

Il Sistema Sanitario visto dai cittadini

La valutazione civica delle Aziende Sanitarie

VI Rapporto Audit civico 2009



sostienici,
non lasciare i tuoi diritti solo sulla carta

www.tribunaledirittimalato.it



INDICE

Introduzione	1
La diffusione dell'Audit civico	1
I luoghi della rilevazione	5
Fasi di lavoro	5
La struttura del rapporto	6
Le ragioni dell'Audit civico	8
La centralità del punto di vista dei cittadini	8
La trasparenza del servizio sanitario	9
Un contrappeso ai rischi di frammentazione	10
Il valore costituzionale della valutazione civica	11
Impianto metodologico	12
Le quattro domande dell'Audit civico	13
Riferimenti teorici e metodologici	
La struttura di valutazione dell'Audit civico	14
Le componenti	14
I fattori di valutazione	14
Gli indicatori	15
I livelli di applicazione	15
Distribuzione dei fattori nei livelli di applicazione	16
Gli strumenti di rilevazione	16
La componente locale	17
Gli indici di adeguatezza agli standard	18
Il ciclo operativo dell'Audit civico	18
Operazioni preliminari	18
La preparazione (progettazione operativa)	19
L'esecuzione	19
Le azioni finali	19
Il comportamento dei Fattori	21
Introduzione	21
I COMPONENTE “Orientamento verso i cittadini”	23
1. Accesso alle prestazioni sanitarie	23
1.1 Comportamento generale del fattore	23
1.2 Variabilità territoriale	25
1.3 Standard condivisi e indicatori critici	26
2. Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	28
2.1 Comportamento generale del fattore	28
2.2 Variabilità territoriale	30
2.3 Standard condivisi e indicatori critici	31
3. Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti	33
3.1 Comportamento generale	33
3.2 Variabilità territoriale	34

3.3 Standard condivisi e indicatori critici	35
4. Informazione e comunicazione	38
4.1 Comportamento generale	38
4.2 Variabilità territoriale	40
4.3 Standard condivisi e indicatori critici	40
5. Comfort	43
5.1 Comportamento generale	43
5.2 Variabilità territoriale	44
5.3 Standard condivisi e indicatori critici	45
II COMONENTE “Impegno dell’azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”	47
6. Sicurezza dei pazienti	47
6.1 Comportamento generale	47
6.2 Variabilità territoriale	48
6.3 Standard condivisi e indicatori critici	49
7. Sicurezza delle strutture e degli impianti	50
7.1 Comportamento generale	51
7.2 Variabilità territoriale	52
7.3 Standard condivisi e indicatori critici	52
8. Malattie croniche e oncologia	54
8.1 Comportamento generale	54
8.2 Variabilità territoriale	55
8.3 Standard condivisi e indicatori critici	55
9. Gestione del dolore	57
9.1 Comportamento generale	57
9.2 Variabilità territoriale	58
9.3 Standard condivisi e indicatori critici	59
10. Prevenzione	60
10.1 Comportamento generale	60
10.2 Variabilità territoriale	61
10.3 Standard condivisi e indicatori critici	62
III COMONENTE “Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali”	63
11. Attuazione e funzionamento degli Istituti di partecipazione	63
11.1 Comportamento generale	63
11.2 Variabilità territoriale	64
11.3 Standard condivisi e indicatori critici	64
12. Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda	66
12.1 Comportamento generale	66
12.2 Variabilità territoriale	67
12.3 Standard condivisi e indicatori critici	67

Cinque diritti per il Trentennale del Tribunale per i diritti del malato	69
Diritto all'accesso	69
Diritto alla informazione	71
Diritto al rispetto del tempo dei pazienti	74
Diritto alla sicurezza	75
Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari	78
 Punti di forza, fattori in movimento e aree critiche	 80
La sicurezza è un discreto punto di forza	80
Fattori in movimento	81
I rapporti con i cittadini restano un'area critica	83
 Gli effetti dell'Audit civico	 85
Premessa	85
Uno strumento al servizio della partecipazione civica	85
Impatto culturale	88
La competenza civica e la Carta europea dei diritti del malato	88
L'aggiornamento dei modelli cognitivi	88
Omissioni, pietre di inciampo e buone prassi	89
L'ambiente dell'Audit civico	90
L'interazione con le politiche regionali	91
Uno strumento per il miglioramento	91
 Conclusioni	 95
Ringraziamenti	98

INTRODUZIONE

LA DIFFUSIONE DELL'AUDIT CIVICO

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche, e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

L'Audit civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato, nel quadro di una partnership con **AstraZeneca**.

Il primo ciclo sperimentale è stato avviato nel 2001 con lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico realizzato con la collaborazione di 12 aziende sanitarie.

A partire dal 2003, la possibilità di aderire all'Audit civico è stata estesa all'universo delle aziende sanitarie, e il numero delle aziende coinvolte finora è aumentato costantemente.

Dal 2004 in poi, in base a specifiche convenzioni con le Agenzie Sanitarie e gli Assessorati alla Salute delle Regioni, sono stati avviati alcuni cicli regionali, ovvero **programmi regionali di applicazione sistematica della metodologia**.

Infine, nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali** - Settore Salute (Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione e Dipartimento della Qualità) - con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit civico nel Sistema sanitario nazionale.

Il totale delle aziende coinvolte, nel corso degli anni, nell'Audit civico è pari a **175 aziende sanitarie**.

Si può dire quindi che l'Audit civico si è insediato ormai stabilmente nel sistema sanitario italiano, confermando la concreta fattibilità di una valutazione della azione delle aziende sanitarie che ha, come protagonisti i cittadini e, come quadro di azione, la collaborazione tra organizzazioni civiche e aziende sanitarie.

