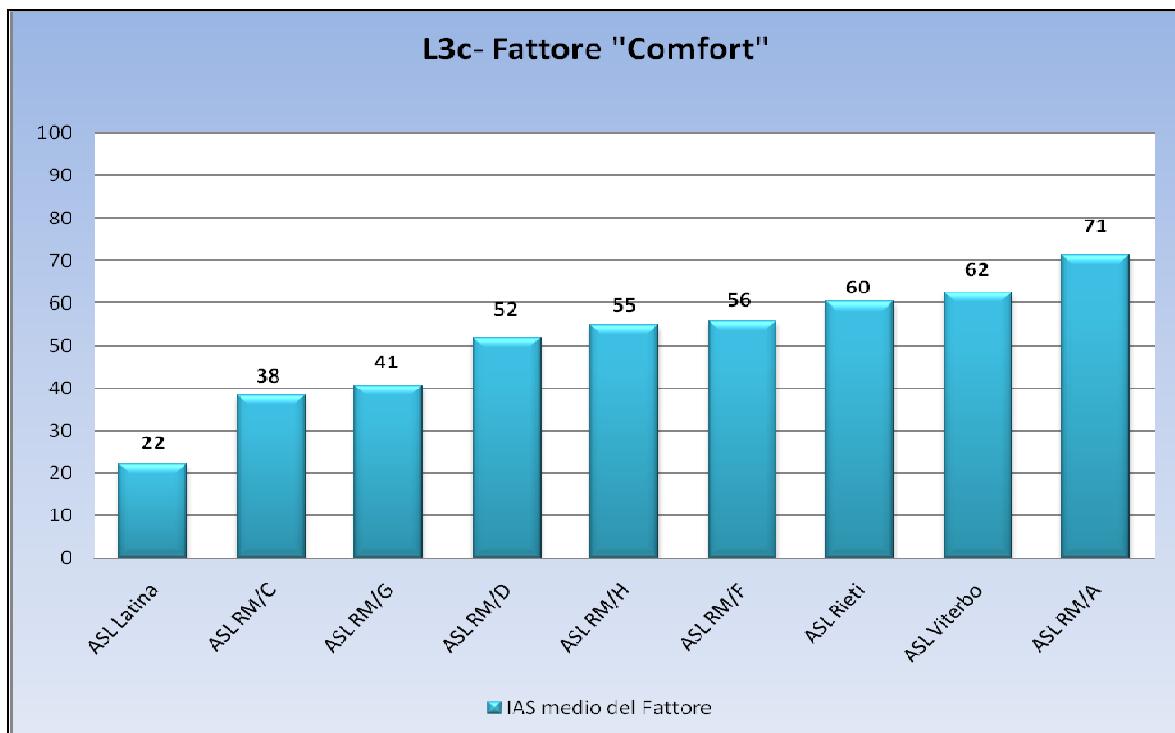


Fig. 27 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, CSM, prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "COMFORT" Livello 3c

(L3c) Parcheggio taxi in prossimità della struttura
(L3c) Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili
(L3c) Spazi d'attesa nella sede della struttura
(L3c) Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3c) Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3c) Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)
(L3c) Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)
(L3c) Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L3c) Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di segni di faticenza alle pareti
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di vetri rotti
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti
(L3c) Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso

Commento:

Il comfort a livello dei CSM osservati ottiene un punteggio medio discreto con IAS pari a 51. Il dato riflette l'esigenza di un'azione di miglioramento generalizzata in particolare per le strutture di riferimento delle ASL RM C, G e di Latina che presentano degli IAS bassi compresi tra 41 e 22. Complessivamente sul fattore incide in maniera negativa il rilevamento di segni di faticoscenza e degrado strutturale in alcuni CSM osservati.

Sui nove indicatori che concorrono alla valutazione del fattore lo standard è rispettato pienamente solo per quanto riguarda la presenza del bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano) (IAS=100) e l'unico punto di forza è rappresentato dalla presenza di spazi d'attesa nella sede della struttura (IAS=96).

Aspetti di particolare criticità (IAS<31)

- Presenza ridotta del parcheggio taxi in prossimità della struttura (IAS medio=10).
- Scarsa diffusione della presenza di distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano) (IAS medio=30).
- Presenza di uno o più segni di faticoscenza e degrado strutturale in almeno un CSM di riferimento delle seguenti ASL: RM C, D, F, G, Latina, Rieti, Viterbo. I segni di faticoscenza e di degrado riscontrati riguardano: le pareti della struttura, presenza di finestre che non si chiudono, soffitti e/o muri con ragnatele e servizi igienici fuori uso.

3.5.5 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Comfort”

DISCRETO (IAS medio del fattore=49)

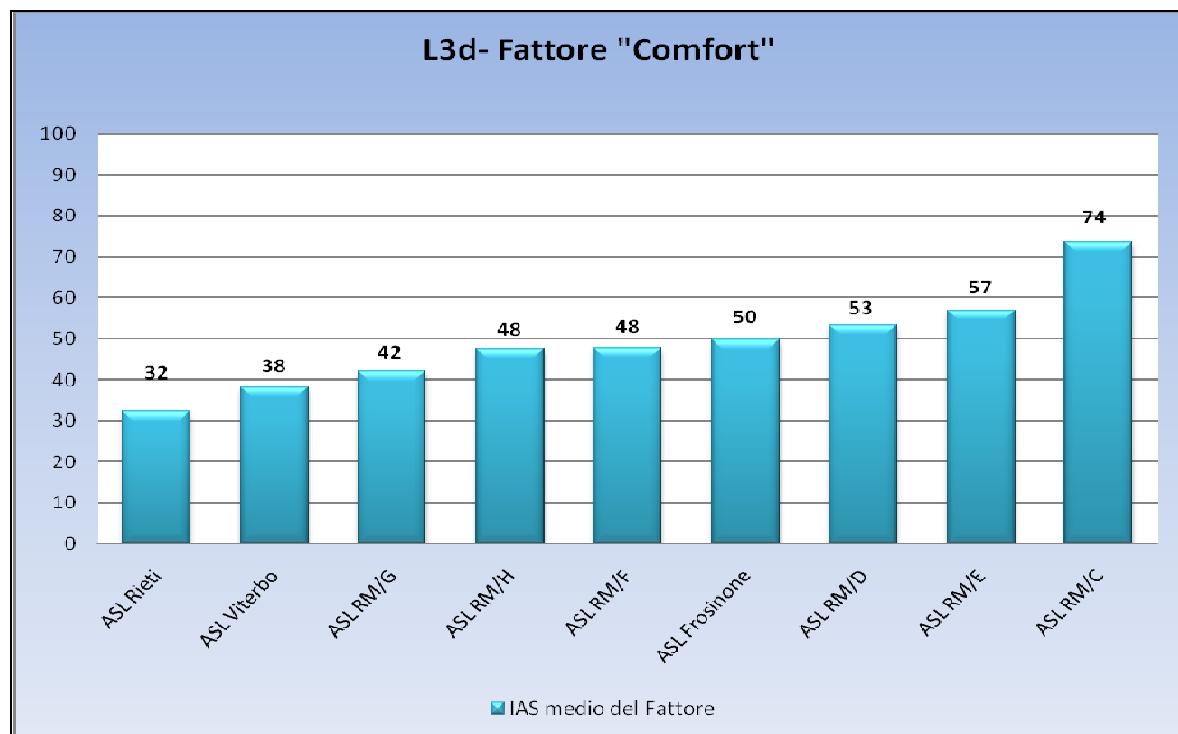


Fig. 28 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Comfort” – Livello cure primarie, Ser.T., prima componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "COMFORT" Livello 3d

(L3d) Parcheggio taxi in prossimità della struttura
(L3d) Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili
(L3d) Spazi d'attesa nella sede della struttura
(L3d) Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3d) Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)
(L3d) Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)
(L3d) Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)
(L3d) Bagni della sede della struttura dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
(L3d) Gabinetti della sede della struttura dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di segni di faticenza alle pareti
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di vetri rotti
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di finestre che non si chiudono
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di rifiuti o altro materiale abbandonato
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di soffitti e/o muri con ragnatele
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di rubinetti rotti
(L3d) Rilevamento nella sede della struttura di servizi igienici fuori uso

Commento

Il livello dei Ser.T. con un IAS medio pari a 49 è l'ambito nel quale il fattore comfort ottiene il risultato medio peggiore con un IAS pari a 49. Osservando l'andamento dei risultati sostanzialmente si registra una certa omogeneità tra le aziende considerate con l'eccezione positiva della ASL RM C (IAS=74) e negative delle ASL di Rieti (IAS=32) e Viterbo (IAS=38). Anche per i Ser.T. il punteggio medio risulta penalizzato dal rilevamento di alcuni segni di faticenza e degrado strutturale in alcuni dei Ser.T. osservati.

Gli standard pienamente rispettati (IAS=100)

- In tutti i casi sono presenti posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili.
- Tutte le sedi Ser.T. sono dotate di bagno per il pubblico.

I punti di criticità (IAS<39)

- Scarsa presenza di un parcheggio taxi in prossimità della struttura (IAS medio=38)³⁴.
- Assenza in tutte le strutture di un distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano) (IAS medio=0).
- Scarsa diffusione di distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano) (IAS medio=4).
- Presenza di segni di faticenza e degrado strutturale in almeno un Ser.T. di riferimento delle seguenti ASL: RM E, F, H e Viterbo. Gli elementi rilevati riguardano i segni di faticenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, soffitti e/o muri con ragnatele e servizi igienici fuori uso.

³⁴ Dalla valutazione dell'indicatore sono stati escluse le strutture di riferimento delle ASL di Rieti e Viterbo che hanno richiesto la non pertinenza per l'elemento valutato.

SECONDA COMPONENTE

INSERIRE FILE PDF PRIMA COMPONENTE

4. Seconda componente: "Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"

La seconda componente attraverso i suoi cinque fattori di valutazione offre un quadro del livello medio d'impegno delle aziende considerate rispetto alla promozione di alcune politiche particolarmente rilevanti quali la sicurezza, intesa come sicurezza dei pazienti e delle strutture, l'oncologia e la cronicità, la gestione del dolore e la prevenzione. La tabella riassume l'andamento medio degli IAS dei fattori per i relativi livelli di analisi.

Legenda	Classi di giudizio punteggio IAS
L1=Livello aziendale	IAS 100-81 = OTTIMO
L2=Livello assistenza ospedaliera	IAS 80-61 = BUONO
L3a=Livello sedi di distretto	IAS 60-41 = DISCRETO
L3b=Livello poliambulatorio	IAS 40-21 = SCADENTE
L3c=Livello CSM	IAS 20-0 = PESSIMO
L3d=Livello Ser.T.	IAS >=80 PUNTI DI FORZA IAS <=50 PUNTI DI DEBOLEZZA IAS=100 ECCELLENTE

Tabella n. 7 - Tabella di equivalenza delle classi di punteggio IAS in termini di giudizi.

Seconda componente: Impegno delle aziende nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario IAS MEDIO CICLO 2011 = 78						
Fattori	L1	L2	L3a	L3b	L3c	L3d
2.6 Sicurezza dei pazienti	92	80	=	=	=	=
2.7 Sicurezza delle strutture e degli impianti	98	87	79	71	59	58
2.8 Malattie croniche e oncologia	80	=	=	=	=	=
2.9 Gestione del dolore	72	68	=	=	=	=
2.10 Prevenzione	70	77	79	68	54	81

Tabella n. 8 - Quadro della distribuzione degli IAS dei fattori per livelli di analisi della seconda componente.

Da una visione d'insieme i risultati descrivono una situazione mediamente buona dove ben tre fattori su cinque ottengono un punteggio medio compreso tra 85 e 80 individuando nella sicurezza dei pazienti, la sicurezza delle strutture e degli impianti e l'area delle malattie croniche e l'oncologia dei punti di forza.

L'ambito della prevenzione è il fattore che registra il punteggio medio più basso (IAS medio=68).

Per una corretta lettura dei dati è opportuno ricordare che la valutazione dei fattori è limitata ad alcuni aspetti specifici riportati analiticamente nelle pagine che seguono.

Rispetto al ciclo precedente di Audit civico, come mostra la fig. 29 la distribuzione dei fattori sostanzialmente è simile, complessivamente si registra un aumento medio dell'IAS della componente da 76 (IAS 2010) a 78 (IAS 2011).

Più specificatamente tale miglioramento risulta più consistente per il fattore “Gestione del dolore” (da 65 IAS medio 2010 a 70 IAS medio 2011) e “Malattie croniche ed oncologia” (da 72 IAS medio 2010 a 80 IAS medio 2011).

Nell’ambito della gestione del dolore il cambiamento più positivo riguarda il livello aziendale da 64 (IAS medio 2010) a 72 (IAS medio 2011) mediamente sono aumentate le ASL che dispongono di strutture per le Cure Palliative nell’ambito delle cure domiciliari (IAS medio indicatore da 70 nel 2010 a 92 nel 2011).

Per quanto concerne le malattie croniche e l’oncologia a livello aziendale c’è stato un netto miglioramento relativamente all’attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche da 63 (IAS medio 2010) a 82 (IAS medio 2011) e la diffusione tra le ASL laziali di procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia (IAS medio dell’indicatore da 50 nel 2010 a 67 nel 2011).

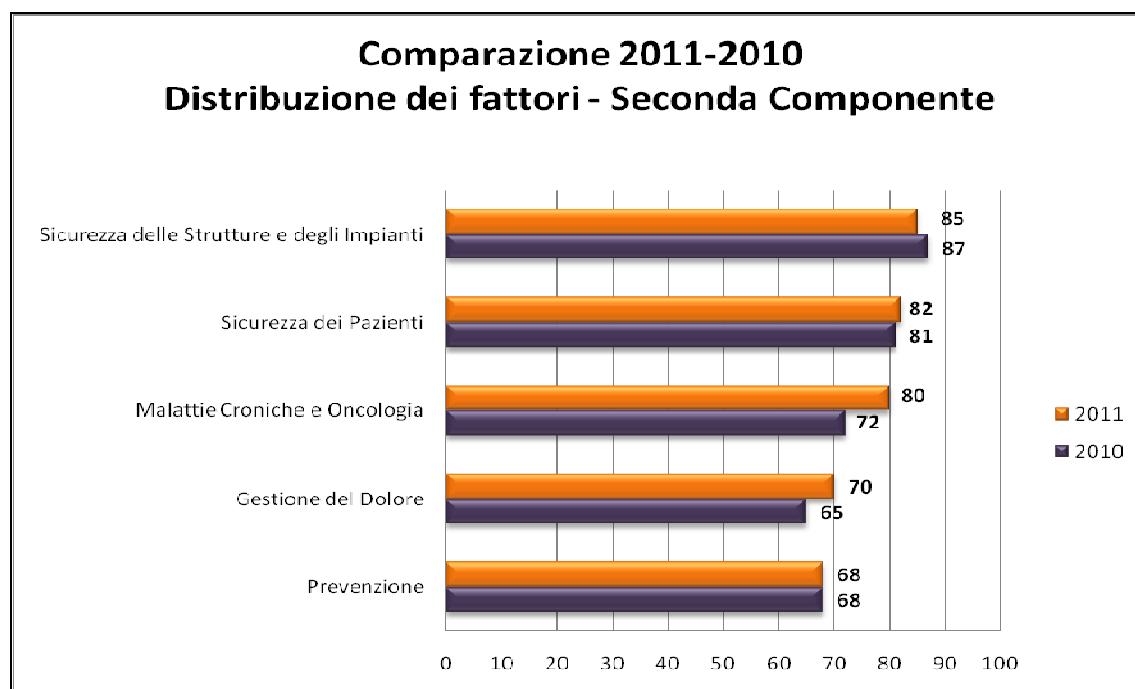


Fig. 29 - Comparazione dell’andamento della distribuzione dei fattori della seconda componente 2011-2010.

4.1 Fattore “Sicurezza dei pazienti”

Il fattore con un IAS medio pari a 82 rappresenta il secondo punto di forza della componente, in particolare risulta particolarmente positivo a livello aziendale dove ottiene un punteggio medio ottimo.

4.1.1 Livello aziendale – Fattore “Sicurezza dei pazienti”

OTTIMO (IAS medio del fattore=92)

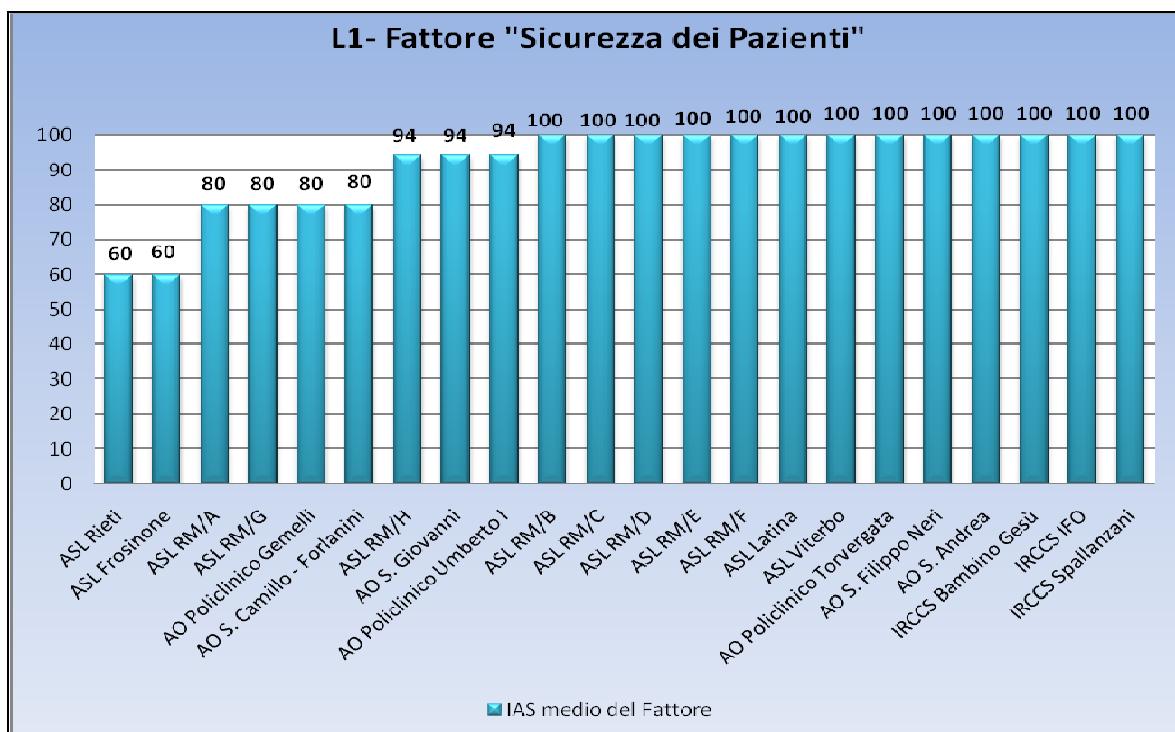


Fig. 30 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "SICUREZZA DEI PAZIENTI" Livello 1

- (L1) Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico
- (L1) Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
- (L1) Comitato per il buon uso del sangue
- (L1) Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari
- (L1) Procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con Assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso

Commento:

La sicurezza dei pazienti a livello aziendale è valutata sulla base dei cinque indicatori riportati nella tabella precedente e il risultato è decisamente positivo con un IAS medio pari a 92. Sui cinque indicatori considerati tutte le aziende rispettano pienamente lo standard per quanto concerne la presenza di una funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico, della commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e del comitato per il buon uso del sangue. Osservando l’andamento del fattore tra le 22 aziende considerate ad eccezione delle ASL di Rieti e Frosinone che ottengono un punteggio discreto (IAS=60) si registra mediamente un andamento ottimo con ben 13 casi di rispetto pieno degli standard (IAS=100).

Rispetto ai risultati del 2010 a fronte del miglioramento degli indicatori relativi alla presenza di una funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico e del comitato per il buon uso del sangue, si registra un lieve peggioramento degli indicatori relativi alla realizzazione negli ultimi due anni di corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti rivolti agli operatori sanitari da 100 (IAS medio 2010) a 92 (IAS medio 2011) e alla presenza di procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con possibilità di assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso da 71 (IAS medio 2010) a 69 (IAS medio 2011). Quest'indicatore segnala l'esigenza di un maggiore adeguamento allo standard da parte di nove aziende che in sei ottengono punteggio pari a 0 e in tre casi presentano un IAS è pari a 70.