Nei livelli locali, l'Audit civico facilita spesso le politiche di miglioramento, aprendo anche nuovi campi di azione e modalità di intervento inedite. L'applicazione della metodologia, infine, non è, generalmente, un fatto occasionale, ma tende a produrre una presenza stabile nelle prassi aziendali.

Le Aziende Sanitarie che hanno preso parte all'Audit civico 2009 sono 87, di cui 52 Aziende Sanitarie Locali (d'ora in poi ASL) e 35 Aziende Ospedaliere (AO), attraverso l'adesione diretta al programma nazionale sostenuto dal Ministero della salute o con la partecipazione ai 5 programmi regionali:

- ciclo nazionale: 27 Aziende Sanitarie, di cui 17 ASL e 10 AO
- ciclo regionale Piemonte: 22 Aziende Sanitarie, di cui 13 ASL e 9 AO
- ciclo regionale Friuli Venezia Giulia: 12 Aziende Sanitarie, di cui 6 ASL e 6 AO
- ciclo regionale Provincia Autonoma di Trento: 1 ASL (Azienda provinciale)
- ciclo regionale Lazio: 20 Aziende Sanitarie, di cui 10 ASL e 10 AO

- ciclo regionale Abruzzo: 5 ASL

Nel corso del 2009 è stato anche attivata una applicazione nelle regione Umbria con l'adesione di 6 aziende sanitarie, che però non ha ancora concluso la raccolta dei dati.

Aziende coinvolte nel programma Audit civico 2009

AZIENDE CICLO NAZIONALE (27)
AO REGIONALE SAN CARLO - PZ
ASM - AZIENDA SANITARIA MATERA
ASL SALERNO - Presidio Ospedaliero Pagani
AO OSPEDALE MAGGIORE CREMA
AO OSPEDALE DI CIRCOLO - FONDAZIONE MACCHI - VA
ASL CREMONA
AO SAN CARLO BORROMEO - MI
ASUR ZONA TERR. 3 – FANO - PU
ASUR ZONA TERR. 8 - MONTECOSARO/CIVITANOVA MARCHE - MC
ASUR ZONA TERRITORIALE 1 - PESARO
ASUR ZONA TERRITORIALE 2 - URBINO
ASL 5 ORISTANO
ASL 3 NUORO
ASL 4 LANUSEI
ASL 8 CAGLIARI
AO BROTZU - CA
AO UNIVERSITARIA CAGLIARI
AO CANNIZZARO - CT
ASL ENNA
AUSL 7 RAGUSA
ASP CATANIA
AO PAPARDO - ME
AO GARIBALDI, S. LUIGI-S. CURRO', ASCOLI-TOMASELLI - CT
AUSL 8 AREZZO
AO UNIVERSITARIA SENESE
AUSL 12 VIAREGGIO - LU
AZIENDA ULSS 14 CHIOGGIA - VE
CICLO REGIONALE PIEMONTE (22)
ASL TO1
ASL TO2
ASL TO3
ASL TO4
ASL TO5
ASL VERCELLI
ASL BIELLA
ASL NOVARA
ASL VCO (Verbania-Cusio-Ossola)
ASL CUNEO1
ASL CUNEO2
ASL ASTI
ASL ALESSANDRIA

AO CTO - MARIA ADELAIDE - TO
AO S. CROCE E CARLE - CN
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO - AL
AO ORDINE MAURIZIANO - TO
AO OIRM / S. ANNA - TO
AO IRCCS CANDIOLI - TO
AOU S. LUIGI DI ORBASSANO - TO
AOU SAN G. BATTISTA - TO
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' - NO
CICLO REGIONALE FRIULI (12)
ASS 1 TRIESTINA
ASS 2 ISONTINA
ASS 3 ALTO FRIULI
ASS 4 MEDIO FRIULI
ASS 5 BASSA FRIULANA
ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE
AO S. MARIA DEGLI ANGELI - PN
CASA DI CURA SAN GIORGIO - PN
AO UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI - TS
IRCCS BURLO GAROFOLI - TS
IRCCS CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO AVIANO - PN
AOU S. MARIA DELLA MISERICORDIA - UD
CICLO REGIONALE PROVINCIA AUTONOMA TRENTO
APSS TRENTO
CICLO REGIONALE LAZIO (20)
ASL RM/B
ASL RM/C
ASL RM/D
ASL RM/E
ASL RM/F
ASL RM/G
ASL RM/H
ASL VITERBO
ASL RIETI
ASL LATINA
AO S. ANDREA
AO S. FILIPPO NERI
AO S. GIOVANNI
AO POLICLINICO GEMELLI
IRCCS BAMBINO Gesu'
IRCCS IFO
IRCCS SPALLANZANI
AO S. CAMILLO FORLANINI
AO POLICLINICO TORVEGATA
AO POLICLINICO UMBERTO I
CICLO REGIONALE ABRUZZO (5)
ASL 1 AVEZZANO - SULMONA
ASL 2 CHIETI

ASL 3 LANCIANO VASTO

ASL 5 PESCARA

ASL 6 TERAMO

Fonte: Audit civico 2009 - Cittadinanzattiva

I LUOGHI DELLA RILEVAZIONE

Per quanto concerne le strutture sanitarie, sono stati complessivamente oggetto di valutazione:

- 79 Direzioni Aziendali¹
- 139 Presidi Ospedalieri
- 120 Distretti
- 156 Poliambulatori
- 99 Centri di Salute Mentale
- 78 Servizio per le Tossicodipendenze

FASI DI LAVORO

Lo svolgimento del ciclo nazionale 2008/2009 dell'Audit civico ha avuto inizio ad agosto 2008, mentre i cicli regionali - ad eccezione di quello della Provincia Autonoma di Trento che è partito in via sperimentale nel 2008 - sono iniziati nel 2009, e hanno seguito tempistiche diverse, previste dalle singole convenzioni Regionali stipulate.

In generale, possono essere individuate cinque grandi fasi a livello nazionale:

- la prima fase, iniziata precedentemente e parzialmente sovrappostasi allo svolgimento, è stata dedicata alla revisione e all'aggiornamento della struttura di valutazione - svolta accogliendo le modifiche proposte dal Tavolo di lavoro costituito *ad hoc* e le osservazioni del Comitato Paritetico² - e alla corrispondente modifica degli strumenti tecnici di rilevazione e il manuale operativo;
- la seconda fase ha riguardato il reclutamento delle aziende sanitarie, e ha compreso la redazione e la diffusione del bando di adesione, l'interlocuzione con le aziende interessate e la raccolta delle adesioni, formalizzate attraverso una lettera di intenti;
- la terza fase è rappresentata dalla creazione di un uno spazio web dedicato all'Audit civico sul sito nazionale di Cittadinanzattiva, e di un ambiente informatico che comprende una parte generale con le news generali ed i rapporti, e una parte interattiva, riservata e accessibile mediante password, contenente tutti i materiali necessari alle équipe locali;
- la quarta fase è costituita dalla formazione dei referenti civici ed aziendali, e, in alcuni casi, delle équipe locali complete;
- la quinta fase è stata dedicata alla raccolta dei dati sul campo nel livello locale, mentre, a livello nazionale, è stato realizzato un software tecnico per l'inserimento diretto dei dati in una pagina web, che confluiscono a loro volta in una banca dati, e l'elaborazione degli stessi. I dati vengono trattati da un programma di elaborazione che genera una scheda analitica aziendale. Tali schede sono la base delle successive elaborazioni di ricerca e della costruzione delle tavole di benchmarking dei diversi cicli di applicazione, e danno maggiore sostegno e alla redazione dei rapporti locali.

¹ Su 87 Aziende, le Direzioni Aziendali osservate sono 79 perché: le 5 ASL dell'Abruzzo hanno valutato solo il Livello 3 (distretto/poliambulatorio/CSM-Ser.T.) e 3 Aziende Ospedaliere non hanno valutato il Livello 1.

² Gruppo di lavoro composta da membri di Cittadinanzattiva e rappresentanti del Ministero del Lavoro.

LA STRUTTURA DEL RAPPORTO

Il rapporto è stato articolato in sette parti³. La prima è dedicata alla ripresa e alla attualizzazione delle ragioni fondative dell'Audit civico. Nel 2001 la progettazione e la prima applicazione sperimentale, era stata dettata dalla volontà di dare una risposta a tre domande: l'effettiva centralità del punto di vista del cittadino nelle politiche sanitarie, la possibilità di rendere trasparente l'azione delle aziende sanitarie e la possibilità di bilanciare con contrappesi appropriati il processo – allora gli inizi - di regionalizzazione. L'attualità delle questioni infatti è evidente, e merita un supplemento di riflessione.

La seconda descrive la metodologia dell'Audit civico.

La terza parte propone la lettura del sistema sanitario con gli “occhi del cittadini” (o, se si preferisce, con gli occhi della valutazione civica - ed è, a sua volta articolata, in cinque capitoli.. Il primo descrive in estrema sintesi l'impianto metodologico e la struttura della banca dati ed ha lo scopo di mettere il lettore in grado di interpretare correttamente i dati e le informazioni contenute nei paragrafi successivi Il secondo. illustra l'universo esplorato e la mobilitazione dei cittadini e degli operatori che hanno animato le applicazioni regionali e nazionali avvenute nel 2009. Il terzo capitolo descrive il comportamento dei dodici fattori – corrispondenti ad altrettanti aspetti caratterizzanti dell'esperienza del cittadino – che sono il perno della struttura di valutazione dell'Audit civico. Per favorire e rendere più agevole una lettura di insieme è stata operata la scelta dolorosa di selezionato un numero limitato di descrittori significativi che permettono di cogliere, per ogni fattore considerato, l'adeguamento generale agli standard, le difformità territoriali e organizzative, gli standard condivisi e gli indicatori critici. Questa restituzione è lontana dall'esaurire le potenzialità della banca dei dati costruita, le cui dimensioni consentono di rispondere positivamente a varie domande di approfondimento. La discussione di questo rapporto sintetico potrebbe favorire l'indicazione di alcuni temi da esaminare.

Nella quarta parte si tenta di valutare, sulla base dei dati raccolti con l'Audit civico, lo stato di attuazione di cinque diritti della Carta europea dei diritti del malato: il diritto al tempo, il diritto all'accesso, il diritto alla sicurezza, il diritto a non soffrire e il diritto all'informazione. La scelta dei temi è stata dettata dalla volontà di contribuire all'opera del Tribunale per i diritti del malato che li ha assunti come priorità di intervento per la celebrazione del proprio trentennale.

Il quinto capitolo parte dalla comparazione dei fattori per tentare di individuare punti di forza, aree critiche ed altri processi in corso.

Gli effetti dell'Audit civico sui modelli cognitivi degli operatori e dei cittadini, sullo sviluppo della partecipazione civica, sulla interazione con le politiche regionali e sui percorsi di miglioramento sono l'oggetto della sesta parte. Il bilancio è particolarmente significativo per due ordini di motivi. Il primo è che esso copre un arco temporale di oltre dieci anni, infatti la prima campagna “Ospedale sicuro” (che deve essere legittimamente considerata il diretto

³ Il Presente rapporto è stato redatto da Alessio Terzi, responsabile del progetto, Alessandro Lamanna, direttore tecnico, Michela Liberti, responsabile del coordinamento operativo e Rosapaola Metastasio.

precursore dell'Audit civico) è del 1998. Il secondo è che esso avviene a conclusione di un progetto triennale volto a sostenere l'insediamento sistematico della valutazione civica nel servizio sanitario nazionale.