4.1.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Sicurezza dei pazienti”

BUONO (IAS medio del fattore=80)

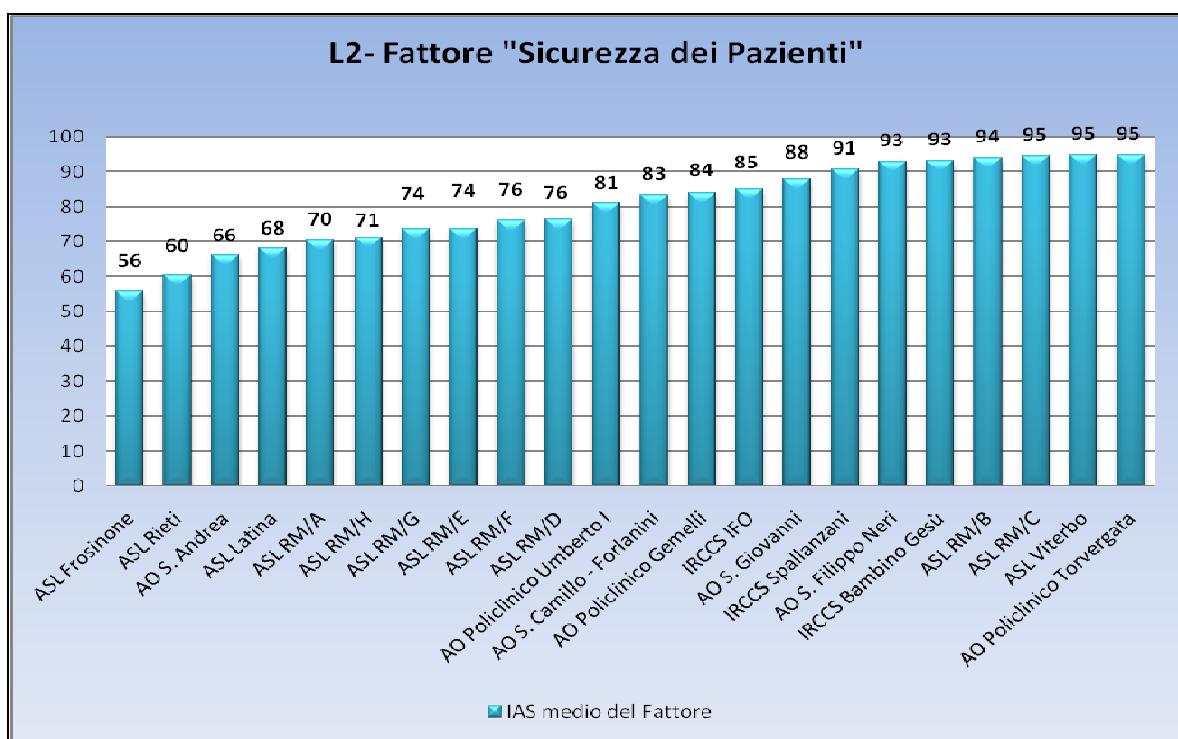


Fig. 31 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza dei pazienti” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "SICUREZZA DEI PAZIENTI" Livello 2

- (L2) Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere
- (L2) Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio
- (L2) Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici
- (L2) Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio
- (L2) Protocollo per il cateterismo urinario
- (L2) Linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
- (L2) Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali

(L2) Procedura scritta per il consenso informato nella quale è prevista la richiesta a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato
(L2) Procedura/linea guida scritte contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita
(L2) Utilizzo di materassi o letti appositi per prevenire le ulcere da decubito nelle U.O. di medicina generale e/o di lungodegenza e/o di geriatria
(L2) Utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologica
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto"
(L2) Procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti
(L2) Procedure scritte per il lavaggio delle mani
(L2) 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
(L2) Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza
(L2) Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici
(L2) Numero di infermieri che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale degli infermieri
(L2) Procedura scritta con indicazioni per impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni
(L2) Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari

Commento:

Il fattore nei 29 presidi ospedalieri osservati ottiene un punteggio mediamente buono e presenta un andamento omogeneo tra le aziende considerate: in 12 aziende il risultato è mediamente ottimo con punteggi compresi tra 95 e 81 e in 8 aziende è mediamente buono con punteggi compresi tra 76 e 66, solo per i presidi ospedalieri di riferimento delle ASL di Frosinone (IAS medio=56) e di Rieti (IAS medio=60) il risultato è discreto.

Il buon andamento del fattore si riflette anche a livello dei 25 indicatori che concorrono alla valutazione dove in cinque casi è rispettato pienamente lo standard e solo in tre casi il punteggio medio degli indicatori rappresenta una criticità (con IAS compresi tra 43 e 27).

Standard pienamente rispettati

Presenza della seguente documentazione.

- Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio.
- Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici.

- Procedure scritte per il lavaggio delle mani.
- Adozione delle seguenti modalità operative.
- Utilizzo di materassi o letti appositi per prevenire le ulcere da decubito nelle U.O. di medicina generale e/o di lungodegenza e/o di geriatria.
- Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza.

Aspetti da migliorare

- Implementazione della raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto" (IAS medio=65)³⁵.
- Diffusione di procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti (IAS medio=70).
- Adozione di una 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 (IAS medio=62).

Elementi di particolare debolezza (IAS < 44)

- Livello di partecipazione negli ultimi due anni ad un corso di BLS da parte dei medici (IAS medio=26) e degli infermieri (IAS medio=35).
- Implementazione della Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari (IAS medio=43).

4.2 Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

La sicurezza delle strutture e degli impianti con un punteggio medio pari ad 85 è il fattore migliore della seconda componente.

La valutazione del fattore riguarda tutti i sei livelli di analisi previsti dall'Audit civico e dall'analisi dell'andamento degli IAS emerge che mentre per i livelli aziendale e dell'assistenza ospedaliera la sicurezza delle strutture e degli impianti rappresenta un punto di forza , a livello delle cure primarie ed in particolare dei CSM e Ser.T., il fattore mostra una certa debolezza.

³⁵ L'indicatore non è pertinente per i seguenti presidi ospedalieri: IRCCS Spallanzani, IFO e Bambin Gesù , AO Sant'Andrea e Policlinico Tor Vergata.

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

OTTIMO (IAS medio del fattore=98)

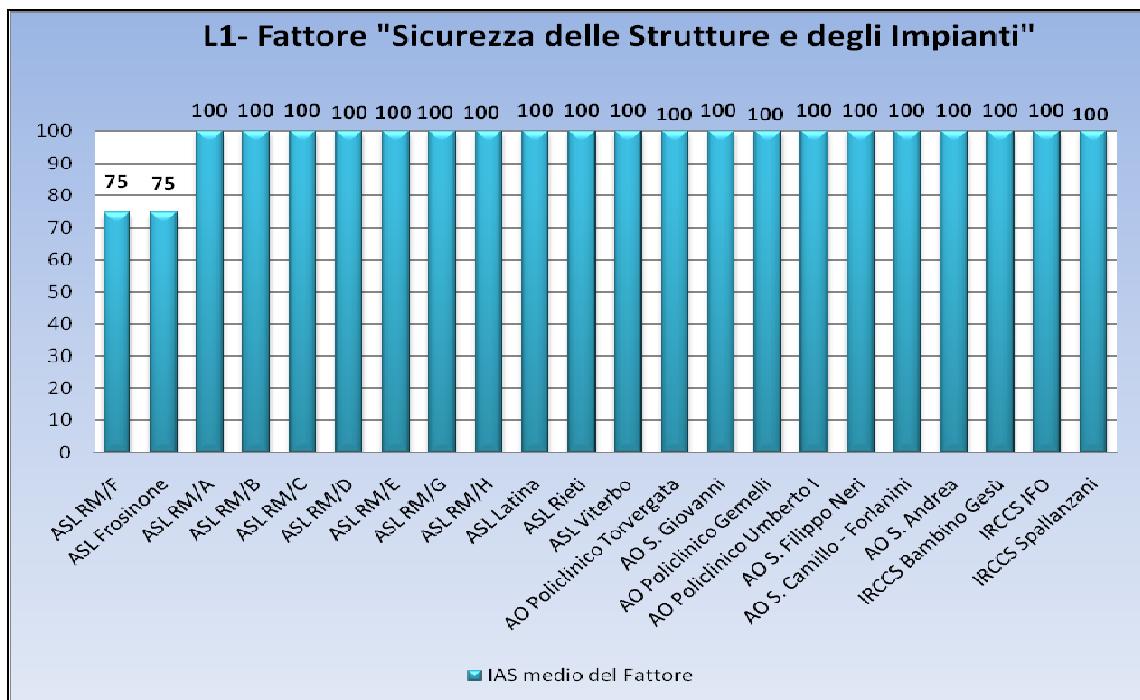


Fig. 32 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI" Livello 1

- (L1) Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini
- (L1) 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
- (L1) Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)
- (L1) Servizio di ingegneria clinica

Commento:

A livello aziendale il fattore ottiene un punteggio ottimo pari a 98 e come si evince dal grafico il suo andamento descrive una situazione di pieno rispetto degli standard considerati da parte di 20 aziende su 22. Le ASL di Frosinone e RM F che presentano entrambe un IAS pari a 75 risultano prive del servizio di ingegneria clinica. I risultati del 2011 sono sostanzialmente in linea con quelli del precedente anno.

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

OTTIMO (IAS medio del fattore=87)



Fig. 33 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI" Livello 2

(L2) Accesso dedicato ai mezzi di trasporto diretti al Pronto Soccorso
(L2) Camera calda al Pronto Soccorso
(L2) Individuazione all’interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni
(L2) Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l’individuazione degli estintori
(L2) Unità Operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione

Commento:

La sicurezza delle strutture e degli impianti a livello dell’assistenza ospedaliera è mediamente ottima. Rispetto agli elementi valutati però le aziende mostrano una certa variabilità infatti solo in 5 casi sono rispettati pienamente tutti gli standard (IAS=100) mentre in 12 casi il punteggio medio seppur ottimo è compreso tra 98 e 82, in 4 casi è buono con IAS medi compresi tra 78 e 64 e in un caso discreto (IAS=58).

Dall'analisi dei risultati relativi ai sette indicatori non emergono particolari criticità, da segnalare l'assenza della camera calda al Pronto Soccorso in sette presidi ospedalieri³⁶ (IAS medio dell'indicatore=80).

Un ulteriore elemento di attenzione è rappresentato dalla rilevazione di unità operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione, le situazioni più critiche, ossia dove la piantina è assente o scarsamente presente riguardano i presidi ospedalieri di riferimento delle seguenti aziende: ASL RM G (IAS medio=0), ASL di Latina (IAS medio=4), ASL di Viterbo (IAS medio=0), ASL di Frosinone (IAS medio=9), AO Policlinico Umberto I (IAS medio=17) e AO San Camillo (IAS medio=35).

4.2.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

La sicurezza delle strutture e degli impianti a livello delle cure primarie nelle sue diverse articolazioni è valutata sulla base della rilevazione nelle sedi di distretto, dei poliambulatori, dei CSM e dei Ser.T. della presenza degli elementi riportati nella tabella che segue.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI" Livello 3 a, b, c, d	
(L3a) Segnaletica per le vie di fuga	
(L3a) Segnaletica per l'individuazione degli estintori	
(L3a) Piantina di piano di evacuazione	

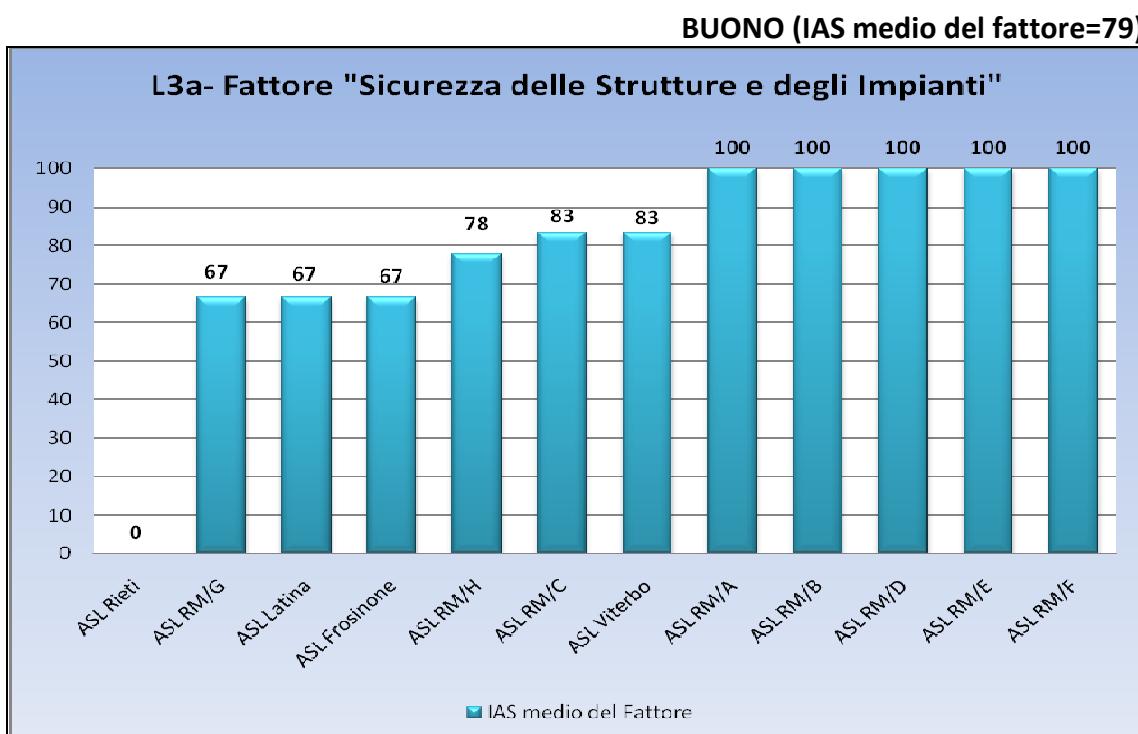


Fig. 34 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, sedi di distretto, seconda componente.

³⁶ Si tratta dei seguenti presidi ospedalieri: G. Easteman (ASL RM A), Oftalmico (ASL RM E), San Paolo di Civitavecchia (ASL RM F), De Santis di Genoano, L. Spolverini di Ariccia e San Giuseppe di Albano laziale (ASL RM H), Ospedale di Tarquinia (ASL di Viterbo).

Commento:

Nelle 24 sedi di distretto osservate mediamente è stata riscontrata una buona presenza degli elementi considerati per la valutazione del fattore (vedi tabella n. 8) con un IAS medio pari a 79. A fronte delle cinque ASL che rispettano pienamente gli standard considerati e dell'andamento medio comunque buono delle altre da notare il pessimo risultato della ASL di Rieti.

Degli indicatori considerati è la presenza della piantina del piano di evacuazione nella sede di distretto a registrare il punteggio più basso (IAS medio=57).

4.2.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

BUONO (IAS medio del fattore=71)

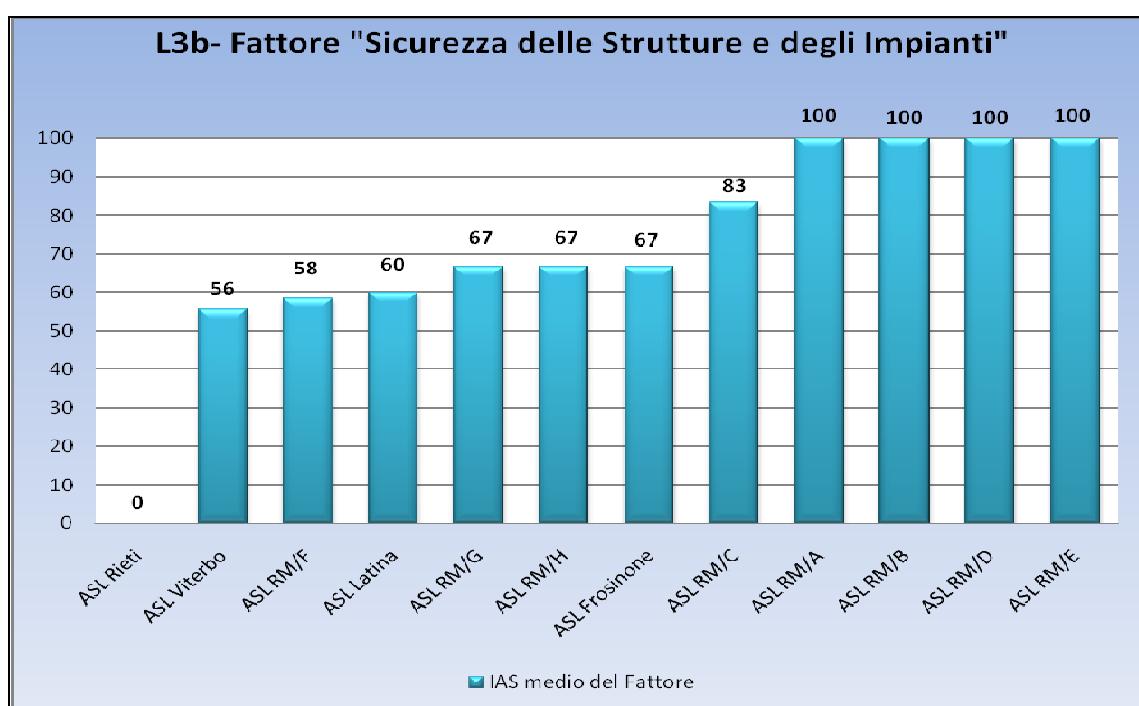


Fig. 35 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, poliambulatorio, seconda componente.

Commento:

A livello dei poliambulatori il fattore ottiene un risultato mediamente buono con un IAS medio pari a 71. Come evidenzia il grafico c'è una certa variabilità tra le aziende che si riflette anche a livello dei singoli indicatori, i cui punteggi medi sono compresi tra 87 e 50. Anche per i poliambulatori è la presenza della piantina del piano di evacuazione nella sede di distretto a registrare il punteggio più basso (IAS medio=50).

4.2.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

DISCRETO (IAS medio del fattore=59)

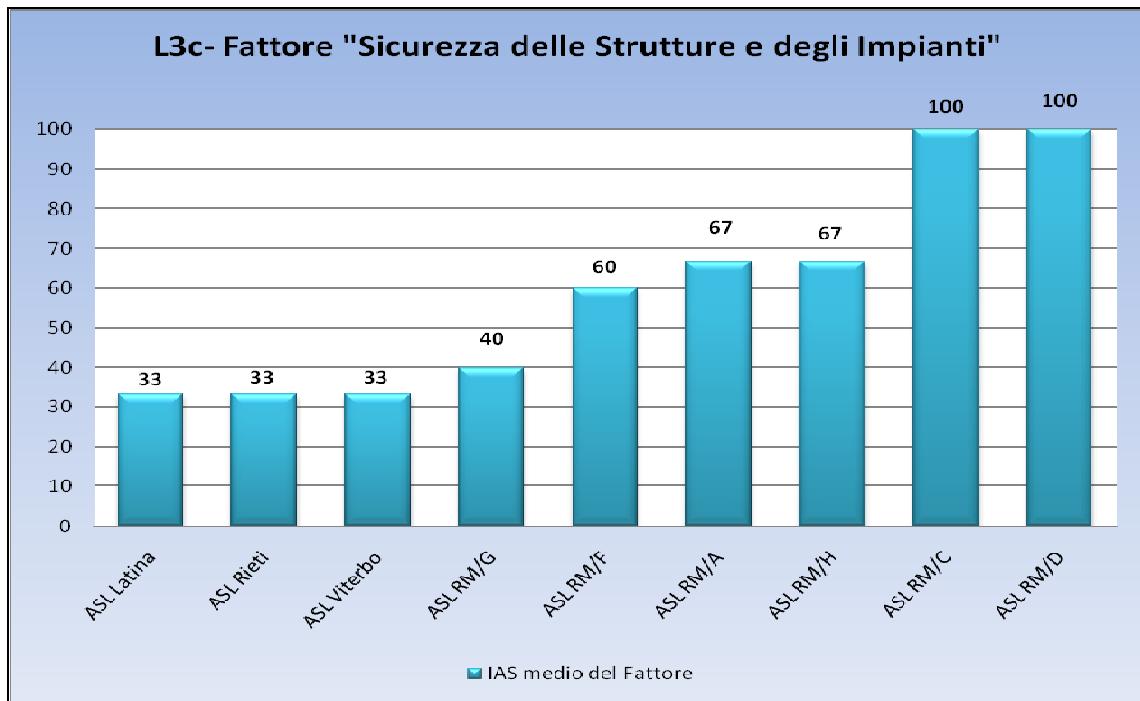


Fig. 36 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, CSM, seconda componente.

Commento:

La sicurezza delle strutture e degli impianti a livello dei CSM relativamente ai tre elementi che concorrono alla valutazione del fattore è mediamente discreta con punteggio pari a 59. Il grafico descrive una situazione di disomogeneità tra le aziende: in due casi c’è il pieno rispetto degli standard, in altri due casi l’ias è mediamente buono, in un caso discreto e in ben quattro casi è scadente con punteggi compresi tra 40 e 33. L’indicatore più critico anche per i CSM è la presenza della piantina del piano di evacuazione nella sede del servizio (IAS medio=31).