L'ultima parte del rapporto è, come d'obbligo, destinata alle valutazioni conclusive. Si tenta di valutare in quale misura l'Audit civico abbia dato e permetta di dare risposte pertinenti alle tre domande iniziali e di capire come la valutazione civica possa interagire più efficacemente con la governance del sistema sanitario per la salvaguardia e il miglioramento del servizio sanitario.

LE RAGIONI DELL'AUDIT CIVICO

La decisione di dotare la CITTADINANZA ATTIVA di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie – denominato Audit civico – nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per diritti del malato: dare una forma concreta alla centralità del cittadino, rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie, prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evoluzione dei servizi sanitari, che le questioni affrontate nel 2001, non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza.

LA CENTRALITÀ DEL PUNTO DI VISTA DEI CITTADINI

Il primo ordine di problemi era quello di superare tre pregiudizi: la riduzione della centralità del cittadino a puro principio di deontologia professionale, l'idea che la tutela dei diritti dipendesse esclusivamente dalla buona organizzazione e, soprattutto l'eccezione di incompetenza nei confronti del cittadino in quanto soggetto privo delle conoscenze e degli strumenti necessari.

I primi due possono essere considerati ormai minoritari, e si è compreso definitivamente che praticare la centralità del cittadino significa invece definire specifici criteri di progettazione e di valutazione dei servizi e delle politiche. L'eccezione di incompetenza, invece, non è ancora definitivamente superata. Le rilevazioni realizzate con dell'Audit civico aiutano a definire la situazione. Si è potuto verificare, infatti, che **la centralità del cittadino acquista una consistenza concreta quando esso si presenta come puro fruitore dei servizi** (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.), o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostrano la crescente, anche se ancora insufficiente, attenzione verso la terapia del dolore e il sensibile miglioramento del risk management). **Non è così quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema** e pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti. In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, se così si può dire, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza d'un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Per fare fronte a questo problema gli strumenti classici della *customer satisfaction* sono stati ampiamente riformati⁴; negli stessi anni di sviluppo dell'Audit civico una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti⁵, ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative, ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate⁶. **La necessità di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini nella definizione, nella valutazione e nella attuazione delle politiche pubbliche resta un problema aperto e di crescente attualità**⁷.

⁴ Un esempio particolarmente rilevante è il programma sviluppato dall'agenzia sanitaria del Veneto i in collaborazione con il Picker Institute. http://www.arssveneto.it/html_pages/qualita.php?idm=58

⁵ Cfr. Cinotti R., Cipolla C.– La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. – Franco Angeli, Milano 2003

⁶ Cfr. Altieri L. (a cura di) – Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità – Franco Angeli, Milano 2002

⁷ Cfr. Moro G. Cittadini e pubblica amministrazione", in Borgonovi E., Rusconi G. (a cura), La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse, Franco Angeli, Milano 2008, pp. 42- e anche Bobbio L: (a cura di)

Nell'Audit civico il cittadino cessa di essere un puro oggetto di indagine, da interrogare con le dovute tecniche, ma diventa il soggetto valutatore che visita le strutture e interroga i responsabili. Per sostenere con i necessari strumenti disciplinari questo approccio si è partiti dalla considerazione che conviene riflettere sul fatto che l'espressione "rappresentare il punto di vista del cittadino" ha due significati ben distinti, anche se complementari. Il primo significato è che il punto di vista del cittadino è uno *standpoint* vale a dire uno specifico punto di osservazione non un'opinione soggettiva che mette in luce aspetti della realtà considerata, generando informazioni diversamente inattinibili. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non poteva significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi, (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza. L'attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l'osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi con pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, quello dei medici, quello degli infermieri, quello degli amministratori regionali, ecc.). La seconda accezione dell'espressione "rappresentare il punto di vista dei cittadini" ha a che fare con la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto dei cittadini, al fine di fare valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. È necessario quindi intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e la definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo alla amministrazione e ai professionisti. Per rispondere a questa duplice esigenza l'Audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, ma ha anche identificato le procedure pubbliche che permettono ai cittadini di fare valere le proprie valutazioni attraverso la costruzione condivisa dei programmi di miglioramento e di adeguamento.

LA TRASPARENZA DEL SERVIZIO SANITARIO

Il secondo ordine di problemi viene dall'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie. Il punto di partenza a questo proposito è stata la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva attraverso il Tribunale per i diritti del malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari e per ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti ma anche per far sì che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

Questa motivazione si è via via incontrata con una crescente domanda pubblica di trasparenza e di accountability, aumentata sensibilmente negli ultimi anni per fare fronte ad almeno tre grandi problemi:

- sostenere il **contrasto alla illegalità ed alla corruzione** che periodicamente emergono con prepotenza anche nel servizio sanitario nazionale;

- la **necessità di sviluppare le funzioni di regolazione e controllo** richieste dalla progressiva trasformazione dei servizi pubblici in servizi universali ma aziendalizzati, nei quali opera un insieme articolato di soggetti pubblici, sociali e privati che devono garantire il mantenimento costante dei requisiti con cui sono stati accreditati e, comunque, rendere conto della propria azione;
- la **necessità di controllare e selezionare i responsabili**, e in particolare i direttori generali, in base alla capacità di raggiungere gli obiettivi (non soltanto economici) loro assegnati e di garantire l'appropriatezza e la qualità dei servizi.

Il d.lgs. 150/2009 ha inteso sostenere il raggiungimento di tali obiettivi con un quadro normativo generale. In linea di principio anche le azioni – sempre più stringenti - di contenimento della spesa dovrebbero andare nella stessa direzione, se non altro perché la trasparenza favorisce le attività di controllo e l'individuazione delle aree di spreco. In realtà si constata che il conseguimento dei dati economici assume una priorità assoluta e rischia di lasciare poco spazio alle altre funzioni di governo.