4.2.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti”

DISCRETO (IAS medio del fattore=58)

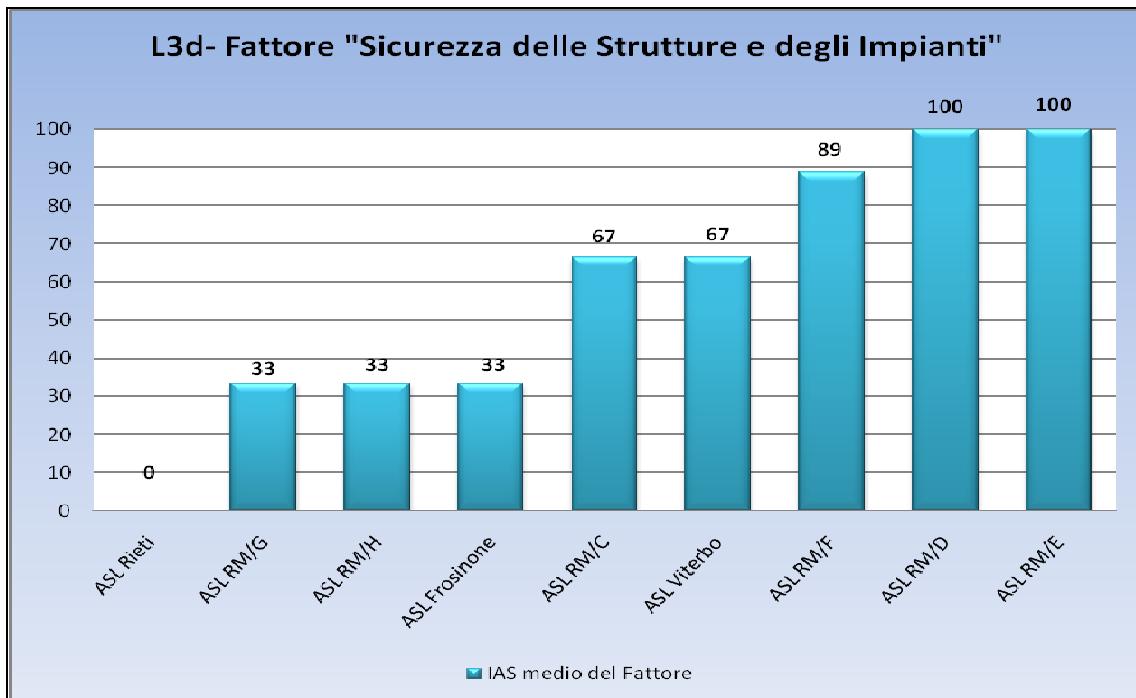


Fig. 37 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” – Livello cure primarie, Ser.T., seconda componente.

Commento:

Il livello dei Ser.T. è quello che ottiene il punteggio più basso per quanto concerne la sicurezza delle strutture e degli impianti con un IAS medio del fattore pari a 58.

Ad eccezione del pieno rispetto degli standard da parte dei servizi di riferimento delle ASL RM E e D, l’andamento del fattore indica una certa variabilità tra le aziende con una situazione di particolare criticità per i servizi Ser.T. di riferimento della ASL di Rieti che non rispettano alcun standard.

Nei Ser.T., a differenza degli altri livelli di analisi delle cure primarie risulta poco diffusa la presenza della segnaletica per le vie di fuga (IAS medio=50) oltre che della piantina del piano di evacuazione nella sede del servizio (IAS medio=46).

4.3 Fattore “Malattie croniche e oncologia”

L’area delle malattie croniche e dell’oncologia con un IAS medio pari a 80 rappresenta un punto di forza dell’impegno dell’azienda a promuovere politiche di particolare rilievo sociale e sanitario. Come già anticipato ad inizio sezione (vedi pag.) il fattore rispetto ai risultati del precedente ciclo ha registrato un miglioramento significativo da 72 (IAS medio 2010) a 80 (IAS medio 2011).

Alla valutazione del fattore concorrono dodici indicatori rilevati esclusivamente a livello aziendale che prendono in considerazione aspetti connessi alla presa in carico e all'assistenza delle persone con patologie croniche e oncologiche.

BUONO (IAS medio del fattore=80)

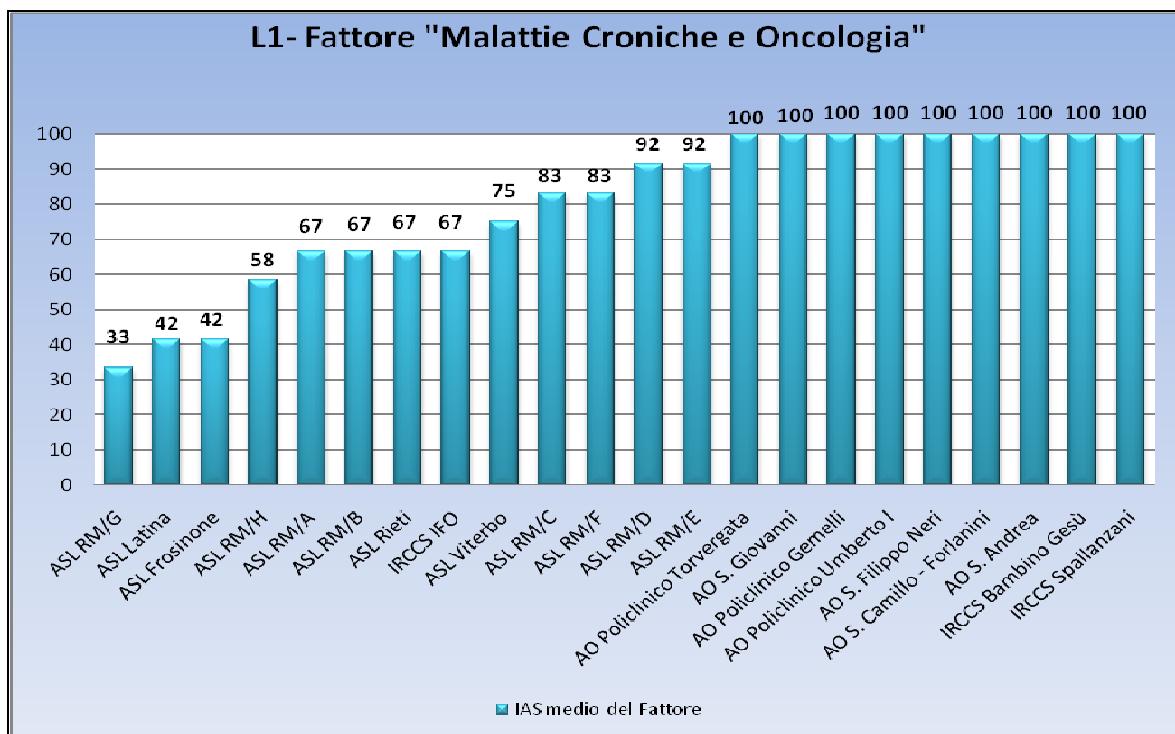


Fig. 38 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Malattie croniche e oncologia" – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA" Livello 1

(L1) Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche
(L1) Centri di counselling genetico per pazienti con patologie croniche o rare
(L1) Servizio di cure chemioterapiche
(L1) Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)
(L1) Centri di riferimento dell'azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia
(L1) Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia
(L1) Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi
(L1) Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti
(L1) Servizio di dialisi domiciliare
(L1) Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati

Commento:

Complessivamente dall'analisi dei risultati relativi alle 22 aziende considerate emerge che il fattore ottiene un punteggio mediamente buono. Osservando l'andamento degli IAS medi si nota una certa variabilità tra le aziende, infatti in nove casi sono rispettati pienamente tutti gli standard considerati, da notare che si tratta esclusivamente di AO e IRCCS, in quattro casi il risultato è ottimo con punteggi compresi tra 92 e 83, in cinque casi buono con IAS compresi tra 75 e 67, in tre casi discreto con IAS compresi tra 58 e 42 e in un caso scadente (IAS=33).

L'unico standard pienamente rispettato (IAS=100)

- Tutte le aziende dispongono di un servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati.

I punti di forza (IAS>80)

- La presenza del servizio di cure chemioterapiche (IAS medio=95).
- La diffusione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza che per le ASL si intende gestione integrata territorio-ospedale per le ASL (IAS medio=95).
- L'attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche (IAS medio=82). Rispetto al ciclo 2010, l'indicatore, come già anticipato registra un miglioramento significativo.

I punti di criticità (IAS<=50)

- Solo nella metà delle ASL³⁷ sono previste procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi (IAS medio=50).
- Solo la metà delle ASL³⁸ offre ai cittadini un servizio di dialisi domiciliare (IAS medio=50).
- Solo tre ASL³⁹ posseggono procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi (IAS medio=25).

4.4 Fattore “Gestione del dolore”

La gestione del dolore con un IAS medio pari a 70 pur ottenendo un punteggio mediamente buono rappresenta insieme all'area della prevenzione un ambito rispetto al quale sarebbe auspicabile un maggiore impegno da parte delle aziende riguardo l'adeguamento agli standard.

Il fattore ottiene i risultati migliori a livello aziendale rispetto all'assistenza ospedaliera e, come già anticipato, dal confronto con i risultati del ciclo di Audit civico 2010 emerge un miglioramento complessivo.

³⁷ Le ASL di riferimento sono: RM A, B, D, F, RIETI e VITERBO. L'indicatore non è pertinente le AO e IRCCS.

³⁸ Le ASL di riferimento sono: RM A, C, D, E, F e H. L'indicatore non è pertinente le AO e IRCCS.

³⁹ Le ASL di riferimento sono RM B, E e RIETI. L'indicatore non è pertinente le AO e IRCCS.

4.4.1 Livello aziendale – Fattore “Gestione del dolore”

BUONO (IAS medio del fattore=72)

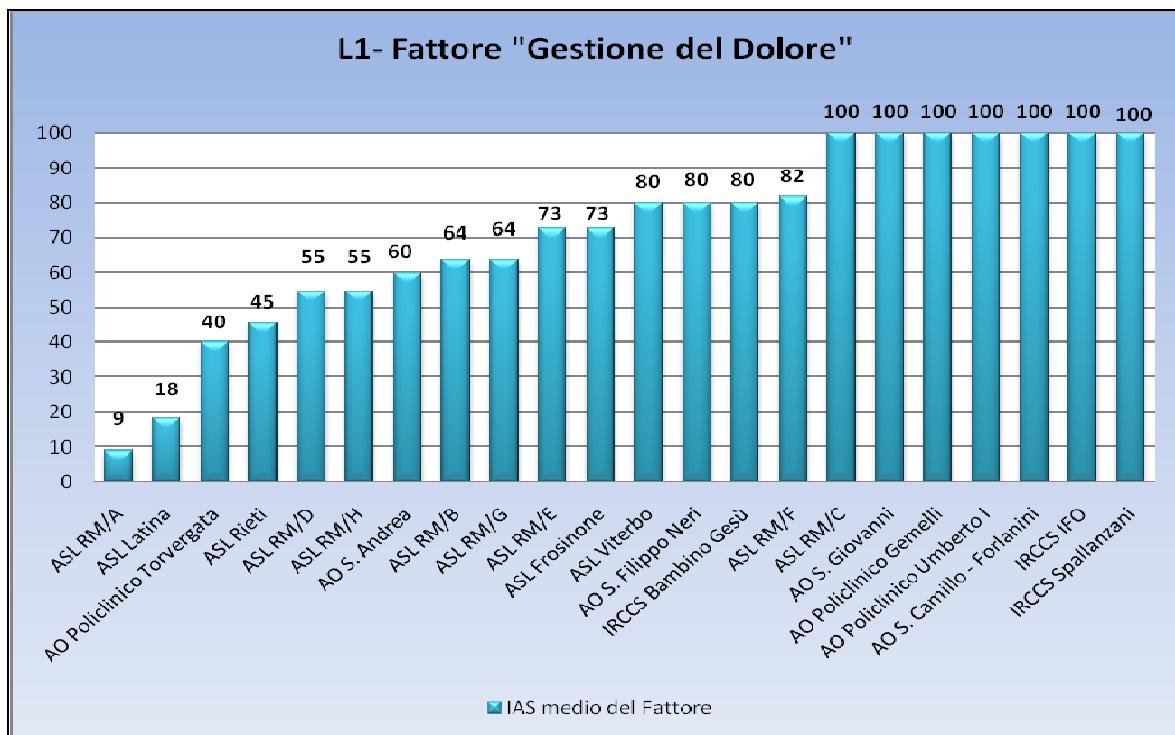


Fig. 39 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Gestione del dolore” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "GESTIONE DEL DOLORE" Livello 1

- (L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari
- (L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio
- (L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital
- (L1) Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)
- (L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
- (L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale
- (L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale
- (L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso
- (L1) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice
- (L1) Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni
- (L1) Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni

Commento:

La gestione del dolore a livello aziendale se mediamente ottiene un punteggio buono pari a 72, di fatto è testimone di una significativa differenza di approccio e attenzione al tema da parte delle varie aziende.

Osservando l'andamento del fattore si nota infatti che sette sono le aziende che raggiungono pienamente tutti gli standard considerati, una ottiene un IAS medio ottimo, sette "buono", quattro "discreto", una "scadente" e ben due aziende si collocano nella categoria del "pessimo".

Tale variabilità si riflette anche a livello degli undici indicatori che concorrono alla valutazione del fattore tra i quali non ve ne è nessuno con IAS medio pari a 100, solo tre rappresentano dei punti di forza, due ottengono punteggi medi particolarmente critici ed i restanti sei indicatori presentano un range di variabilità degli IAS medi abbastanza ampio con punteggi compresi tra 57 e 77.

I punti di forza (IAS>80)

- Undici ASL su 12 dispongono di strutture per le Cure Palliative nell'ambito delle Cure domiciliari (IAS medio=92)⁴⁰. Rispetto ai risultati dello scorso anno si segnala un miglioramento significativo dell'indicatore (IAS medio 2010=70).
- Dieci ASL su 12 dispongono di strutture per le Cure Palliative nell'ambito dell'Hospice (IAS medio=83).⁴¹
- Nove ASL su 12 adottano linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale (IAS medio=86).⁴²

I punti di debolezza (IAS<51)

- Solo la metà delle ASL ha realizzato negli ultimi due anni Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale (IAS medio=50)⁴³. Pur confermandosi come aspetto critico, l'indicatore rispetto ai risultati del 2010 (IAS medio 2010= 37) mostra un miglioramento.
- Solo tre ASL su 12 hanno realizzato negli ultimi due anni Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore (IAS medio=25)⁴⁴.

⁴⁰ L'azienda che non rispetta lo standard è la ASL RM A. L'indicatore è di pertinenza esclusiva delle ASL.

⁴¹ Le aziende che non rispettano lo standard sono le ASL RM B e quella di Frosinone. L'indicatore è di pertinenza esclusiva delle ASL.

⁴² Le aziende che non rispettano lo standard sono le ASL RM A, D e di Latina. L'indicatore è di pertinenza esclusiva delle ASL.

⁴³ Le aziende che rispettano pienamente lo standard sono le ASL RM C, D, E, G, Viterbo e Frosinone. L'indicatore è di pertinenza esclusiva delle ASL..

⁴⁴ Le aziende che rispettano pienamente lo standard sono le ASL RM B, C e di Viterbo. L'indicatore è di pertinenza esclusiva delle ASL.

4.4.2 Livello assistenza ospedaliera – Fattore “Gestione del dolore”

BUONO (IAS medio=68)

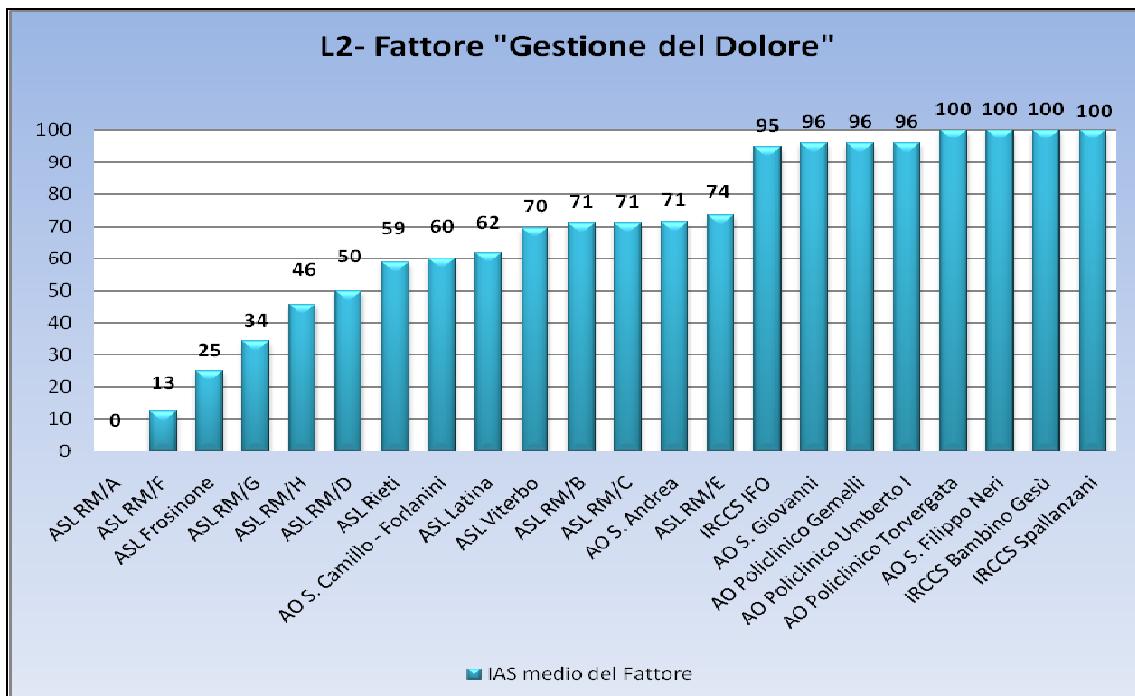


Fig. 40 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Gestione del dolore” – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "GESTIONE DEL DOLORE" Livello 2

(L2) Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore
(L2) Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell’intensità del dolore nei pazienti ricoverati
(L2) Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni
(L2) Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni
(L2) Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un’adeguata informazione ai pazienti sulla terapia del dolore nelle seguenti situazioni: dolore post-operatorio; parto senza dolore; controllo dolore in patologie oncologiche, controllo dolore in malattie cronico-degenerative
(L2) Disponibilità del parto indolore
(L2) Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)
(L2) Procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso

Commento:

Mediamente a livello di assistenza ospedaliera, la gestione del dolore ottiene un punteggio buono con IAS pari a 68. L’analisi dell’andamento del fattore tra le aziende considerate evidenzia però una situazione di decisa variabilità: solo in quattro casi le aziende rispettano pienamente tutti gli standard (IAS=100) e in altri quattro il punteggio medio è ottimo (IAS compreso tra 96 e 95), in sei casi il risultato è buono (IAS medio compreso tra 74 e 62), in quattro casi discreto (IAS compreso tra 60 e 46), in due casi scadente (IAS compreso tra 34 e 25) e in altri due casi addirittura pessimo (IAS compresi tra 13 e 0).

Da notare che nelle categorie del pieno rispetto degli standard e dell'ottimo non compare nessuna ASL.

L'area della gestione del dolore si conferma come ambito rispetto al quale è necessario implementare delle azioni di miglioramento tese all'adeguamento agli standard per tutti gli otto indicatori considerati tra i quali nessuno ottiene il punteggio pieno e l'IAS medio varia da 85 a 43.

Punti di forza (IAS>80)

- Nella maggior parte dei presidi ospedalieri considerati sono presenti linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore (IAS medio=85).
- In quasi tutti i presi ospedalieri è disponibile un Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o una modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio) (IAS medio=84).

Punti da migliorare

- Solo 5 presidi ospedalieri⁴⁵ su 29 rispettano pienamente lo standard relativamente alla valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati. Per ben 8 ospedali⁴⁶ su 29 quest'indicatore rappresenta una situazione di non conformità con IAS medio pari a 0, mediamente l'indicatore ottiene un IAS medio pari a 56.
- Solo 8 presidi ospedalieri⁴⁷ su 29 hanno realizzato negli ultimi due anni Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore (IAS medio=53).

Punti di debolezza (IAS<50)

- Solo 9 presidi ospedalieri⁴⁸ su 24⁴⁹ adottano una procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso (IAS medio=43).

4.5 Fattore “Prevenzione”

Il fattore con un IAS medio pari a 68 rappresenta l'area più critica della seconda componente. Valutato su tutti i sei livelli di analisi considerati dall'Audit civico il fattore ottiene il punteggio migliore a livello dei Ser.T. (IAS medio=81) e peggiore a livello dei CSM (IAS medio=54).

⁴⁵ Si tratta dei seguenti ospedali: Spallanzani, Bambin Gesù, Sant'Andrea, San Filippo Neri, Policlinico Tor Vergata.

⁴⁶ Si tratta dei seguenti ospedali: PO Odontoiatrico G. Easteman (ASL RM A), G. B. Grassi (ASL RM D), San Paolo di Civitavecchia (ASL RM F), PO di Colleferro (ASL RM G), F. Spaziano (ASL di Viterbo), De Santis di Genzano, L. Spolverini di Ariccia e San Giuseppe di Albano laziale (ASL RM H).

⁴⁷ I presidi ospedalieri di riferimento sono: Spallanzani, IFO, Bambin Gesù, San Filippo Neri, Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli, San Giovanni, Policlinico Tor Vergata.

⁴⁸ Si tratta dei seguenti ospedali: Santo Spirito (ASL RM E), San Giovanni, Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I, san Filippo Neri, Sant'Andrea, Bambin Gesù.

⁴⁹ L'indicatore è di pertinenza solo dei presidi ospedalieri dotati di PS.

4.5.1 Livello aziendale – Fattore “Prevenzione”

BUONO (IAS medio del fattore=70)

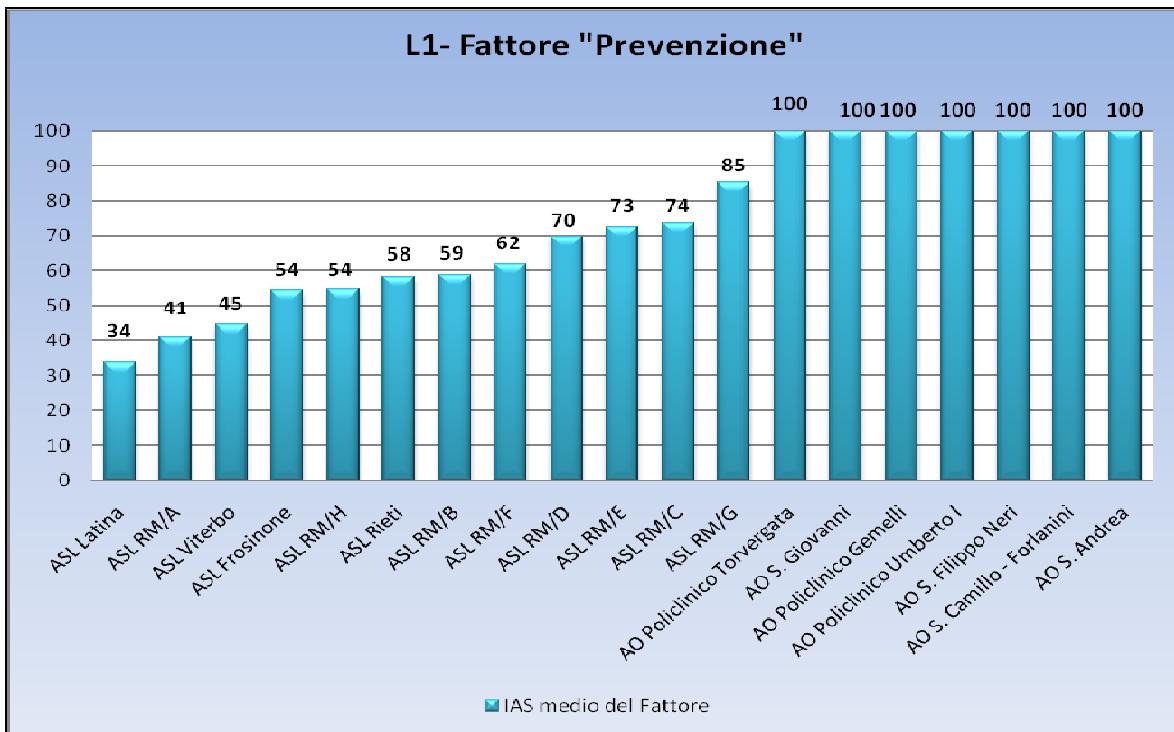


Fig. 41 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello aziendale, seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 1

- (L1) 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
- (L1) 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
- (L1) Stroke Unit nell’ospedale della ASL e protocollo di assistenza
- (L1) Stroke Unit nell’ospedale della AO e protocollo di assistenza
- (L1) 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
- (L1) Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: counselling; farmaci sostitutivi; altri farmaci; altri trattamenti
- (L1) 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
- (L1) Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche
- (L1) 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

(L1) Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione
(L1) 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
(L1) 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)
(L1) Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio
(L1) Programma organizzato di screening mammografico
(L1) Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia
(L1) Programma organizzato di screening con il pap test
(L1) Percentuale di donne che si sottopone al pap test
(L1) Programma organizzato di screening del cancro del colon retto
(L1) Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto

Commento:

Nonostante il buon punteggio medio ottenuto dal fattore (IAS=70), come ben evidenzia il grafico vi è una situazione di forte variabilità tra le aziende. Per poter comprendere al meglio i risultati è opportuno considerare che su un totale di n.19 indicatori, per le AO la valutazione del fattore è limitata alla rilevazione di un unico indicatore mentre, i restanti 18 indicatori concorrono esclusivamente alla valutazione del fattore solo per ASL. Nel grafico non compaiono gli IRCCS poiché gli elementi valutati a livello aziendale non sono di loro pertinenza.

Tenendo conto di ciò e osservando l'andamento del fattore ad eccezione del dato positivo che accomuna tutte le AO relativamente al pieno rispetto dello standard del singolo indicatore "Presenza della Stroke Unit nell'ospedale della AO e protocollo di assistenza", si denota una situazione di marcata eterogeneità tra le ASL e più precisamente: in un caso il punteggio medio è ottimo (IAS=85), in quattro casi è buono (IAS compreso tra 74 a 62), in sei casi è discreto (IAS compreso 59 e 41) e in un caso è scadente (IAS=34).

Rispetto ai dati del precedente ciclo di Audit civico si registra un miglioramento del valore medio del fattore a livello aziendale che è passato da 58 (IAS medio 2010) a 70 (IAS medio 2011).

L'unico standard pienamente rispettato a livello di ASL

- Tutte le ASL adottano un programma organizzato di screening mammografico.

I punti di forza (IAS>80)

- Diffusione nella maggior parte delle ASL di un 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. L'indicatore è notevolmente migliorato passando da un IAS medio pari a 82 (2010) a un IAS medio pari a 98 (2011).

- Attuazione da parte di quasi tutte le ASL di un programma organizzato di screening con il pap test (IAS medio=92).

I punti di debolezza (IAS<50)

- Ancora mediamente bassa è la percentuale di donne che si sottopone al pap test (IAS medio=44).
 - Bassa è la percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto (IAS medio=38).
 - Solo in n. 4 ASL⁵⁰ su 12 esiste un 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 (IAS medio=33).
 - Solo n. 3 ASL⁵¹ su 12 raggiungono pienamente lo standard per l'indicatore "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 medio=25).
 - Solo negli ospedali di riferimento di n. 2 ASL⁵² su 12 è presente una Stroke Unit con il relativo protocollo di assistenza (IAS medio=17).

4.5.2 Livello assistenza ospedaliera – “Prevenzione”

BUONO (IAS medio del fattore=77)

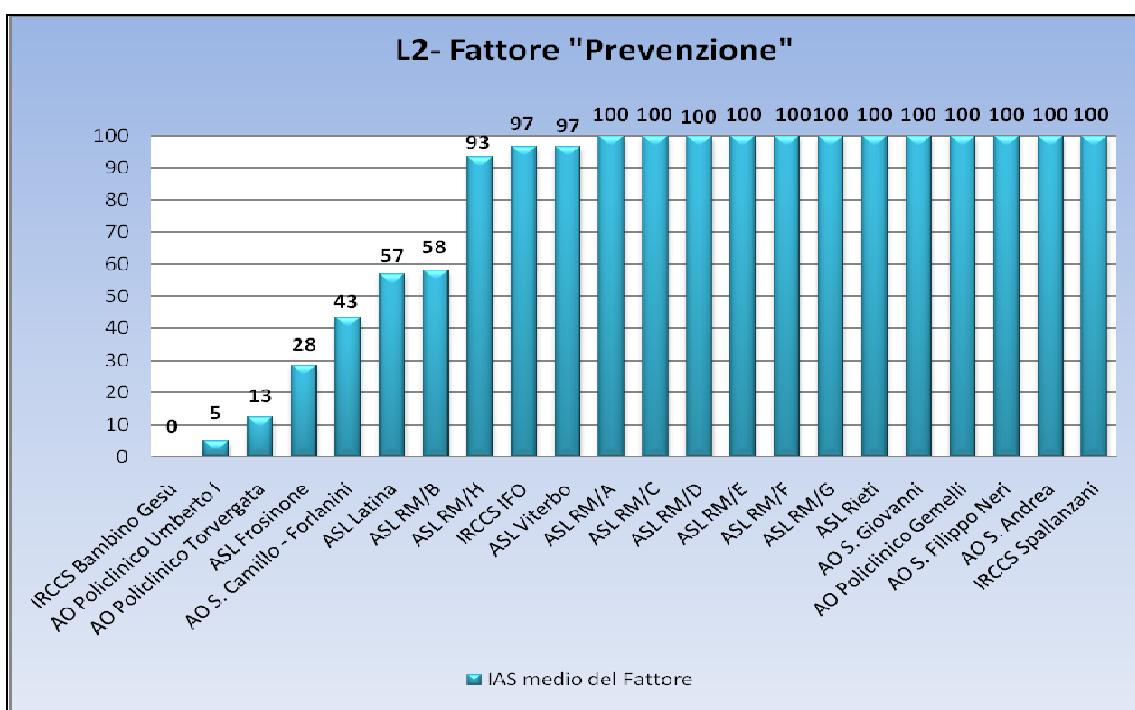


Fig. 42 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Prevenzione" – Livello assistenza ospedaliera, seconda componente.

⁵⁰ Le ASL di riferimento sono: RM B, C, E, G.

⁵¹ Le ASL di riferimento sono: RM B, C, G.

⁵² Le ASL di riferimento sono: RM B, C, G.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 2

- | |
|--|
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posaceneri |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di fumo di sigaretta |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso la presenza di cartelli regolamentari |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di persone che fumano |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di posaceneri |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra |
| (L2) Rispetto del divieto di fumo nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di odore di fumo di sigaretta |

Commento:

Alla valutazione del fattore contribuiscono due indicatori relativi al rispetto del divieto di fumo evidenziati in grassetto nell'elenco sopra riportato e otto "eventi sentinella" la cui rilevazione comporta l'attribuzione di un punteggio negativo che chiaramente penalizza in maniera significativa la valutazione del fattore.

Mediamente la prevenzione così valutata a livello di assistenza ospedaliera ottiene un punteggio buono pari a 77.

Come mostra il grafico, dodici sono le aziende che rispettano pienamente gli standard per i due indicatori considerati e nei loro presidi ospedalieri di riferimento non è stato osservato nessun evento sentinella (IAS=100).

Nei presidi ospedalieri di riferimento dell'IRCCS IFO, ASL di Viterbo e RM H gli IAS medi sono leggermente più bassi dello standard in quanto non è pienamente rispettato lo standard relativo alla presenza nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale di cartelli regolamentari sul divieto di fumo (IAS medio dell'indicatore=87).

Nei restanti sei casi nei quali le aziende ottengono risultati peggiori con IAS compresi tra 58 e 5 oltre al mancato adeguamento agli standard per almeno uno dei due indicatori considerati è stato rilevato per lo meno un evento sentinella.

Quanto al risultato del Bambin Gesù c'è da sottolineare che fa riferimento esclusivamente al dato relativo all'assenza nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale di cartelli regolamentari relativi al divieto di fumo. A tal proposito ci sembra necessario sottolineare che si tratta di un ospedale pediatrico che ha comunque sviluppato un programma antifumo specifico.

4.5.3 Livello cure primarie, sedi di distretto – Fattore “Prevenzione”

BUONO (IAS medio del fattore=79)

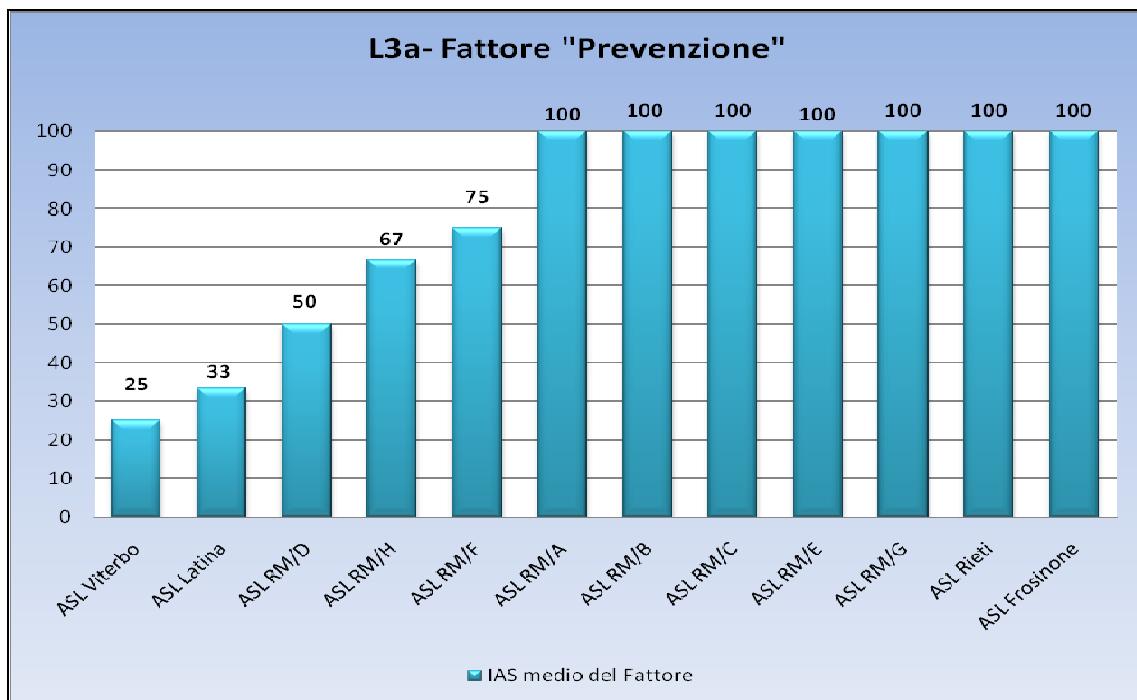


Fig. 43 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, sedi di distretto, seconda componente

Alla valutazione del fattore concorrono i tre indicatori riportati in grassetto nella tabella che segue e quattro “eventi sentinella”.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 3a	
(L3a)	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
(L3a)	Invio ai pediatri da parte dell’Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi
(L3a)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell’utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari
(L3a)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di persone che fumano
(L3a)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di posaceneri
(L3a)	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
(L3a)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell’utenza, attraverso l’assenza di odore di sigaretta

Commento:

Il fattore ottiene un punteggio mediamente buono pari a 79 tra le ventiquattro sedi di distretto osservate. Come mostra il grafico, sette sono le ASL che rispettano pienamente gli standard considerati.

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 tutte⁵³ le ASL (IAS medio per entrambi gli indicatori=78). La rilevazione degli "eventi sentinella" rispetto al divieto di fumo ha riguardato solo la ASL di Viterbo e RM D.

4.5.4 Livello cure primarie, poliambulatorio – Fattore "Prevenzione"

BUONO (IAS medio del fattore=68)

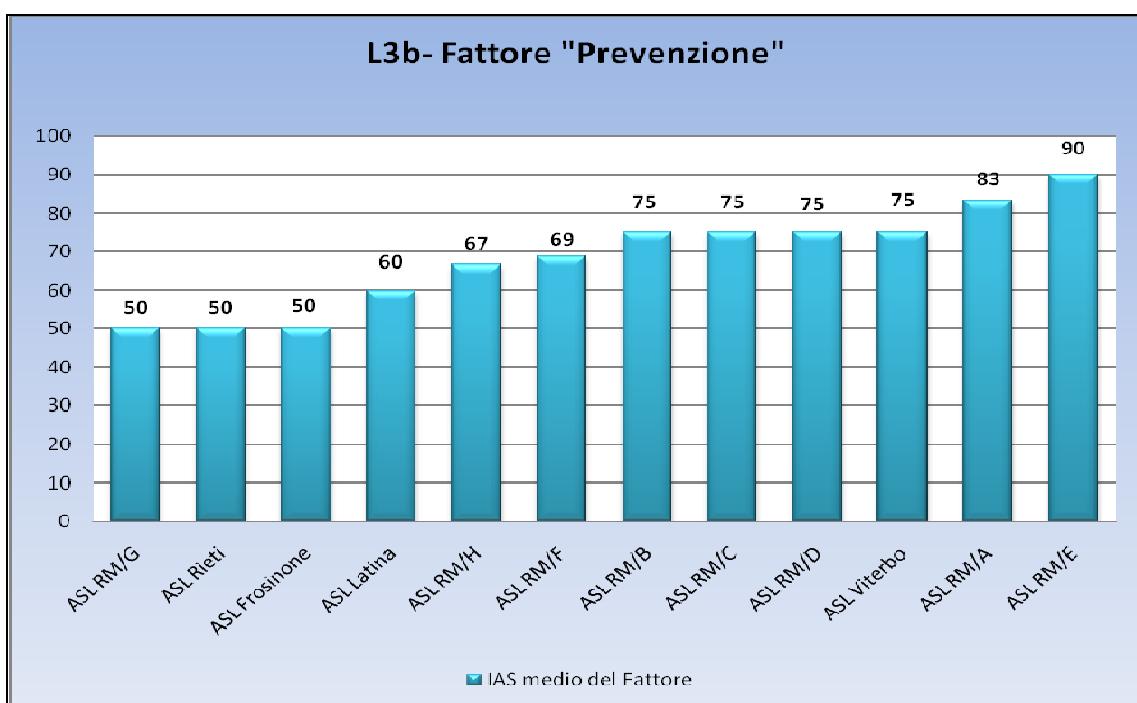


Fig. 44 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Prevenzione" – Livello cure primarie, poliambulatorio, seconda componente.

Alla valutazione del fattore concorrono i due indicatori riportati in grassetto nella tabella che segue e la rilevazione dei quattro "eventi sentinella" nelle sedi dei poliambulatori.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 3b	
(L3b)	Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio
(L3b)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari
(L3b)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano
(L3b)	Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posaceneri

⁵³ Le uniche aziende che per i due indicatori presentano una non conformità, ossia un IAS medio pari a 0 sono le ASL di Viterbo e Latina.

(L3b) 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

(L3b) Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di sigaretta

Commento:

Nei n. 47 poliambulatori osservati mediamente il fattore ottiene un punteggio buono con IAS pari a 65 e sostanzialmente, come mostra il grafico, l'andamento del fattore è abbastanza omogeneo tra le dodici ASL considerate. In nessun caso c'è il pieno rispetto degli standard di riferimento e più specificatamente l'elemento di criticità è rappresentato dalla scarsa distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio (IAS medio=41).

4.5.5 Livello cure primarie, CSM – Fattore “Prevenzione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=54)

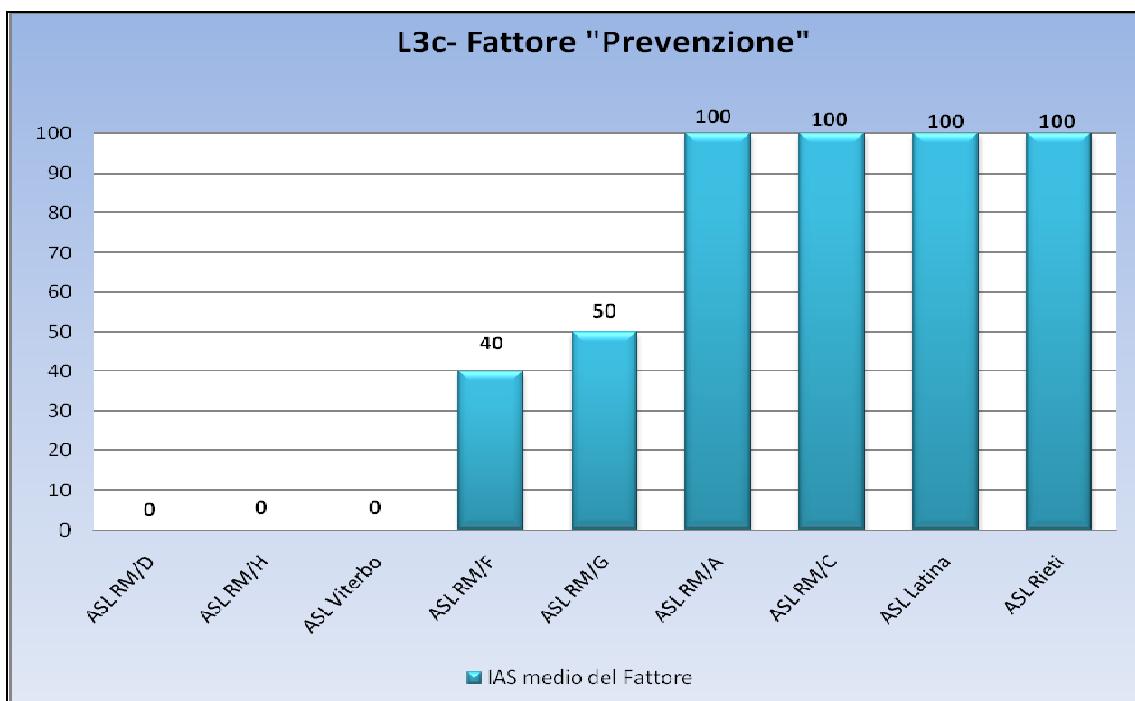


Fig. 45 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, CSM, seconda componente

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 3c

(L3c) Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura

Commento:

A livello dei CSM la prevenzione è valutata solo attraverso la rilevazione della distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico. Come mostra il grafico mentre quattro ASL rispettano pienamente lo standard per i relativi servizi di riferimento e tre sono in una situazione di non conformità, per le ASL RM G e RM F solo alcuni dei CSM considerati dispongono di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico.