La valutazione civica può portare un contributo non trascurabile al superamento di questa situazione. La corretta rappresentazione del punto di vista del cittadino è ormai considerata parte integrante delle procedure di accreditamento e delle certificazioni di qualità. Non è un caso che nelle convenzioni regionali le applicazioni dell'Audit civico siano collegate con le procedure di accreditamento e in alcuni casi anche con la valutazione dei direttori generali.

UN CONTRAPPESO AI RISCHI DI FRAMMENTAZIONE

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale ma fondata su criteri omogenei e comparabili era la volontà necessità di **prevenire il rischio che il necessario e condivisibile processo di federalizzazione si traducesse in una frammentazione irreversibile del servizio sanitario**, abbandonando la tutela dei diritti alle logiche del contenimento della spesa ed al “fai da te” arbitrario delle amministrazioni regionali e dei direttori generale.

La frammentazione in realtà è avvenuta, come dimostrano tutte le comparazioni fra i servizi sanitari regionali realizzate dalle istituzioni e da vari enti di ricerca. In modo meno visibile e in misura certamente insufficiente è cresciuta anche la **costruzione di un sistema di contrappesi**.

Ci si riferisce, soprattutto, alla crescente opera di costruzione e di condivisione di standard, criteri interpretativi, norme operative realizzata per funzioni sofisticate, come il governo dei rischi, o per questioni di grande rilievo, come la medicina del dolore. Le rilevazioni realizzate con l'Audit civico nel 2009 confermano che tali indicazioni sono sempre più frequentemente raccolte nelle realtà locali, e tendono a divenire un **patrimonio comune di tutto il servizio sanitario**. La stessa inedita prassi del commissariamento e dei piani regionali di rientro potrebbe contribuire alla costruzione dei contrappesi. L'adozione di un sistema unificato di indicatori, generato dalla attività di tutela dei diritti e il legame con il benchmarking sono stati due fattori fondamentali per la progettazione dell'Audit civico. Fin dall'inizio si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte dei diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale potesse essere anche una proposta di difesa dell'universalità del servizio sanitario

pubblico. L'ampia diffusione della metodologia potrebbe dipendere in buona misura dal fatto che queste caratteristiche sono state accolte con favore.

IL VALORE COSTITUZIONALE DELLA VALUTAZIONE CIVICA

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

L'esperienza ha confermato, in una fase importante del ciclo delle politiche pubbliche, quale è la valutazione, che è possibile una azione civica orientata all'interesse generale e che essa può incontrare il sostegno delle istituzioni. La cooperazione sussidiaria, in questo, caso produce informazioni, non attingibili per altra via e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione, fa emergere aree critiche cruciali e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili. Ovviamente l'Audit civico non può esaurire l'azione della cittadinanza attiva né sostituire certificazioni, sistemi di controllo e di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento, ma può contribuire alla costruzione di un regime di governo dei rapporti fra cittadini e servizi, utile per il superamento di una situazione da tutti ritenuta ampiamente critica.

IMPIANTO METODOLOGICO

LE QUATTRO DOMANDE DELL'AUDIT CIVICO

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'Audit stesso vuole dare una risposta. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari.

1. Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto in un processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: **"quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?"**;
2. il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche, e il quesito è: **"quale priorità assumono nell'azione delle aziende sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?"**;
3. il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se **"la partecipazione dei cittadini è considerata dalle aziende sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari, o viene promossa (quando lo è) solo come un adempimento burocratico previsto da alcune leggi?"**;
4. il quarto aspetto riguarda il cittadino e la comunità in cui vive e la domanda è **"quali risposte ha fornito l'azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?"**.

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fanno sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione, però, permette di selezionare i temi da includere nell'Audit civico e i dati da raccogliere.

Confrontarsi con la **prima domanda**, e cioè l'orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su cosa si sta facendo per garantire una buona informazione sui servizi, per rispettare i diritti dei malati, per rendere confortevoli e accoglienti le strutture, per sostenere le famiglie dei malati gravi, ecc.

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

La trattazione della **terza domanda** – vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella gestione delle politiche aziendali – è meno immediata. L'occasione dell'Audit civico, comunque, permette di fare un punto sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che intendono favorire la partecipazione dei cittadini, sulla

volontà di cercare nuove modalità di confronto con le comunità locali e, infine, sulla capacità di dare uno spessore strategico ai rapporti cittadino/azienda.

La quarta domanda è ovviamente indeterminata circa i contenuti (in quanto non è possibile prevedere quali sono i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti), ma l'Audit civico offre l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori, da concludersi con una iniziativa pubblica.

RIFERIMENTI TEORICI E METODOLOGICI

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) diversi approcci metodologici: l'analisi e la valutazione civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità⁸.

L'**analisi civica** è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita⁹. Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari che permettono ai cittadini di rappresentare in forma strutturata il proprio punto di vista e di partecipare quindi come soggetti autonomi ai processi di valutazione.

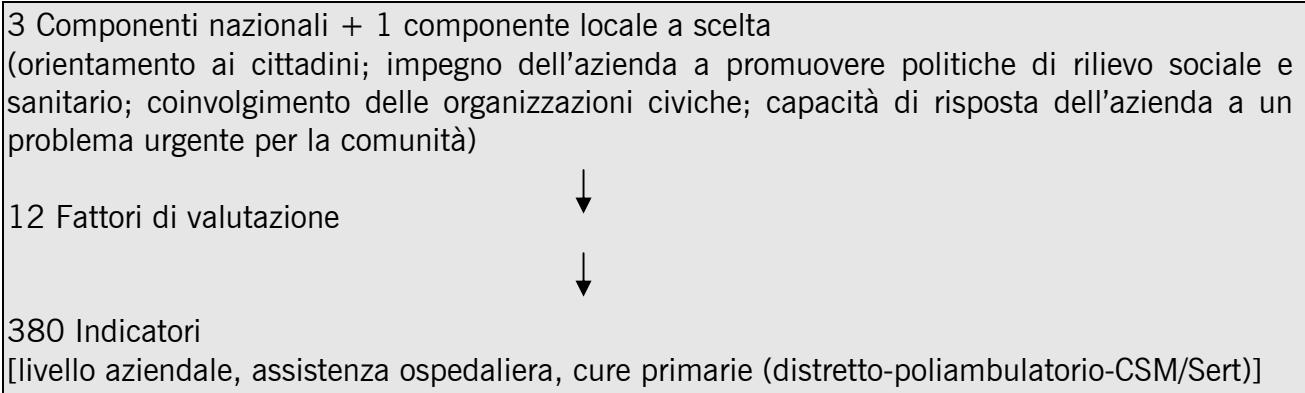
Il secondo approccio è dato dai **contenuti del D.P.C.M. del maggio 1995** sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini un'autonomia e significativa attività di valutazione dei servizi, ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale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