4.5.6 Livello cure primarie, Ser.T. – Fattore “Prevenzione”

OTTIMO (IAS medio del fattore=81)

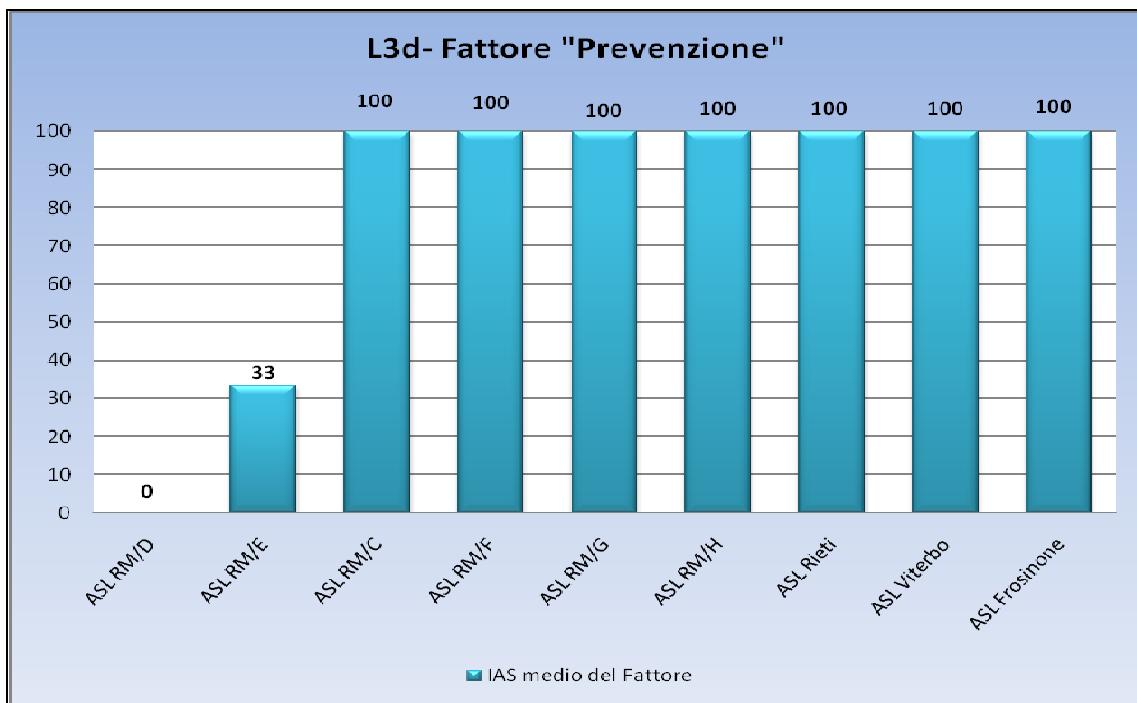


Fig. 46 - Confronto dell’andamento degli IAS del fattore “Prevenzione” – Livello cure primarie, Ser.T., seconda componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "PREVENZIONE" Livello 3d

(L3d) Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura

Commento:

Il fattore valutato tra i n. 14 Ser.T. considerati ottiene un punteggio mediamente ottimo con IAS pari a 81, ad eccezione della ASL RM D presenta un punteggio pari a 0 e della ASL RM E che rispetta lo standard solo per uno dei tre Ser.T. di riferimento, negli altri casi le ASL rispettano lo standard dell’indicatore per tutti i servizi considerati.

TERZA COMPONENTE

INSERIRE FILE PDF PRIMA COMPONENTE

5. Terza componente: "Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

La terza componente è l'area di valutazione che fornisce delle indicazioni rispetto all'impegno delle aziende nella promozione e sviluppo della partecipazione civica alle politiche aziendali attraverso l'analisi del grado di attivazione e funzionamento degli istituti di partecipazione previsti dalla legge e l'implementazione di altre forme di coinvolgimento delle organizzazioni civiche.

I due fattori di valutazione che concorrono alla formazione del punteggio riguardano esclusivamente il livello aziendale.

Con un punteggio medio pari a 46, la terza componente si conferma come l'area di maggiore debolezza del nostro Sistema Sanitario Regionale.

Rispetto allo scorso anno, come mostra il grafico che segue, si registra una situazione sostanzialmente simile con un lieve miglioramento dell'IAS medio della componente da 45 (IAS medio 2010) a 46 (IAS medio 2011).

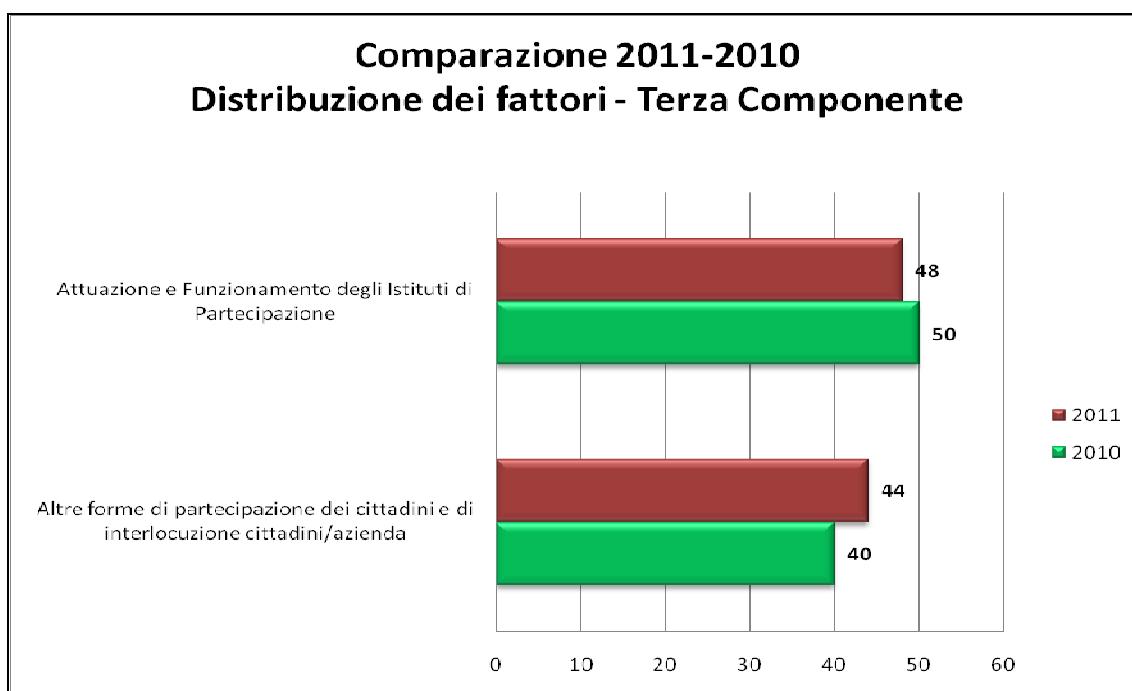


Fig. 47 - Comparazione dell'andamento della distribuzione dei fattori della terza componente 2011-2010.

5.1 Fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione”

DISCRETO (IAS medio del fattore=48)

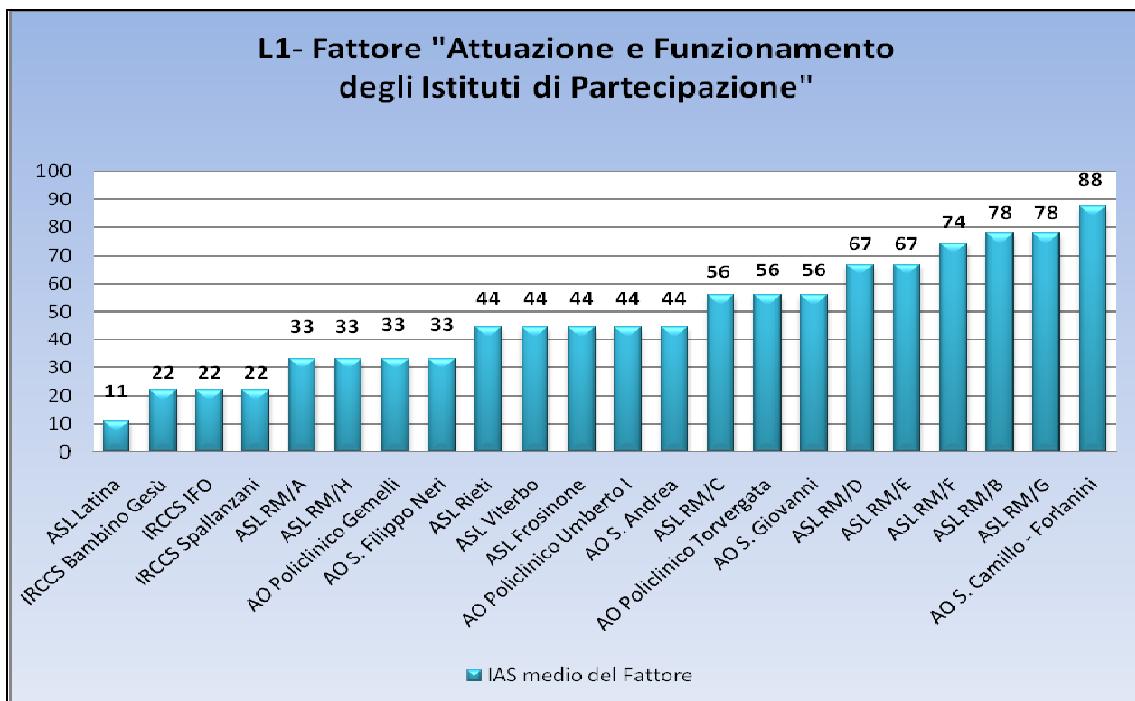


Fig. 48 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore “Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione” – Livello aziendale, terza componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE" Livello 1	
(L1)	Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del Dlgs 229/99)
(L1)	Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 Dlgs 502/92)
(L1)	Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)
(L1)	Commissione mista conciliativa
(L1)	Comitati consultivi misti
(L1)	Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità
(L1)	Coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi
(L1)	Comitato etico
(L1)	Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico

Commento:

L'attuazione e il funzionamento degli istituti di partecipazione, ottiene un punteggio medio discreto pari a 48, il suo andamento tra le n. 22 aziende considerate mette in evidenza una situazione di forte differenziazione.

Ad eccezione dell'AO San Camillo-Forlanini che ha un IAS medio ottimo pari a 88, in cinque casi il punteggio medio è buono con IAS compresi tra 78 e 67, in otto casi discreto con IAS compresi tra 56 e 44, in sette casi scadente con IAS compresi tra 33 e 22 e in un caso il punteggio è addirittura pessimo con IAS pari a 11.

Rispetto al ciclo precedente di Audit civico il fattore mostra un leggero peggioramento con una diminuzione dell'IAS medio da 50 (2010) a 48 (2011).

L'unico standard pienamente rispettato

- In tutte le aziende è attivo il Comitato etico.

L'unico punto di forza (IAS>80)

- Quasi tutte le aziende hanno inoltrato una richiesta formale alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico (IAS=86).

I punti di debolezza (IAS<50)

- Solo n. 8 aziende⁵⁴ su 22 prevedono forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico) (IAS medio=36).
- Solo n. 6 aziende⁵⁵ su 22 hanno provveduto al coinvolgimento diretto dei cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi (IAS medio=27).
- Solo n. 4 aziende⁵⁶ su 21⁵⁷ hanno attivato i comitati consultivi misti (IAS medio=19).
- Solo n. 3 aziende⁵⁸ su 22 nell'ultimo anno hanno convocato la Conferenza dei servizi e presentato i risultati del controllo di qualità (IAS medio=17).
- Solo n. 2 aziende⁵⁹ su 22 hanno attivato la Commissione mista conciliativa (IAS medio=10).

⁵⁴ Le aziende di riferimento sono le ASL di Frosinone, RM B, C, D, E, le AO Sant'Andrea, San Camillo e San Giovanni.

⁵⁵ Le aziende di riferimento sono le ASL RM B, F, G, di Viterbo e le AO Policlinico di Tor Vergata e San Camillo-Forlanini.

⁵⁶ Le aziende di riferimento sono le ASL RM B, D, F, G.

⁵⁷ L'indicatore non è pertinente per l'AO San Camillo-Forlanini.

⁵⁸ Le aziende di riferimento sono le ASL RM A, E, G. La ASL RM F non raggiunge pienamente lo standard per l'indicatore poiché ha solo provveduto alla realizzazione della Conferenza dei servizi.

⁵⁹ Le aziende di riferimento sono la ASL RM F e l'AO San Camillo-Forlanini.

5.2 Fattore "Altre forme di partecipazione"

DISCRETO (IAS medio del fattore=44)

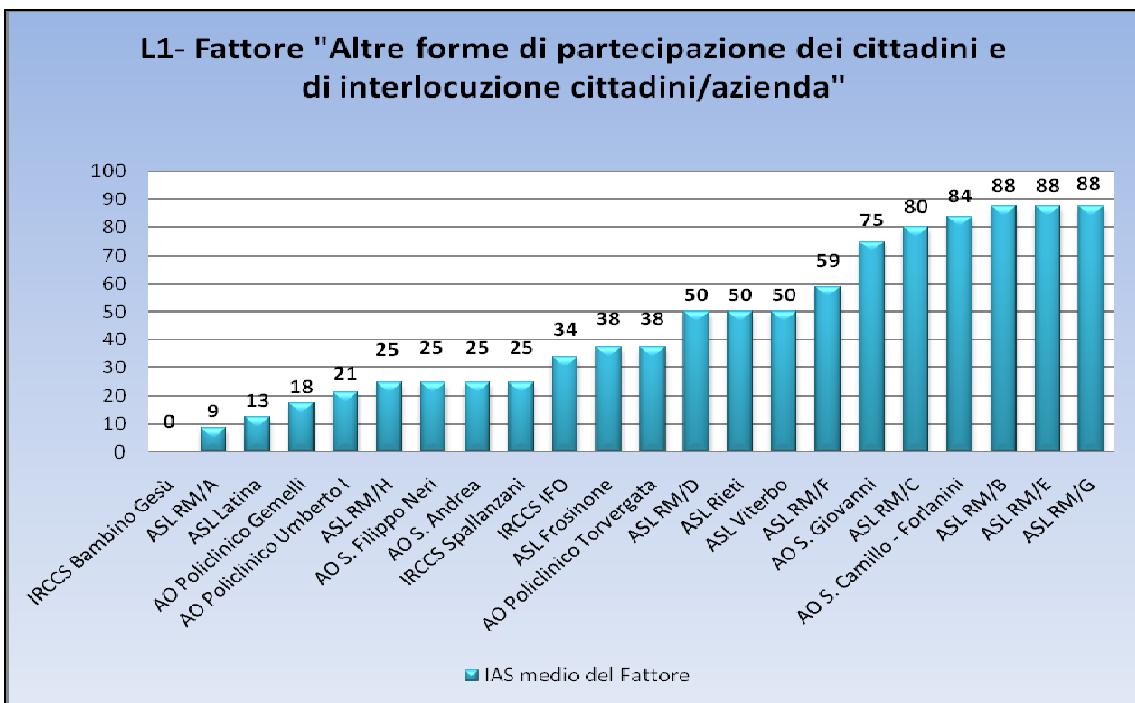


Fig. 49 - Confronto dell'andamento degli IAS del fattore "Altre forme di partecipazione" – Livello aziendale, terza componente.

ELENCO ELEMENTI VALUTATI - FATTORE "ALTRE FORME DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DI INTERLOCUZIONE CITTADINI/AZIENDA" Livello 1	
(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	
(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.	
(L1) Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio (monitoraggi concordati, customer satisfaction, ecc.)	
(L1) Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari	
(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.	
(L1) Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture	
(L1) Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica	
(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	

Commento:

Il fattore valutato esclusivamente a livello aziendale attraverso gli otto indicatori sopra riportati con un IAS medio pari a 44 e un andamento fortemente disomogeneo tra le aziende considerate descrive una situazione di frammentazione e di debolezza rispetto alla partecipazione civica attraverso forme diverse da quelle previste dalla legge, che come già visto, risultano anch'esse deboli in termini di diffusione tra le aziende.

Come mostra il grafico, solo in quattro casi il risultato è ottimo (IAS compresi tra 88 e 84), in due buono (IAS compresi tra 80 e 75), in quattro discreto (IAS compresi tra 59 e 50), in otto scadente (IAS compresi tra 38 e 21) e in quattro casi i punteggi medi sono addirittura pessimi con IAS compresi tra 18 e 0). Degli otto indicatori che concorrono alla valutazione del fattore la metà rappresentano dei punti di debolezza con IAS medi compresi tra 36 e 14 e gli altri indicatori ottengono punteggi medio belli con IAS compresi tra 64 e 59.

Rispetto allo scorso anno il fattore registra un lieve miglioramento con un aumento dell'IAS medio da 40 (IAS 2010) a 44 (IAS 2011).

I punti di debolezza (IAS<50)

- Solo n. 8 aziende⁶⁰ su 22 effettuano 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. (IAS medio=36). L'indicatore pur rappresentando ancora una criticità rispetto allo scorso anno è migliorato (IAS medio dell'indicatore nel 2010=15).
- Solo n. 3 aziende⁶¹ su 22 rispettano pienamente lo standard per l'indicatore "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" (IAS medio=33). In altri 6 casi⁶² l'indicatore è rispettato solo relativamente alla predisposizione da parte delle aziende di un piano di comunicazione.
- Solo n. 6 aziende⁶³ su 22 hanno redatto il bilancio sociale e di queste solo 3 lo hanno anche discusso pubblicamente.
- Solo n. 3 aziende⁶⁴ su 22 dispongono di capitoli d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture (IAS medio=14).

⁶⁰ Le aziende di riferimento sono le ASL B, E, F, G, Rieti, le AO San Giovanni e San Camillo-Forlanini e l'IRCCS IFO.

⁶¹ Le aziende di riferimento sono le ASL RM B, E, G.

⁶² Si tratta delle ASL RM A, C, F e AO Policlinico Gemelli, Umberto I e San Camillo-Forlanini.

⁶³ Si tratta dell'IRCCS IFO, Policlinico Gemelli e ASL RM C mentre le ASL RM B, E e l'AO San Camillo-Forlanini hanno provveduto anche alla discussione pubblica del bilancio sociale.

⁶⁴ Si tratta delle ASL RM C, G e dell'AO San Giovanni.

I RISULTATI DELLA POLITICA DELLA PARTECIPAZIONE CIVICA

La realizzazione dell’Audit civico e l’applicazione sistematica al SSR rappresenta per Cittadinanzattiva Lazio una delle forme della politica della partecipazione civica, uno strumento di attivismo civico finalizzato ad affermare il ruolo imprescindibile dei cittadini in una visione moderna della governance dei sistemi di gestione, organizzazione e valutazione dei servizi di pubblica utilità, in primis quello sanitario. Ogni applicazione dell’Audit civico è anche e soprattutto attivazione di processi che riguardano il livello civico dell’empowerment dei cittadini e della comunità, il livello delle politiche aziendali e regionali sulla sanità.

In questi anni la qualità dell’interlocuzione politica e della partecipazione civica è cresciuta e, nonostante ci sia ancora molto da lavorare, alcuni risultati, connessi all’applicazione dell’Audit civico, iniziano ad emergere. Nei prossimi paragrafi presentiamo un quadro dei risultati della politica della partecipazione.

1. Il livello della politica istituzionale

L’Audit civico in sanità nella nostra regione oggi è una delle politiche di promozione della partecipazione civica accreditata e sostenuta dall’Assessorato alla Sanità. In questi anni, a partire dal primo ciclo sperimentale, la Regione Lazio ha mostrato un interesse concreto alla valutazione civica come risorsa, che si è riflettuto nella qualità dell’impegno che ha caratterizzato il lavoro di cabina di regia dell’Audit civico. La cabina di regia del programma, composta da due rappresentati di Cittadinanzattiva Lazio e due dell’Assessorato alla Sanità⁶⁵ in quest’ultimo ciclo 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.

In riferimento a quest’obiettivo, un primo segnale politico è stata l’emanazione del Decreto n. U0040 del 10 giugno 2011 della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad acta *“Atto d’indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio”*. Il documento, al punto n. 7 stabilisce che la partecipazione civica costituisce una parte irrinunciabile degli atti aziendali delle singole Aziende Sanitarie e indica tra gli strumenti per lo sviluppo della partecipazione l’Audit civico. Inoltre, sempre nello stesso atto d’indirizzo, al punto 7.2 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 rappresentato dal riferimento esplicito all’indicazione di sviluppare a livello aziendale strumenti e canali permanenti per il

⁶⁵ Dott. Giuseppe Scaramuzza e Dott.ssa Francesca Diamanti per Cittadinanzattiva Lazio e 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.

consolidamento e l'ampliamento dell'applicazione di politiche centrate sulla partecipazione civica.

A quest'atto d'indirizzo è poi seguito un altro passaggio amministrativo importante che ha sancito l'accreditamento istituzionale dell'istituto del tavolo misto permanente della partecipazione come strumento per lo sviluppo della partecipazione a livello aziendale. Il riferimento normativo è la determinazione regionale⁶⁶ 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".

Questi provvedimenti rappresentano sicuramente uno dei risultati più significativi da un punto di vista civico poiché di fatto sono espressione di una scelta politica chiara a livello regionale che riconosce il valore della partecipazione civica attraverso la costruzione di presupposti concreti e la definizione di strumenti specifici per la sua attuazione. L'indicazione chiara rispetto al ruolo della valutazione civica come uno degli strumenti utili alla valutazione dei direttori generali è infine un segnale importante per tutti gli attori del SSR che, a vari livelli sono chiamati a contribuire, ognuno secondo le proprie responsabilità, a far crescere e consolidare una nuova cultura della politica sanitaria autenticamente orientata al cittadino nella misura in cui la valutazione delle performance e quindi anche delle strategie gestionali e organizzative dei servizi sanitari non potrà più essere limitata a criteri meramente economici e dei tagli lineari ma, necessariamente, dovrà assumere la prospettiva dell'individuazione delle priorità d'intervento, anche da un punto di vista civico, per orientare i processi decisionali chiamati a rispondere all'esigenza di garanzia e tutela della salute pubblica nel contesto attuale di risorse scarse.

2. Il livello aziendale

Il paziente e tenace impegno di tutti quei cittadini e operatori aziendali che in questi anni hanno creduto e scommesso sul valore dell'Audit civico, ossia sulla grande risorsa del poter "guardare insieme" da prospettive diverse, ma con lo stesso obiettivo quello che per i primi è un servizio per la propria salute e per i secondi il proprio luogo di lavoro, è sicuramente un fattore determinante che ha contributo all'affermazione e al consolidamento della cultura della partecipazione civica nelle aziende sanitarie laziali. Seppur in modi diversi, oggi la maggior parte delle aziende sanitarie ha sviluppato un'attenzione e una motivazione significativa alla relazione con i cittadini e le organizzazioni civiche nella prospettiva del riconoscimento delle competenze e della valorizzazione del punto di vista civico.

L'istituzione del tavolo misto permanente della partecipazione rappresenta a livello aziendale lo strumento che crea le condizioni e la forma attraverso la quale, è possibile attivare pienamente e stabilmente nel tempo, come mostra la figura che segue, il processo virtuoso della trasformazione dei risultati dell'Audit civico in obiettivi ed azioni di politica civica ed aziendale nell'interesse comune della qualità in sanità.

⁶⁶ La determinazione è stata proposta dal Dipartimento programmazione economica e sociale, Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale - Area della Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria.

Tavolo misto permanente sulla partecipazione e Audit civico

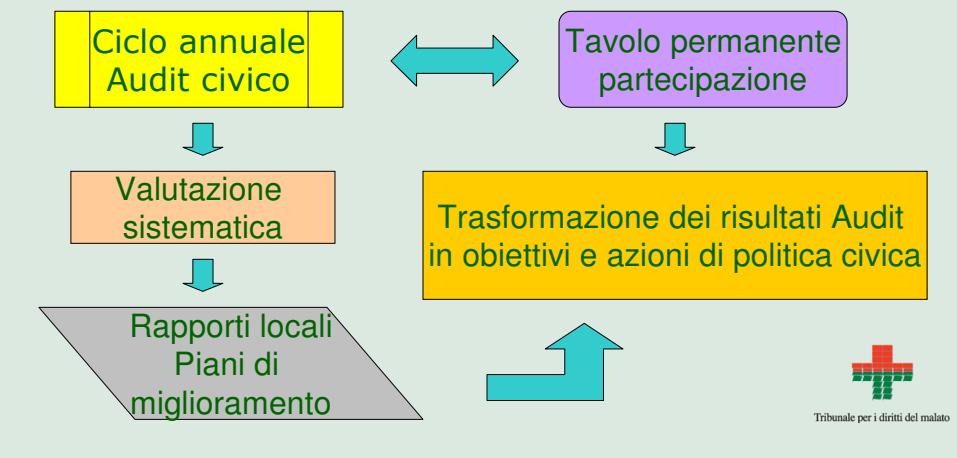


Fig. 50 - Rappresentazione della relazione circolare tra l'implementazione del ciclo annuale di Audit civico e il tavolo misto permanente sulla partecipazione. – Fonte Cittadinanzattiva Lazio.

Le finalità del tavolo misto permanente della partecipazione a livello di linee guida regionali sono:

- L'analisi critica degli esiti dell'Audit civico.
- La verifica del grado di attuazione degli impegni assunti dall'azienda.
- La riconoscenza sulle forme di partecipazione presenti nell'azienda e sul loro effettivo funzionamento.
- L'elaborazione di un piano di priorità per lo sviluppo della partecipazione.
- L'individuazione di risposte strategiche in relazione alle tematiche emergenti dal confronto con le rappresentanze delle associazioni.

L'istituzione di questo nuovo strumento della partecipazione, al di là delle linee d'indirizzo regionali, sarà in ogni azienda il risultato di un percorso articolato promosso e coordinato dalle singole direzioni aziendali.

Alla chiusura del programma, ossia dicembre 2011, tale processo risultava avviato nella maggior parte delle aziende sanitarie partecipanti all'Audit civico e alcune erano prossime all'emanazione della delibera aziendale del tavolo.

Questi primi riscontri e l'interesse mostrato dalle direzioni aziendali negli incontri di presentazione e condivisione dell'iniziativa realizzati nel corso dell'implementazione del programma, ci fanno ragionevolmente supporre che nei prossimi mesi, il tavolo misto permanente della partecipazione per più di un'azienda sanitaria laziale sarà un nuovo istituto di partecipazione civica alle politiche aziendali e non più un'ipotesi.

3. Il livello civico

La pratica della partecipazione civica alle politiche aziendali in ambito sanitario attraverso lo strumento della valutazione civica ha avuto come effetto quello di far emergere da un punto di vista civico, in ogni azienda sanitaria una lista di priorità specifiche a disposizione delle singole direzioni rispetto alla quale intraprendere azioni di miglioramento, ossia di porre all'attenzione della politica questioni di particolare rilevanza per i cittadini. Dalla ricognizione sul grado di attuazione degli impegni assunti dalle direzioni aziendali rispetto alle priorità emerse dal precedente ciclo di Audit si delinea un quadro abbastanza positivo. Rimandando per un approfondimento ai singoli rapporti locali delle varie aziende sanitarie qui citiamo a titolo esemplificativo il tema del miglioramento dell'informazione ai cittadini che ha visto l'attivazione della ASL RM B con la dotazione alle sedi di distretto di opuscoli sui diritti e doveri delle persone che afferiscono al SSN; della ASL RM H che ha provveduto ad un adeguamento della cartellonistica informativa sia nella sede della direzione aziendale che in quelle dei distretti; della ASL RM D che ha istituito un numero verde; dell'AO Policlinico Gemelli che sta realizzando un progetto sperimentale per l'informatizzazione della cartella clinica; dell'AO San Camillo-Forlanini che sta implementando un programma di accoglienza solidale con la partecipazione dei volontari della rete della solidarietà; dell'AO San Filippo Neri che ha intrapreso una serie d'iniziative tra cui la predisposizione di un opuscolo informativo sui servizi offerti e le modalità di accesso tradotto in cinque lingue e l'allestimento nell'atrio della struttura di uno spazio dedicato proprio all'informazione e gestito da operatori formati al ruolo; dell'AO San Giovanni Addolorata che ha fatto degli interventi di adeguamento e rinnovamento della cartellonistica; dell'AO Sant'Andrea che ha istituito un servizio d'interpretariato telefonico e dell'IRCCS Spallanzani che ha istituito un gruppo di lavoro "Integrazione" per la revisione della Carta dei servizi e il miglioramento della fruibilità del sito web.

Ribadendo che questi sono solo alcuni esempi limitati al tema del miglioramento dell'informazione e che la maggior parte delle aziende sanitarie ha intrapreso azioni di miglioramento in relazione alle criticità emerse dalla valutazione civica, qui ci sembra importante sottolineare come il risultato principale da un punto di vista civico della politica della partecipazione sia proprio quello di sollecitare l'assunzione di responsabilità e l'attivazione dei manager aziendali a dare delle risposte concrete, a dei bisogni/diritti specifici, come ad esempio quello di una corretta informazione, che seppur non strettamente di natura clinica, di fatto incide in maniera significativa sulla qualità del sistema dei servizi sanitari.

Un altro tipo di risultato della pratica della partecipazione civica alle politiche sanitarie riguarda sicuramente gli effetti di promozione e sviluppo dei processi di empowerment dei singoli cittadini e della comunità in termini di ampliamento delle competenze e conoscenze individuali e della propensione all'esercizio consapevole dei propri diritti e del proprio potere civico per il miglioramento del sistema dei servizi sanitari. A livello di comunità, più in generale, la pratica della politica della partecipazione civica, oltre ad essere un diritto, come ben esplicita l'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione⁶⁷ che caratterizza i sistemi democratici, rappresenta un fattore determinante di connessione e avvicinamento tra i cittadini e le istituzioni politiche e di governo dei servizi pubblici, a garanzia del rispetto di quei principi fondamentali che, come la promozione e la tutela della salute, intesa come bene comune, caratterizzano la nostra società.

⁶⁷ "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"

Quarto capitolo

IL QUADRO D'INSIEME E LE PRIORITA' D'INTERVENTO

La valutazione civica del nostro sistema sanitario regionale attraverso l'applicazione dell'Audit civico ad un totale di 22 aziende sanitarie tra ASL, AO e IRCCS e con il monitoraggio di 132 strutture di cui n. 29 ospedali, n. 24 sedi di distretto, n. 47 poliambulatori, n. 18 CSM e n. 14 Ser.T., ci restituisce un quadro mediamente positivo.

Rispetto alle macro aree di valutazione, la seconda componente, riferita all'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario, con un IAS medio pari a 78, si conferma come il punto di forza del sistema, l'orientamento al cittadino, ossia la prima componente, ottiene un risultato mediamente "buono" con IAS medio pari a 68, mentre, come lo scorso anno, la terza componente relativa al coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali, con un IAS medio pari a 46, ottiene il risultato peggiore.

A livello regionale, quindi, una prima priorità d'intervento è sicuramente rappresentata dalla **necessità dello sviluppo e del consolidamento delle forme di partecipazione civica alle politiche sanitarie.**

Alcune scelte politiche a livello regionale e aziendale, come approfondito nel capitolo precedente, testimoniano l'avvio di un percorso in questa direzione.

Più in generale, dall'analisi complessiva dei risultati, emerge la fotografia di un sistema sanitario regionale che presenta ancora ampi margini di miglioramento verso l'adeguamento agli standard di riferimento dell'Audit civico e una situazione di frammentazione della qualità e dell'offerta dei servizi ai cittadini.

Da un punto di vista civico, quindi **risulta prioritario lo sviluppo e l'implementazione di un piano strategico regionale di politica sanitaria finalizzato a garantire concretamente a tutti i cittadini livelli adeguati ed omogenei di qualità dei servizi sanitari.**

La frammentazione, in termini di qualità e offerta di servizi per la salute pubblica, è un dato che emerge sia dal confronto tra i risultati delle singole aziende sanitarie sia tra quelli dei diversi servizi di una stessa azienda. In questo senso raccomandiamo una lettura in profondità dei risultati.

Nelle pagine che seguono invece, presentiamo una lettura dei risultati medi regionali organizzata per livelli di analisi.

Il grafico sotto riportato descrive la distribuzione delle percentuali dei fattori di valutazione, per ogni livello di analisi considerato dall'Audit civico, rispetto alle classi di giudizio.

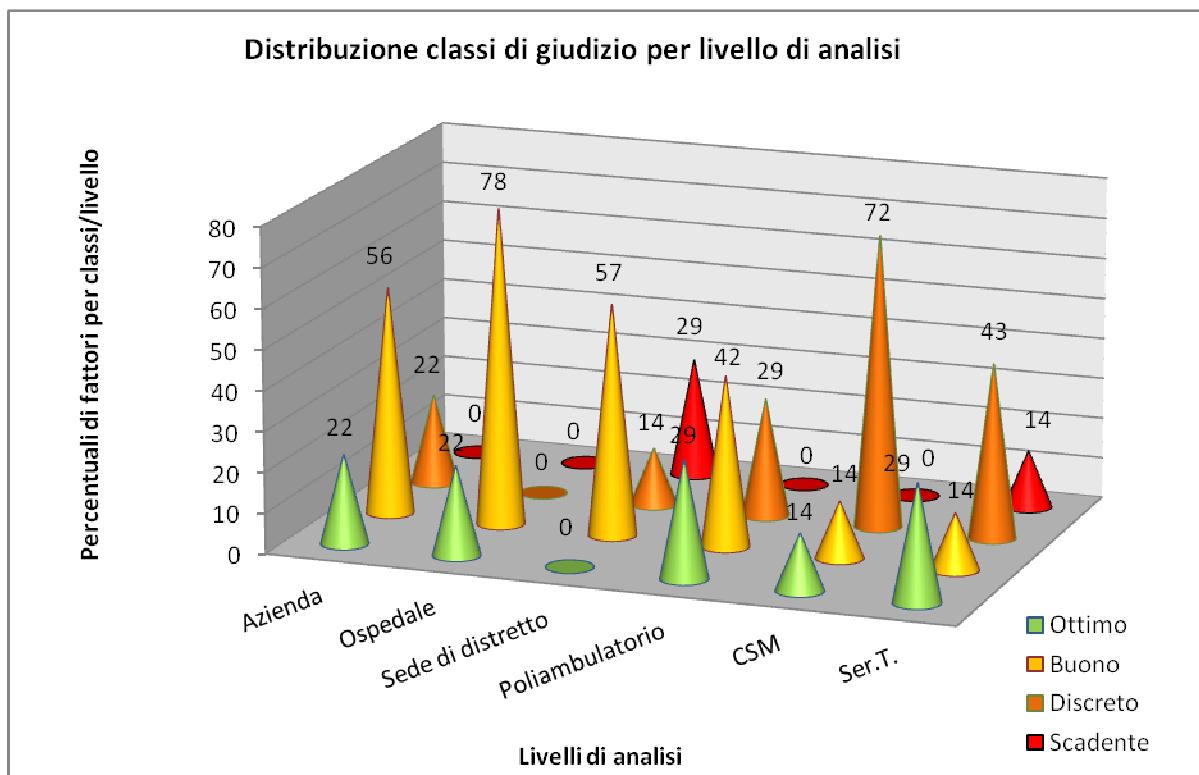


Fig. 51 - Distribuzione delle percentuali dei fattori in classi di giudizio per i differenti livelli di analisi.

Assumendo come criterio di riferimento la distribuzione dei fattori medi nelle classi di giudizio per livello di analisi il nostro sistema sanitario regionale trova nell'assistenza ospedaliera il suo punto di forza, mentre tutta l'area delle Cure primarie articolata nei livelli territoriali delle sedi di distretto, dei poliambulatori, dei CSM e dei Ser.T. rappresenta il suo punto debole. In particolare, come mostra il grafico, le sedi di distretto e i Ser.T. sono i livelli assistenziali più carenti relativamente agli standard di riferimento dell'Audit civico. Questo dato ha assunto ormai una connotazione "storica" e **nonostante la diffusa consapevolezza a livello istituzionale della strategicità del ruolo dei servizi territoriali in un sistema sanitario moderno efficace ed efficiente, manca un concreto investimento in termini di risorse destinate e di elaborazione di un piano strategico di riorganizzazione strutturale e funzionale.**

1. Il livello aziendale: priorità d'intervento e proposte

A livello aziendale, come già anticipato, la dimensione più critica è rappresentata dallo scarso coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali. Ciò è messo in evidenza dai risultati mediamente "discreti" ottenuti sia rispetto al grado di attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione (IAS medio pari a 48) sia alle altre forme di partecipazione (IAS medio pari a 44), (rimandando alla terza componente), per un approfondimento, qui ci sembra 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.

L'istituzione di questo nuovo strumento di partecipazione a livello aziendale consentirà proprio di rispondere a questa criticità in maniera permanente in quanto, per le sue finalità specifiche (vedi pag. 94), è chiamato sia alla ricognizione e alla verifica dello stato di funzionamento degli istituti di partecipazione sia allo sviluppo di un piano strategico aziendale per la promozione della partecipazione civica. Chiaramente **la sfida per tutti, cittadini e amministratori aziendali sarà quella di riempire di contenuti e azioni concrete il lavoro del tavolo** scongiurando il pericolo che anche questo nuovo istituto di partecipazione diventi un mero contenitore formale di un "ascolto di cortesia" da parte delle aziende nei confronti dell'associazionismo civico. Il tavolo costituirà effettivamente una risorsa per il sistema sanitario regionale se riuscirà a funzionare come una sorta di laboratorio politico della partecipazione civica finalizzato a contribuire all'individuazione di priorità d'intervento per una gestione efficace ed efficiente dei bisogni di salute della comunità.

Sul piano dell'impegno delle aziende a promuovere politiche di particolare interesse, mediamente, come mostra il grafico di seguito, il risultato è "buono".

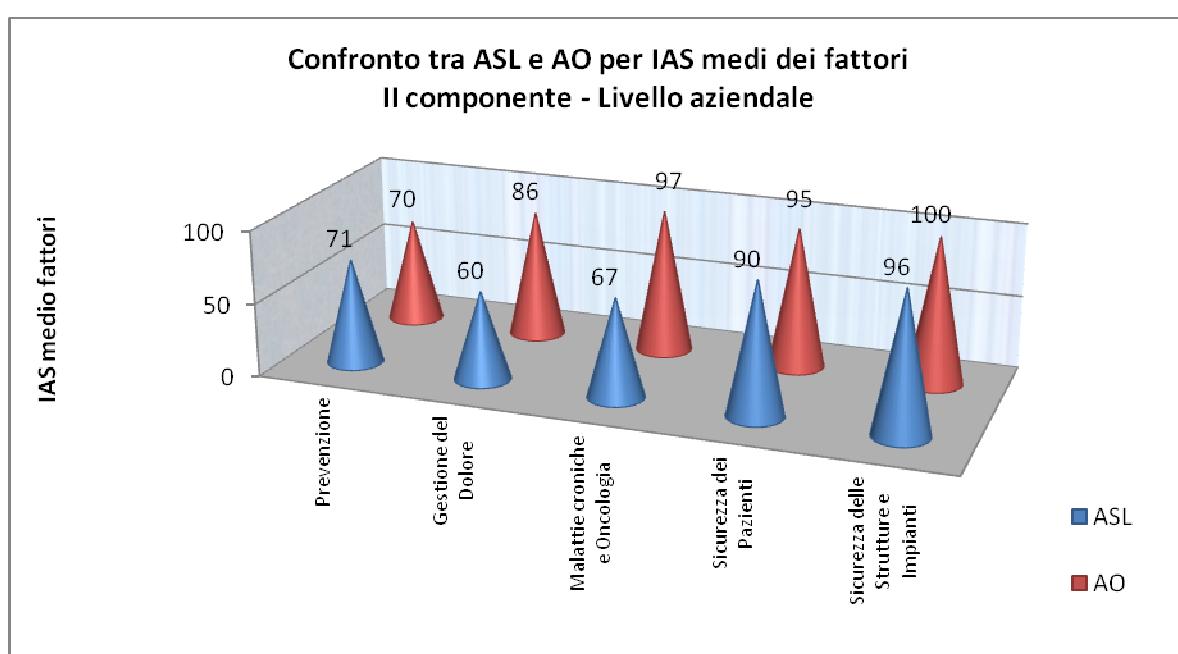


Fig. 52 - Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della seconda componente – Livello aziendale.

Osservando il confronto tra i punteggi medi dei fattori della seconda componente tra ASL e AO l'**area delle malattie croniche ed oncologia ed in particolare quella della gestione del dolore per quanto riguarda le ASL costituiscono degli ambiti da migliorare**. Più specificatamente per quanto riguarda la gestione del dolore una prima priorità è sicuramente quella di **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".

Una seconda priorità è rappresentata invece dall'esigenza di migliorare la formazione dei medici di medicina generale rispetto al controllo del dolore così come di aumentare la presenza sul territorio di valutatori/ricognitori, adeguatamente formati per il controllo clinico e la raccolta dei dati sul paziente con dolore. Il miglioramento di questi aspetti risponde all'esigenza di completamento e consolidamento di quel processo positivo che, grazie anche alla legge 38 del 2010 di fatto ha messo al centro della politica sanitaria regionale il tema della gestione del dolore facendo registrare, come già accennato, dei notevoli miglioramenti, ad esempio in termini di aumento delle disponibilità di strutture per le cure palliative nei territori e di adozione di linee guida e protocolli per il controllo del dolore nei pazienti ricoverati.

L'area delle malattie croniche e dell'oncologia, come ben evidenzia il grafico, rappresenta ancora un ambito di criticità per le ASL, che si sostanzia in una forte differenziazione in termini di adeguamento agli standard tra le diverse aziende e in una diffusa debolezza rispetto a quegli indicatori che riguardano la continuità socio-assistenziale come la semplificazione delle procedure per il riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi e l'attivazione di servizi di dialisi domiciliare.