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

⁸ Per una trattazione più completa degli aspetti metodologici si rimanda a Lamanna A., Terzi A. "La valutazione civica della qualità e delle sicurezza nelle strutture sanitarie (i programmi "Audit civico" e "Ospedale sicuro")" in G. Banchieri (a cura di) Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana – Italpromo, Eoma 2005.
⁹ G. Moro "Manuale di cittadinanza attiva", Carocci editore, Roma, 1998.

LA STRUTTURA DI VALUTAZIONE DELL'AUDIT CIVICO

La struttura di valutazione dell'Audit civico



Le componenti

Le **componenti** sono state definite in corrispondenza alle quattro “domande dell’Audit civico”, illustrate in precedenza. Le componenti strutturate a livello nazionale sono tre:

1. **l’orientamento ai cittadini**, cioè l’attenzione dimostrata dall’azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel SSN (accesso alle prestazioni, rispetto dell’identità personale, culturale e sociale, ecc.);
2. **l’impegno dell’azienda nel promuovere politiche** di particolare rilievo sociale e sanitario;
3. **il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali.**

Ad esse si aggiunge una componente che, se lo si ritiene opportuno, può essere sviluppata con un autonomo approccio locale e cioè:

4. **la capacità di risposta dell’azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come “urgente” dalla comunità locale.**

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

I fattori di valutazione

Le prime tre componenti sono articolate in “**fattori di valutazione**”, secondo il seguente schema:

Orientamento al cittadino:

1. accesso alle prestazioni sanitarie
2. tutela dei diritti e miglioramento della qualità
3. personalizzazione delle cure, privacy e assistenza ai degenzi
4. informazione logistica e sanitarie, comunicazione ed educazione
5. Comfort

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

Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

11. attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti
12. altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria

Gli indicatori

Ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione di una serie di **indicatori**, raccolti in una “matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari”.

Ogni fattore di valutazione, quindi, è collegato a un “grappolo” di indicatori che permettono di osservare fenomeni elementari che esprimono in modo significativo il modo di essere o di funzionare della realtà esaminata, o la sua corrispondenza a norme, regole di buone prassi, ecc.

I livelli di applicazione

La struttura di valutazione dell'Audit civico si completa con la definizione dei *livelli di applicazione*, vale a dire gli ambiti del Servizio Sanitario Nazionale nei quali è effettuata la rilevazione degli indicatori.

I livelli previsti ed applicati, fino ad ora, sono tre:

- **L1** l'ambito aziendale (l'azienda sanitaria nel suo complesso);
- **L2** l'ambito dell'assistenza ospedaliera;
- **L3** l'ambito delle cure primarie che comprende:
 - **L3a** l'assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari),
 - **L3b** l'assistenza specialistica territoriale (poliambulatori),
 - **L3c** l'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM/Ser.T.).

Di seguito è riportata la distribuzione dei fattori nei diversi livelli di applicazione.

DISTRIBUZIONE DEI FATTORI NEI LIVELLI DI APPLICAZIONE

Tab. 1- Articolazione in fattori e indicatori della componente “Orientamento ai cittadini”

Fattori	<u>L1</u>	<u>L2</u>	<u>L3a</u>	<u>L3b</u>	<u>L3c</u>
1.1 - Accesso alle prestazioni sanitarie	5	10	14	6	10
1.2 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	8	6	5	5	6
1.3 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenenti	=	38	2	6	8
1.4 - Informazione e comunicazione	=	27	18	9	9
1.5 - Comfort	=	36	9	9	9

Nel caso del comfort vengono rilevati anche eventi indicatori di faticoscenza, trascuratezza e scarsa manutenzione

Tab. 2 - Articolazione in fattori e indicatori “Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”

Fattori	<u>L1</u>	<u>L2</u>	<u>L3a</u>	<u>L3b</u>	<u>L3c</u>
2.6 - Sicurezza dei pazienti	6	24	=	=	=
2.7 - Sicurezza delle strutture e degli impianti	4	7	3	3	3
2.8 - Malattie croniche e oncologia	12	=	=	=	=
2.9 - Gestione del dolore	13	8	=	=	=
2.10 - Prevenzione	18	2	3	2	1

Nel caso della prevenzione vengono rilevati anche eventi rivelatori del mancato rispetto del divieto di fumo

Tab. 3 - Articolazione in fattori e indicatori “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”

Fattori	<u>L1</u>	<u>L2</u>	<u>L3a</u>	<u>L3b</u>	<u>L3c</u>
3.11 - Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti	9	=	=	=	=
3.12 - Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda	8	=	=	=	=

Gli strumenti di rilevazione

Per la raccolta dei dati sono utilizzate: **5 tipologie di questionari** rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell’Audit civico, e **6 diverse checklist** per l’osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditors (cittadini e operatori sanitari).

Per il L1- livello azienda sanitaria:

L1Q: Questionario per la direzione generale e la direzione sanitaria aziendale

L1GO: Griglia di osservazione (per le liste d’attesa)

Per il L2- livello assistenza ospedaliera:

L2Q: Questionario per la direzione sanitaria di presidio ospedaliero

L2GO A: Griglia di osservazione modulo A (per l’osservazione delle parti comuni del presidio osp.)

L2GOB: Griglia di osservazione modulo B (per l’osservazione delle U.O. di degenza del presidio osp.)

Per il L3a- livello distretto:

L3QA: Questionario Cure primarie modulo A (per la direzione sanitaria di distretto)

L3GO A: Griglia di osservazione Cure primarie modulo A (per la sede di distretto)

Per il L3b- livello poliambulatorio:

L3QB: Questionario Cure primarie modulo B (per la direzione sanitaria di distretto – sul Poliambulatorio)

L3GO B: Griglia di osservazione Cure primarie modulo B (per il poliambulatorio)

Per il L3c- livello CSM/Ser.T:

L3QC: Questionario Cure primarie modulo C (responsabile del servizio)

L3GO C: Griglia di osservazione Cure primarie modulo C (per il Ser.T. e il CSM)

La componente locale

A differenza delle prime tre componenti, l'esame della componente locale dell'azione di un'azienda sanitaria non avviene secondo un approccio strutturato centralmente sulla base di batterie di indicatori che esaminano stesse aree tematiche nei diversi contesti, bensì secondo un **approccio locale**. Lo sviluppo di questa componente è volontario e non obbligatorio.

Ciascun *Gruppo di Audit Civico* può selezionare un particolare **problema significativo dal punto di vista dei cittadini** e vedere se e in che misura c'è stata una risposta da parte dell'azienda sanitaria. Attraverso questa componente, l'Audit civico acquisisce così una dimensione "locale" e si fa portatore di un contributo conoscitivo "mirato", legato al contesto di ciascuna azienda in cui esso è realizzato.

Per individuare il problema da trattare, il gruppo di Audit civico delimita l'area dei problemi che possono essere affrontati, date le caratteristiche generali dell'analisi. L'esperienza del Tribunale per i diritti del malato maturata in questi anni, e quella delle altre organizzazioni non profit che operano in campo sanitario, ha messo in evidenza come nell'ambito dell'assistenza sanitaria **esistano questioni dove è indispensabile che il punto di vista degli utenti sia integrato con quelli più tradizionali dell'amministrazione e degli operatori sanitari**.

Per la scelta del problema, quindi, vengono percorse due strade: la **prima strada**, più complessa, consiste nell'aprire una vera e propria "fase istruttoria", esaminando rapporti e documenti prodotti dall'URP, da organizzazioni di cittadini e da sindacati e cercando di individuare un problema che abbia una rilevante dimensione quantitativa, una tendenza a ripresentarsi periodicamente, un particolare impatto sui cittadini e sia percepito come problema, una dimensione concreta affrontabile nel medio/breve periodo.

La **seconda strada**, invece, più veloce può essere quella di delimitare il campo della scelta alle questioni che, nel corso degli anni, il Tribunale per i diritti del malato ha posto di fronte alla direzione dell'Azienda Sanitaria e che costituiscono ancora vere e proprie "**aree critiche**", in quanto ignorate o non affrontate adeguatamente.

A questo punto, lo strumento operativo attraverso il quale si propone di sviluppare la componente locale è quello dell"**Incontro di Audit**", vale a dire un **incontro pubblico in cui tutti i soggetti coinvolti nel problema esaminato sono presenti e possono interagire esprimendo il proprio punto di vista**, sulla base di un eventuale elenco delle possibili soluzioni da discutere pubblicamente.

Le migliori soluzioni possono essere individuate selezionandole sulla base dei criteri di: pertinenza, efficacia, efficienza, impatto, ostacoli e fattori di facilitazione, fattori legislativi, economici, strutturali, ecc.

In seguito allo svolgimento dell'**Incontro di Audit**, l'**èquipe** può redigere una **relazione** in cui si cercherà di mettere in evidenza gli elementi di maggiore convergenza tra i diversi soggetti intervenuti e quelli che, al contrario, hanno registrato una maggiore divergenza.

Tale eventuale relazione è parte integrante dei risultati dell'Audit Civico e viene diffusa pubblicamente secondo quanto previsto nella lettera d'intenti firmata dal Tribunale per i diritti del malato e dall'Azienda sanitaria.

Gli indici di adeguatezza agli standard

Gli indicatori sono tutti associati ad uno standard riconosciuto¹⁰ ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, in ogni livello e per ogni fattore un **Indice di adeguatezza degli standard (IAS)**. Quando lo standard è pienamente conseguito all'indicatore viene attribuito valore 100, zero nel caso opposto. La media ponderale dei valori raggiunti dai grappoli di indicatori nelle caselle è il valore dello IAS, la differenza fra il valore dell'IAS è 100 misura lo scarto fra la situazione constatate e il pieno conseguimento di tutti gli standard.

Lo studio degli IAS, è la base della valutazione locale e del benchmarking e permette di condurre analisi di sistema che assumono un particolare valore nei cicli applicativi nazionali e regionali.

Il ciclo operativo dell'Audit civico

L'Audit civico non è una semplice raccolta di informazioni ma un processo di valutazione civica promosso dalle organizzazioni civiche e accolto dalle aziende sanitarie che può essere suddiviso in quattro grandi fasi: le operazioni preliminari, la preparazione, l'esecuzione e le azioni finali.

Operazioni preliminari

Le operazioni preliminari sono due: la **formalizzazione dell'adesione al programma** e la **formazione dei responsabili**.