2. Il livello dell'assistenza ospedaliera: priorità d'intervento e proposte

L'assistenza ospedaliera, relativamente agli aspetti indagati dall'Audit civico nei 29 ospedali osservati, mediamente rappresenta un punto di forza del Sistema Sanitario Regionale. A fronte di questa premessa però, analizzando più in profondità l'andamento dei risultati, un primo dato da rilevare è la sostanziale differenza, in termini di adeguamento agli standard, tra gli ospedali di riferimento delle AO e quelli delle ASL che mediamente ottengono punteggi più bassi. In questo senso, da un punto di vista civico è auspicabile che ci sia da parte delle ASL e della politica regionale un serio investimento per colmare questa distanza, poiché tutti i cittadini ricoverati in una struttura ospedaliera hanno il diritto, indipendentemente dalla tipologia dell'azienda di riferimento, di poter accedere a servizi e strutture con standard qualitativi e organizzativi simili.

Il grafico che segue ci consente di approfondire questa "differenza sostanziale" rispetto alla dimensione dell'orientamento al cittadino.

Mediamente per gli ospedali di riferimento delle ASL laziali la tutela dei diritti e il miglioramento della qualità, la personalizzazione delle cure e l'informazione e comunicazione continuano a rappresentare delle aree abbastanza critiche, con indici medi di adeguamento agli standard "discreti". Ad eccezione del fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità", che rispetto allo scorso anno, ha registrato un peggioramento passando da un IAS medio del fattore per le ASL pari a 61 a un IAS medio pari a 54, per gli altri fattori di valutazione c'è da segnalare un generale miglioramento che riflette in parte l'effetto delle azioni messe in campo proprio dalle aziende per rispondere alle criticità emerse dal precedente ciclo di Audit civico.

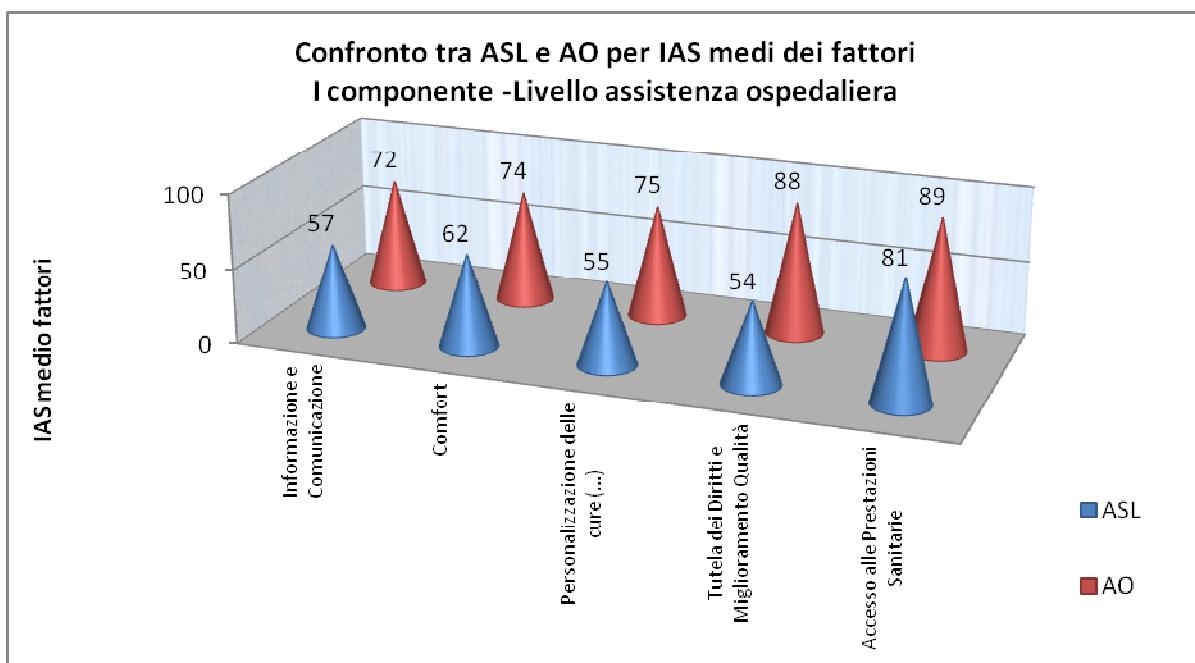


Fig. 53 - Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della prima componente – Livello assistenza ospedaliera.

Resta comunque prioritario, in particolare per le ASL, porre in essere degli interventi a livello di assistenza ospedaliera finalizzati:

- **al miglioramento della tutela dei diritti e della qualità, in particolare attraverso un piano d'azione mirato al raggiungimento degli standard** e più in genere, sia per le ASL che per le AO è poi auspicabile l'aumento della diffusione di esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione secondo uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale come ad esempio ISO 9000, EFQM ecc;
- **all'implementazione di modelli e modalità operative e organizzative centrate sul criterio della personalizzazione e umanizzazione delle cure**, in particolare rispetto all'area dell'interpretariato e della mediazione culturale, della cura degli aspetti socio-relazionali che contribuiscono alla qualità della degenza e dell'adozione della cartella clinica integrata da parte delle Unità Operative;
- **all'aumento dell'efficacia e l'efficienza dell'informazione e comunicazione al cittadino** ad esempio attraverso risposte concrete al bisogno dei cittadini di avere informazioni rispetto 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 approfondito, situazioni di degrado e fatiscenza strutturale così come, seppur in misura limitata, casi di presenza di barriere architettoniche.

Relativamente alla seconda componente, come mostra il grafico che segue.

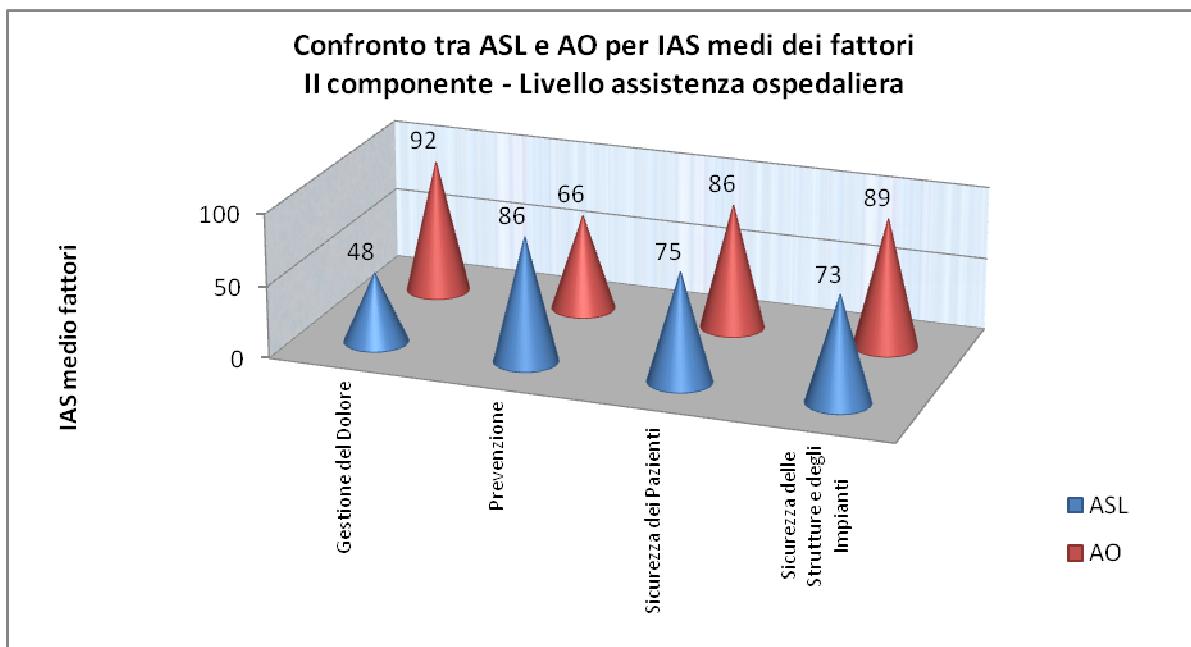


Fig. 54 - Confronto tra ASL e AO per IAS medi dei fattori della seconda componente – Livello assistenza ospedaliera.

l'area della gestione del dolore a livello di assistenza ospedaliera rappresenta mediamente per le ASL una priorità rispetto alla quale impegnarsi per lo sviluppo di politiche in grado di dare concretezza a quanto sancito dalla recente normativa e più in generale al principio di creare le condizioni per i pazienti, laddove possibile, di non soffrire inutilmente.

3. Il livello territoriale: priorità d'intervento e proposte

Il livello dell'assistenza territoriale si conferma come **l'anello debole del nostro sistema sanitario regionale e rappresenta da un punto di vista civico l'ambito primario d'intervento dal quale partire**.

Il quadro che emerge dai risultati dell'Audit civico, come mostrano i grafici che seguono, ribadisce anche per quest'anno, relativamente alla dimensione dell'orientamento al cittadino, **la necessità d'interventi mirati al miglioramento della tutela dei diritti e della qualità e dell'informazione e comunicazione** a tutti i livelli di analisi considerati.

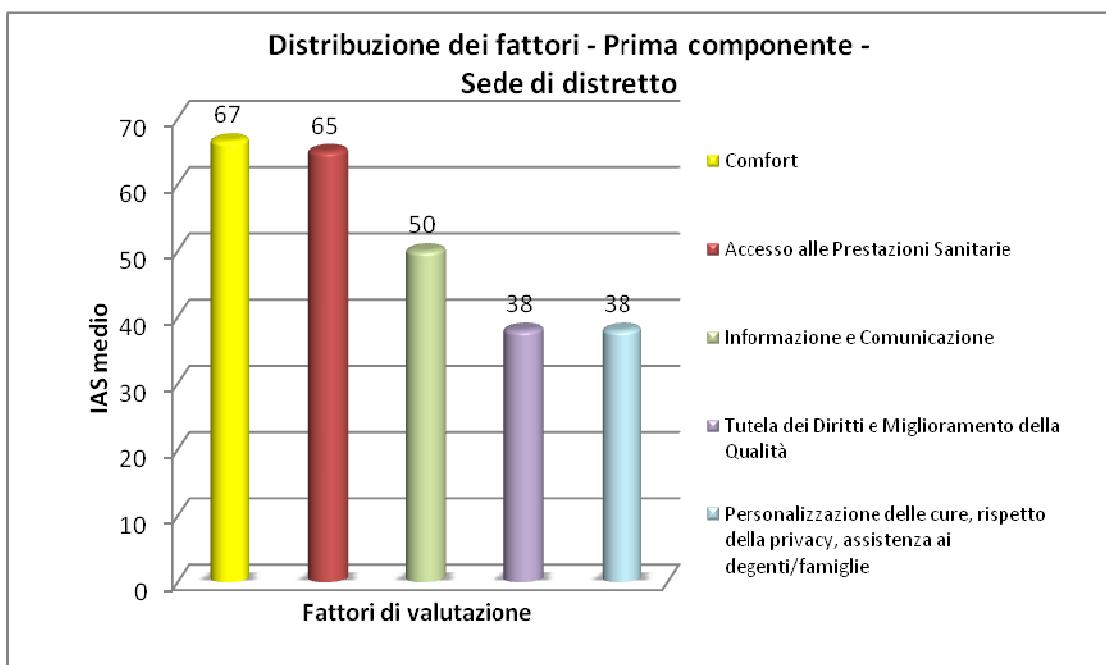


Fig. 55 - Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello sedi di distretto

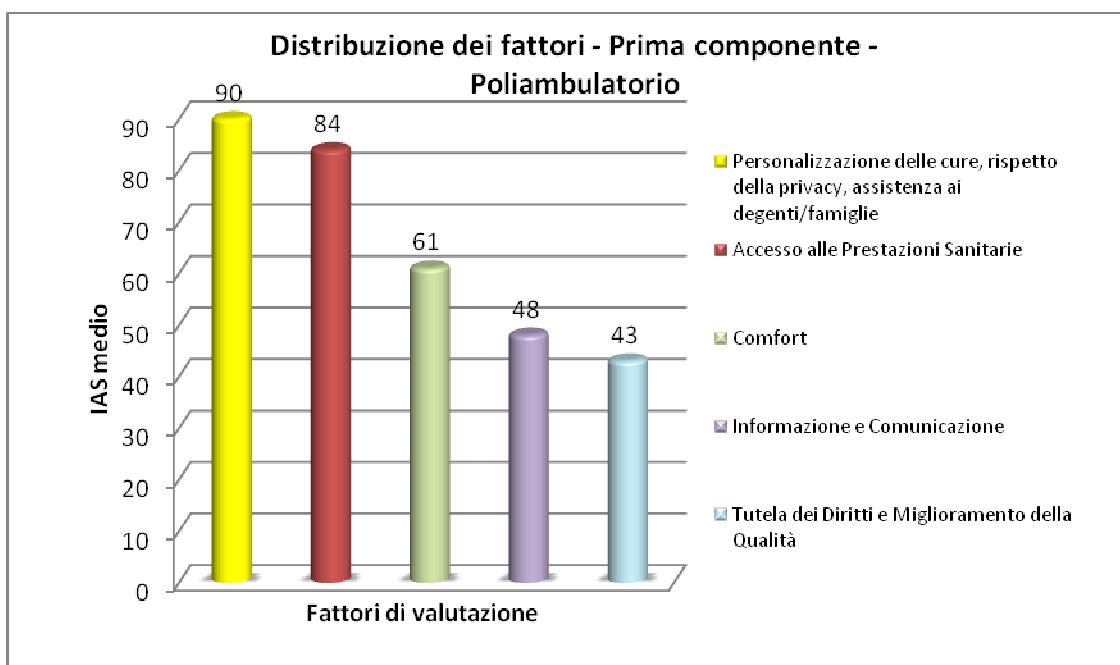


Fig. 56 - Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello poliambulatori

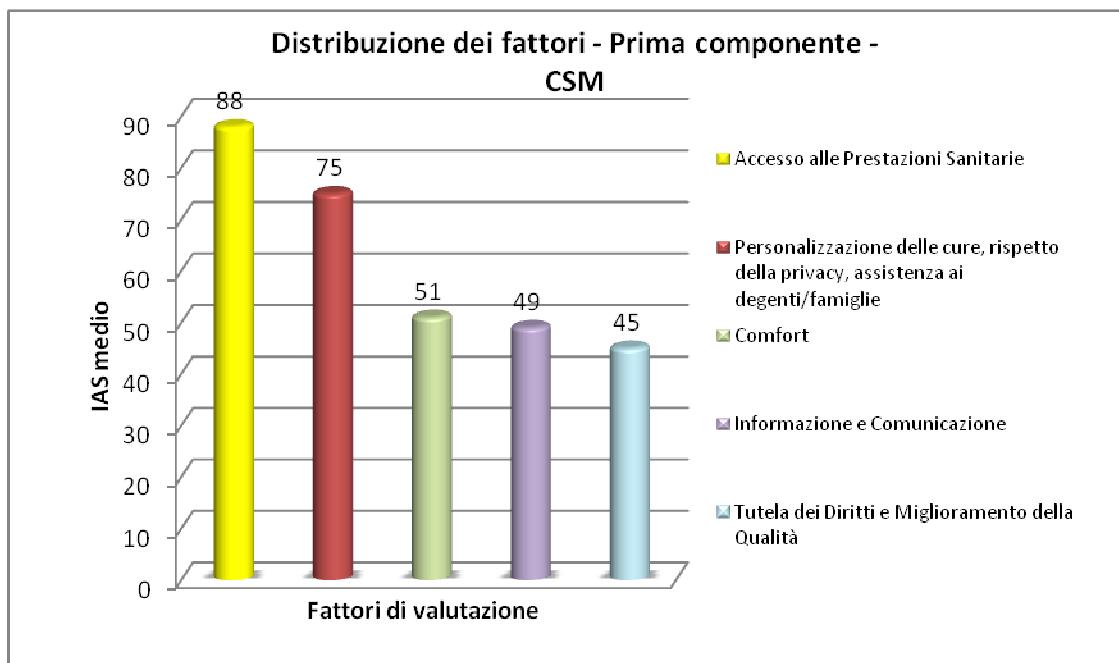


Fig. 57 - Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello CSM

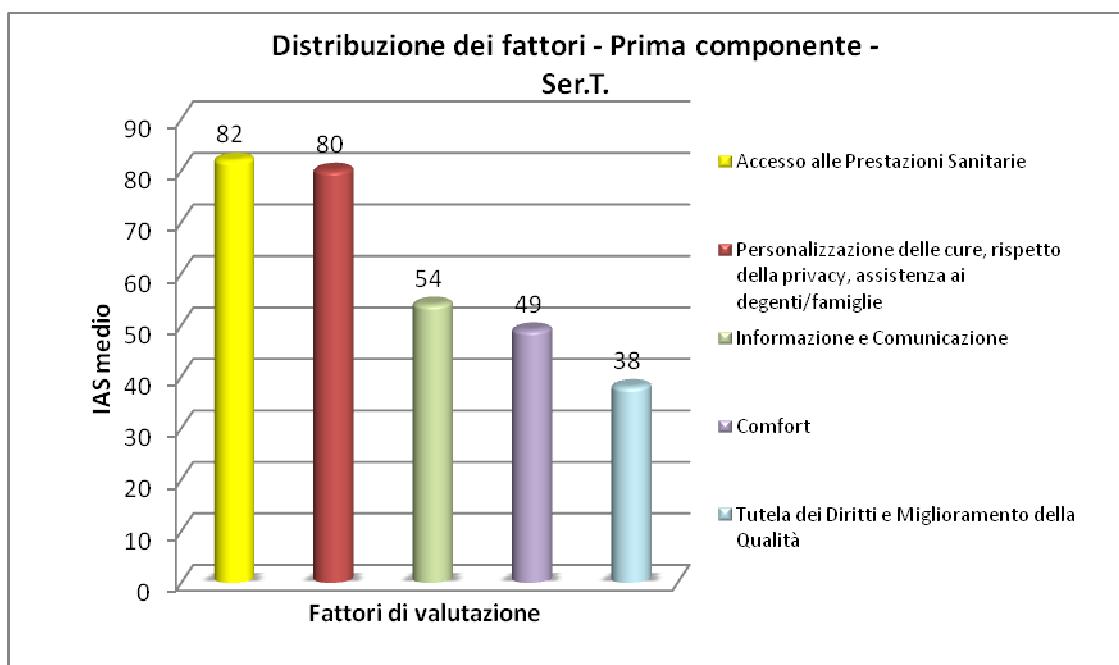


Fig.58 -Distribuzione degli IAS medi dei fattori della prima componente – Livello Ser.T..

Rimandando per un approfondimento al capitolo dedicato all’analisi dei dati, qui ci sembra utile soffermarci su quelle che da un punto di vista civico sono le priorità d’intervento e le nostre proposte.

Per tutelare i diritti dei cittadini e migliorare la qualità dei servizi territoriali è cruciale che la politica inizi concretamente ad affrontare i temi dell’efficacia dell’efficienza del sistema sanitario territoriale, anche con gli occhi dei cittadini.

E' prioritario ad esempio lo sviluppo e l'implementazione di un modello di management centrato sulla presa in carico della salute e del benessere delle persone capace di coniugare in maniera appropriata la gestione delle risorse e la domanda reale adottando i criteri dell'analisi sistematica dei bisogni emergenti⁶⁸ e della valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle scelte politiche e manageriali in relazione alla qualità dei servizi. La valutazione della qualità dei servizi sanitari erogati, necessariamente, dovrà tener conto anche del punto di vista dei cittadini inteso sia come grado di soddisfazione⁶⁹ sia come contributo in termini di valutazione civica finalizzata all'individuazione delle priorità d'intervento a garanzia del rispetto del diritto a dei Livelli Essenziali Assistenziali adeguati su tutto il territorio regionale.

Come cittadini consapevoli della complessità dei temi sollevati e dei vincoli economici ai quali la politica sanitaria laziale è tenuta ad attenersi, crediamo che un sistema dell'assistenza territoriale più orientato al cittadino possa rappresentare un generatore di risorse poiché consentirebbe una gestione più appropriata, con notevole diminuzione in termini di costi, di molte problematiche socio-sanitarie che spesso impropriamente vengono gestite dal sistema dell'urgenza con un appesantimento dell'assistenza ospedaliera e in molti casi con un aggravio di costi per i singoli cittadini costretti a spostare la propria domanda di servizi per la salute al mercato della sanità privata, come spesso avviene ad esempio nell'area della diagnostica, della prevenzione, dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. In questo senso, oltre all'esigenza di una chiara scelta politica d'investimento in termini di risorse per il miglioramento dei servizi sanitari territoriali, riprendendo una delle criticità emerse dall'Audit civico, un'area da potenziare immediatamente è quella dell'informazione e comunicazione al cittadino, poiché l'efficacia di risposta del sistema dipende anche dall'appropriatezza della domanda e purtroppo anche per quest'anno i dati ci dicono che "quando si passa dall'ospedale al territorio i cittadini restano "soli, senza un adeguato orientamento da parte dei servizi sanitari.

⁶⁸ L'analisi sistematica dei bisogni emergenti è un aspetto particolarmente critico a livello di CSM e Ser.T..

⁶⁹ La ricerca finalizzata alla valutazione della soddisfazione degli utenti dei servizi è trasversalmente carente a tutti i livelli territoriali considerati.

Appendice A

Dettaglio delle strutture per azienda valutata

Tutte le aziende per il livello aziendale (L1) hanno raccolto i dati presso le rispettive direzioni generali e sanitarie.

ASL RM/A – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Odontoiatrico George Eastman	Assistenza ospedaliera (L2)
Odontoiatria generale	
Odontoiatria infantile e Ortodonzia	
Parodontologia e protesi	
Sede di Distretto Presidio sanitario II	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Poliambulatorio Gentile da Fabriano	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio Tripoli	
Poliambulatorio S. Anna via Garigliano n. 55	
CSM via Sabrata n. 12	Cure primarie, CSM (L3c)

ASL RM/B – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Policlinico Casilino	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Neonatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
Traumatologia e Ortopedia	
Distretto 2 - Municipio VII	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Distretto 4 - Municipio X	
Poliambulatorio Antistio	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio Bresadola	
Poliambulatorio Cartagine	
Poliambulatorio Piazza dei Mirti	
Poliambulatorio Stazione di Ciampino	
Poliambulatorio via Mozart	

ASL RM/C – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO CTO Alesini	Assistenza ospedaliera (L2)
Chirurgia generale	
Ortopedia 1	
Traumatologia 1	
Unità Spinale unipolare	
PO S. Eugenio	
Cardiologia	
Medicina 1	
Medicina d'urgenza	
SPDC	
Sede Distretto 12	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Sede Distretto 9	
Poliambulatorio D/11 CTO	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio D/11 via Malfante	
Poliambulatorio D/12 via Marotta	
Poliambulatorio D/6 S. Caterina della Rosa	
Poliambulatorio D/9 via Nocera Umbra	
CSM D/12 via Vergani	Cure primarie, CSM (L3c)
SER.T. D/12 S. Eugenio	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL RM/D – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO G. B. Grassi	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia	
DH Oncologico	
Medicina	
Neurologia	
Oculistica	
Ortopedia – Traumatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorinolaringoiatria	
Pediatria – Neonatologia	
SPDC	
Sede Distretto Roma XIII	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Poliambulatorio Casal Bernocchi	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio Palidoro	
Poliambulatorio Via delle Saline - Ostia Antica	
Poliambulatorio Via Federico Paolini - Ostia	
CSM via delle Sirene	Cure primarie, CSM (L3c)
SER.T. via Tagaste	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL RM/E – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Oftalmico	Assistenza ospedaliera (L2)
Oftalmologia chirurgica	
PO S. Spirito	
Cardiologia	
Chirurgia generale	
Medicina interna	
Neonatologia	
Ortopedia – Traumatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
PS e Breve Osservazione	
PO Villa Betania	
Cardiologia riabilitativa	
Chirurgia della spalla e ginocchio	
Medicina interna	
Ortopedia – Traumatologia	
Riabilitazione	
Urologia	
Distretto 17	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Distretto 18	
Distretto 19	
Distretto 20	
Poliambulatorio Cesano	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio Montespaccato	
Poliambulatorio S. Zaccaria Papa	
Poliambulatorio Santa Maria della Pietà	
Poliambulatorio Tenente Eula	
SER.T. Piazza 5 giornate	Cure primarie, SER.T. (L3d)
SER.T. Santa Maria della Pietà	
SER.T. via Valcannuta n. 216	

ASL RM/F – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO San Paolo Civitavecchia	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia	
Chirurgia vascolare	
Ginecologia	
Medicina	
Ortopedia	
Pediatria	
Distretto F1 Civitavecchia	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Distretto F2 Cerveteri	
Distretto F3 Bracciano	
Distretto F4 Capena	
Poliambulatorio Anguillara	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio Campagnano	
Poliambulatorio Capena	
Poliambulatorio Civitavecchia	
Poliambulatorio Fiano Romano	
Poliambulatorio Ladispoli	
Poliambulatorio Rignano	
Poliambulatorio Santa Marinella	
CMS Ladispoli	Cure primarie, CSM (L3c)
CSM Bracciano	
CSM Campagnano	
CSM Civitavecchia	
CSM Morlupo	
SER.T. Bracciano	Cure primarie, SER.T. (L3d)
SER.T. Capena	
SER.T. Civitavecchia	

ASL RM/G – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Colleferro	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia generale	
Medicina interna	
Nefrologia e Dialisi	
Neonatologia	
Ortopedia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorinolaringoiatria	
Pediatria	
Urologia	
Sede Distretto sanitario Tivoli	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Poliambulatorio Zagarolo	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
CSM Subiaco	Cure primarie, CSM (L3c)
CSM Palestrina	
SER.T. Palestrina	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL RM/H – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO E. De Santis – Genzano	Assistenza ospedaliera (L2)
Medicina generale	
Ostetricia e Ginecologia	
Pediatria	
PO L. Spolverini – Ariccia	
Riabilitazione funzionale	
PO San Giuseppe -Albano Laziale	
Cardiologia	
Chirurgia generale	

Day Hospital multidisciplinare	
Nefrologia	
Ortopedia e Traumatologia	
Sede di Distretto H2 Albano Laziale	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Sede di Distretto H4 Pomezia - Ardea	
Sede di Distretto H6 Anzio - Nettuno	
Poliambulatorio H2 Albano Laziale	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio H4 Ardea - Nuova Florida	
Poliambulatorio H6 Barberini Nettuno	
CSM Albano Laziale	Cure primarie, CSM (L3c)
CSM sede di Ariccia	
CSM Villa Albani - Anzio	
SER.T. Genzano	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL Frosinone – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO F. Spaziani	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia generale	
Malattie infettive	
Medicina	
Nefrologia	
Oculistica	
Ortopedia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorinolaringoiatria	
Pediatria	
Urologia	
Distretto B	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Poliambulatorio B	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
SER.T. B	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL Latina – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Santa Maria Goretti	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia donne	
Chirurgia uomini	
Chirurgia vascolare	
DH Epatologia (multidisciplinare)	
DH Oncoematologico	
Malattie infettive	
Medicina donne/Neurologia	
Medicina d'urgenza	
Medicina post acuzie	
Medicina universitaria e nefrologia	
Medicina uomini/Neurologia	
Neurochirurgia	
Oculistica	
Oncoematologia	
Ortopedia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorino	
Pediatria	
SPDC	
Traumatologia	
Urologia	
Utic	
Sede Distretto Aprilia - Cisterna - Cori	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Sede Distretto Latina	
Poliambulatorio Borgo Sabotino	Cure primarie, poliambulatori (L3b)

Poliambulatorio Aprilia	Cure primarie, CSM (L3c)
Poliambulatorio Cisterna	
Poliambulatorio Latina	
Poliambulatorio Latina Scalo	
CSM Aprilia	
CSM Latina	

ASL Viterbo – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Belcolle	Assistenza ospedaliera (L2)
Breve osservazione	
Cardiologia	
Chirurgia d'urgenza e vascolare	
Ematologia	
Geriatria sede di Montefiascone	
Maxillo-facciale	
Nefrologia aziendale	
Neurochirurgia e neurotraumatologia	
Neurologia	
Oncologia	
Ortopedia e Traumatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorinolaringoiatria	
Pediatria	
SPDC	
Urologia	
PO Tarquinia	
Chirurgia generale	
Medicina generale	
Ortopedia e Traumatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
Sede Distretto sanitario 2 - viale Igea - Tarquinia	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Sede Distretto sanitario 3 via E. Fermi - Viterbo	
Poliambulatorio strada Castrense - Montalto di Castro	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
Poliambulatorio via B. Croce - Tarquinia	
Poliambulatorio via E. Fermi - Viterbo	
Poliambulatorio via Gramsci - Orte	
Poliambulatorio via Innocenzo III - Soriano nel Cimino	
Poliambulatorio via Rivellino - Tuscania	
CSM Via B. Croce – Tarquinia	Cure primarie, CSM (L3c)
CSM Via Romiti – Viterbo	
SER.T. via Romiti - Viterbo	
SER.T. viale Igea - Tarquinia	Cure primarie, SER.T. (L3d)

ASL Rieti – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO S. Camillo De' Lellis	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia	
Chirurgia generale e d'urgenza	
Chirurgia Generale e Oncologica	
Day Surgery	
Geriatria	
Malattie infettive	
Medicina interna 1	
Medicina interna 2	
Nefrologia	
Oftalmologia	
Ortopedia e Traumatologia	
Ostetricia e Ginecologia	
Otorinolaringoiatria e Chirurgia cervico facciale	
Pediatria	

S.P.D.C.	
Urologia	
Sede Distretto sanitario 1 Montepiano Reatino	Cure primarie, sedi di distretto (L3a)
Poliambulatorio Montepiano Reatino	Cure primarie, poliambulatori (L3b)
CSM. via Salaria per l'Aquila - Rieti	Cure primarie, CSM (L3c)
SER.T. via Salaria per l'Aquila - Rieti	Cure primarie, SER.T. (L3d)

AO Policlinico Torvergata – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Tor Vergata Cardiochirurgia Cardiologia Chirurgia d'urgenza, senologica e dei trapianti Chirurgia generale (proff. Gaspari e Tucci) Chirurgia toracica Chirurgia vascolare Gastroenterologia Malattie infettive Malattie respiratorie Neurochirurgia Neurologia Ortopedia e Traumatologia	Assistenza ospedaliera (L2)

AO S. Andrea – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Sant'Andrea Chirurgia d'urgenza Chirurgia plastica Day Surgery Dermatologia DH Gastroenterologia Geriatrica Ginecologia Malattie infettive Maxillo facciale Medicina 1 - Immunologia Medicina 4 - Endocrinologia Medicina d'urgenza Medicina 2 - Diabetologia Neurochirurgia Oculistica ORL Ortopedia	Assistenza ospedaliera (L2)

AO Policlinico Gemelli – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Gemelli Cardiochirurgia Cardiologia Chirurgia generale e trapianti d'organo Chirurgia senologica DH di Oncologia Fisiopatologia respiratoria Geriatrica Medicina interna e Gastroenterologia Neurochirurgia infantile Neurologia donne Oncologia medica Patologia ostetrica e ginecologica Pediatrica 1	Assistenza ospedaliera (L2)

Radioterapia 1	
Radioterapia 2	
Servizio di Radioterapia	

AO S. Camillo – Forlanini – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO San Camillo	Assistenza ospedaliera (L2)
Chirurgia toracica	
Chirurgia vascolare	
Day Hospital	
Geriatria	
Medicina 1	
Oculistica	
Ortopedia	
Ostetricia A e B	
Stroke Unit	
UCRI	
Ambulatorio Gastroenterologia e Epatologia	

AO San Giovanni-Addolorata – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO San Giovanni-Addolorata	Assistenza ospedaliera (L2)
Cardiologia I	
Cardiologia II	
Chirurgia II	
Chirurgia vascolare	
Day Survey multidisciplinare	
Ginecologia e Ostetricia I	
Ginecologia e Ostetricia II	
Medicina II	
Medicina IV-V	
Nefrologia e Dialisi	
Neurochirurgia	
Oculistica I	
Oncologia medica	
Ortopedia II	
Otorinolaringoiatria	
Patologia della mammella	
Terapia antalgica	
Urologia II	

AO Policlinico Umberto I – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Policlinico Umberto I	Assistenza ospedaliera (L2)
Dai Neurologia e Psichiatria – Neurochirurgia B	
Dai Neurologia e Psichiatria – Chirurgia maxillo facciale	
Dai Ostetricia e Ginecologia, Perinatologia e Puericultura – Ginecologia chirurgica e Oncologia	
Dai Malattie Cardiovascolari e Respiratorie – Malattie cardiovascolari	
Dai Cuore e Grossi Vasi – Cardiologia e Angiologia	
Dai Cuore e Grossi Vasi – Cardiochirurgia	
Dai Medicina interna, Terapia medica, Geriatria e Medicina riabilitativa – Coordinamento e medicina geriatrica – Gerontologia e Geriatria	
Dai Malattie Apparato Digerente prof. N. Basso – Chirurgia Laparoscopica	
Dai Chirurgia generale, Specialità chirurgiche e Trapianti d'organo “P. Stefanini” – Chirurgia generale C e Trapianti d'organo	
Dai Chirurgia generale, Specialità chirurgiche e Trapianti d'organo	

"P. Stefanini" – Chirurgia generale F e Day Surgery
Dai Chirurgia generale, Specialità chirurgiche e Trapianti d'organo "P. Stefanini" – Chirurgia toracica
Dai Testa - Collo prof. Polimeni – ORL B
Dai Testa - Collo prof. Polimeni – DH
Dai Emergenza e Accettazione (con Area coordinamento Ortopedia e Riabilitazione) – CUPS Chirurgia d'urgenza
Dai Emergenza e Accettazione (con Area coordinamento Ortopedia e Riabilitazione) – Ortopedia e Traumatologia A
Dai Emergenza e Accettazione (con Area coordinamento Ortopedia e Riabilitazione) – Traumatologia D
Dai Emergenza e Accettazione (con Area coordinamento Ortopedia e Riabilitazione) – Ortopedia e Traumatologia B
Dai Medicina interna, Immunologia clinica, Nutrizione clinica e Endocrinologia – Immunologia clinica
Dai Medicina interna, Immunologia clinica, Nutrizione clinica e Endocrinologia – Medicina interna
Dai Medicina interna, Immunologia clinica, Nutrizione clinica e Endocrinologia – Gastroenterologia e Endoscopia digestiva
Dai Malattie infettive prof. V. Vullo – Malattie infettive A
Dai Malattie infettive prof. V. Vullo – Malattie infettive B
Dai Malattie infettive prof. V. Vullo – DH
Dai Malattie infettive prof. V. Vullo – Reparto Pediatria
Dai Malattie infettive prof. V. Vullo – Malattie tropicali
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Fisiopatologia chirurgica A
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Tecnologia chirurgia e Day Surgery
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Chirurgia generale A
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Chirurgia generale B
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Chirurgia gastroenterologia e Epatobil.
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Fisiopatologia chirurgica C a indirizzo vascolare
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Chirurgia oncologica A
Dai Chirurgia generale "P. Valdoni" prof. A. Tocchi – Chirurgia oncologica B
Dai Chirurgia generale "F. Durante" prof. F. Vietri – Chirurgia generale N
Dai Chirurgia generale "F. Durante" prof. F. Vietri – Chirurgia generale M
Dai Chirurgia generale "F. Durante" prof. F. Vietri – Chirurgia generale ricostruttiva
Dai Neurologia e Psichiatria prof. M. Prencipe – Neurologia A-B
Dai Neurologia e Psichiatria prof. M. Prencipe – Neurologia C
Dai Neurologia e Psichiatria prof. M. Prencipe – Stroke Unit
Dai Neurologia e Psichiatria prof. M. Prencipe – Psichiatria e Disturbi del comportamento alimentare
Dai Nefrologia e Urologia "U. Bracci" prof. V. Gentile – Day Surgery Urologico
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Neuropsichiatria infantile pediatrica
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Neuropsichiatria infantile esordi psicotici in adolescenza
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Gastroenterologia e Epatologia pediatrica

Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Chirurgia pediatrica	
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – DH Onco-Ematologico	
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Fibrosi Cistica	
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – DH Endocrinologia pediatrica	
Dai Pediatria generale, specialistica e Neuropsichiatria infantile – Cardiologia	
Dai Ematologia, Oncologia, Anatomia patologica e Medicina rigenerativa prof. S. Calvieri – Chirurgia plastica	
Dai Ematologia, Oncologia, Anatomia patologica e Medicina rigenerativa prof. S. Calvieri – Ematologia pediatrica	
Dai Testa-Collo – Oftalmologia A e DH	
Dai Testa-Collo – Oftalmologia B	
Dai Testa-Collo – Oftalmologia C	
DAI Ostetricia e Ginecologia, Perinatologia e Puericultura prof. P. Benedetti Panici - Ginecologia chirurgia e Oncologia	

IRCCS Spallanzani – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Spallanzani	Assistenza ospedaliera (L2)
DH Immunodeficienze virali e neuro-oncologia infettiva	
DH Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	
DH Malattie infettive dell'apparato respiratorio	
DH Malattie infettive e tropicali	
DH Malattie infettive epatologia - Centro	
DH Malattie infettive post acuzie	
Immunodeficienze virali e neuro-oncologia infettiva	
Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	
Malattie infettive dell'apparato respiratorio	
Malattie infettive e tropicali	
Malattie infettive epatologia - Centro	
Malattie infettive post acuzie	

IRCCS IFO – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO IFO	Assistenza ospedaliera (L2)
Chirurgia generale A	
Chirurgia toracica	
Day Hospital Chirurgia plastica ISG	
Day Hospital Dermatologico	
Day Hospital Oncologico A	
Day Hospital Oncologico B	
Day Surgery IRE	
Dermatologia clinica	
Ematologia	
Medicina nucleare	
Neurochirurgia	
Oncologia medica A	
Oncologia medica B	
Otorinolaringoiatria	
Urologia	

IRCCS Bambino Gesù – Campo di applicazione Audit civico 2011	Livelli di analisi
PO Bambino Gesù	Assistenza ospedaliera (L2)
Chirurgia endoscopica digestiva	
Chirurgia generale	
Chirurgia plastica	
Chirurgia urologica	
DMCCP Degenza	

Epatogastriconutrizionale	
Epatologia	
Neurochirurgia	
Neurologia infantile	
Oncoematologia	
Ortopedia traumatologica	
Patologia metabolica	
Patologia metabolica	
Pediatria	

Appendice B

Ringraziamenti

La realizzazione di questo rapporto è stata possibile grazie ad una rete di referenti istituzionale e civici che in questi anni hanno contribuito ed arricchito le attività di valutazione civica realizzate da Cittadinanzattiva Lazio con un patrimonio di energie e professionalità.

Un ringraziamento al dott. **Gianni Zoroddu**, Capo di Gabinetto della Regione Lazio e al dott. **Alessandro Moretti**, Capo della Segreteria dell'Assessorato alla sanità per il supporto nella realizzazione di questo importante programma.

Un ringraziamento speciale alla dott.ssa **Miriam Cipriani**, Direttore della Direzione regionale assetto istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale - Dipartimento programmazione economica e sociale, al dott. **Valentino Mantini** e alla dott.ssa **Letizia Lorenzini** del Dipartimento Sociale della Direzione regionale assetto istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale.

I Direttori generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere che hanno aderito all'Audit civico:

Riccioni Camillo, Bonavita Vittorio, Paone Antonio, Romano Ferdinando, Sabia Maria, Squarcione Salvatore, Brizioli Nazareno, Cipolla Alessandro, Mirabella Carlo, Sponzilli Renato, Gianani Rodolfo, Pipino Adolfo, Morrone Aldo, Corradi Mariapaola, Bollero Enrico, Capparelli Antonio, Alessio Domenico, Bracciale Gianluigi, Catananti Cesare, Vitaliano De salazar, Capurso Lucio, Profiti Giuseppe.

I membri del coordinamento regionale del programma, il Segretario regionale **Giuseppe Scaramuzza** e il Vice segretario **Francesca Diamanti, Simona Santicchia** di Cittadinanzattiva Lazio per il contributo nell'elaborazione ed analisi dei dati.

Angelo Tanese, Michela Liberti e Rosapaola Metastasio dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva per il supporto tecnico all'elaborazione dei dati ed il contributo alla formazione delle équipe.

I referenti civici e aziendali:

Per la ASL RM/A:

Barbara Giudiceandrea referente aziendale e **Maddalena Pelagalli** referente civica.

Per la ASL RM/B:

Cristina Sopranzi referente aziendale e **Nataszia Tipà** referente civica.

Per la ASL RM/C:

Eliseo Barcaioli referente aziendale e **Caterina Desiderio** referente civica.

Per la ASL RM/D:

Alessandra Vescicchio 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/G:
Marina Catracchia referente aziendale e **Elena Buono** referente civica.

Per la ASL RM/H:
Giuseppe De Righi referente aziendale e **Patrizio Cipolla** referente civico.

Per la ASL di FROSINONE:
Francesco Giorgi referente aziendale e **Nicole Panetta** referente civica.

Per la ASL di LATINA:
Adriana Ianari referente aziendale e **Gianna Sangiorgi** referente civica.

Per la ASL di RIETI:
Tarquinio Desideri e **Maria Luisa Aguzzi** referenti aziendali e **Antonio Ferraro** referente civico.

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 **Simone Migliorato** referente civico.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO SANT'ANDREA:
Cristinana Luciani referente aziendale e **Greta Bernotti** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO UMBERTO I:
Antonella Di Francesco referente aziendale e **Francesco Pietrangeli** referente civico

Per l'Azienda Ospedaliera POLICLINICO GEMELLI:
Alberto Fiore referente aziendale e **Benedicte Perez** 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** referente civica.

Per l'Azienda Ospedaliera SAN GIOVANNI:
Luisa Salvatrice Attolini referente aziendale e **Ludovica Falchi** referente civica.

Per l'IRCCS SPALLANZANI:
Maria Elisa Cicchini referente aziendale e **Teresa Corda** referente civica.

Per l'IRCCS BAMBIN GESU':
Stefano Guolo referente aziendale e **Giacomo Giujusa** referente civico.

Per l'IRCCS I.F.O.:
Giovanna D'Antonio referente aziendale e **Roberta Gatti** referente civica.

Tutti i collaboratori delle aziende coinvolte e i cittadini che all'interno delle equipe locali hanno contributo per la realizzazione dell'Audit civico.