Per aderire al programma Audit civico è necessario formalizzare la *partnership* tra la Direzione Generale e il Responsabile locale del Tribunale per i diritti del Malato, attraverso la firma di una lettera d'intenti da entrambe le parti. Le parti (aziendale e civica) procederanno, poi, a nominare i rispettivi responsabili che avranno il compito di guidare la realizzazione del programma di Audit civico.

Nel caso dei cicli regionali l'adesione di tutte le Aziende Sanitarie è mediata dalla stipula della Convezione regionale tra l'Ente Regionale preposto e Cittadinanzattiva Regionale.

I responsabili di parte aziendale e civica partecipano al **corso di formazione interregionale** sull'Audit civico, nel quale vengono presentati l'impianto metodologico, gli strumenti utilizzati

10 Le fonti utilizzate per il riconoscimento degli standard sono state le raccomandazioni delle istituzioni internazionali le indicazioni normative nazionali e regionali, le Carte dei servizi, la Carte dei diritti del malato e le raccomandazioni delle società scientifiche.

per la raccolta dei dati, il ciclo delle operazioni da svolgere e le procedure di partecipazione. La partecipazione al corso di formazione è una condizione vincolante per potere accedere al programma di Audit civico.

La preparazione (progettazione operativa)

La fase di preparazione comprende due operazioni: **la costituzione dell'équipe operativa locale** e la **definizione del progetto locale** (campo di applicazione e programma operativo).

Ogni realtà deve **insediare l'équipe operativa** dell'Audit civico, che si occupa operativamente del programma. L'équipe operativa è costituita da un minimo di 8 ad un massimo di 20 persone (cittadini volontari e operatori indicati dalla direzione). I componenti dell'équipe vengono preparati allo svolgimento dell'Audit civico con un modulo locale curato dai responsabili che hanno partecipato alla formazione interregionale. L'équipe operativa si avvale dell'assistenza tecnica della sede nazionale e della sede regionale di Cittadinanzattiva

Il Piano locale di Audit civico comprende:

- la definizione del **campo di applicazione**, cioè l'elenco dettagliato delle strutture che saranno sottoposte ad analisi, definite secondo le regole date dalla direzione del progetto, i nominativi dei responsabili da intervistare e l'indicazione degli operatori incaricati dell'accoglienza dei gruppi di osservazione
- la designazione nominativa delle **persone responsabili** delle specifiche operazioni di raccolta dei dati (sommministrazione dei questionari e osservazione diretta)
- il **calendario** delle operazioni di raccolta dei dati

L'esecuzione

La fase di esecuzione comprende le operazioni di raccolta dei dati e della loro restituzione su supporto informatico.

Le azioni finali

Le azioni finali comprendono cinque operazioni:

- elaborazione e restituzione delle basi dati e del benchmarking alle équipe locali;
- elaborazione dei rapporti locali;
- elaborazione del rapporto nazionale o regionale
- pubblicazione degli esiti dell'Audit civico;
- verifica degli esiti.

L'elaborazione del Rapporto locale di valutazione comprensivo delle proposte dei piani di miglioramento è un compito specifico dell'équipe locale ed è articolato in quattro parti:

- l'analisi dei dati;
- il verbale sintetico di valutazione;
- il piano di eliminazione delle non conformità;
- il piano delle azioni correttive.

L'analisi viene generalmente condotta **a tre livelli**. Il primo livello concerne il **comportamento locale dei fattori**, permette di individuare i potenziali punti di forza (costituiti dai fattori che

conseguono un IAS uguale o prossimo a cento o comunque molto elevato) e le potenziali aree critiche (costituite dai fattori in cui, al contrario, l'IAS si attesta sui valori più bassi). **Il secondo livello si riferisce ai singoli indicatori**, è volto a rilevare quali fra essi siano responsabili delle performance della azienda a causa del mancato conseguimento (totale o parziale) dello standard previsto. **Il terzo è la comparazione con le altre realtà**, l'esame delle tavole di *benchmarking* permette di rilevare in quali ambiti il comportamento dell'azienda sia conforme a quello generale del sistema e dove si distacca da esso verso l'alto o verso il basso.

Il verbale di valutazione sintetizza gli esiti salienti dell'analisi dei dati, raccoglie i giudizi dell'équipe sulla effettiva rilevanza delle lacune e dei punti di forza individuati, propone una interpretazione delle situazioni considerate più rilevanti e formula raccomandazioni di ordine generale.

Il piano di eliminazione delle non conformità è rivolto a proporre l'adeguamento agli standard degli indicatori critici messi in evidenza dall'analisi dei dati, indicando gli interventi adeguati a tale scopo. È opportuno che, a partire da una valutazione sulla rilevanza della situazioni negative constatate e sulla fattibilità concreta degli interventi proposti, il piano indichi anche **ordini di priorità e precise scadenze temporali**.

Il piano delle azioni correttive è volto ad individuare le **azioni sistematiche volte a prevenire il ripetersi delle non conformità** (ad esempio l'istituzione di un ufficio o di un responsabile del risk management fornito di risorse e poteri sufficienti). Non sempre l'équipe locale è in grado di procedere autonomamente nell'individuazione delle azioni correttive, a tale proposito può e deve chiedere uno specifico confronto con la direzione generale.

La sede nazionale o regionale di Cittadinanzattiva realizza un **rapporto conclusivo al termine di ogni ciclo applicativo di Audit civico**, che comprende l'illustrazione analitica delle tavole di *benchmarking*, la discussione degli elementi salienti messi in evidenza dall'analisi dei dati e raccomandazioni per il miglioramento indirizzate ai diversi interlocutori.

Gli esiti dei cicli applicativi di Audit civico sono resi pubblici a tutti i livelli. Per quanto riguarda le realtà locali si rimanda allo specifico punto del paragrafo successivo. Per quanto riguarda la realtà nazionale si prevede un apposito evento organizzato a cura del Comitato paritetico.

A circa un anno di distanza dalla conclusione, è prevista una verifica sugli effettivi esiti ed in particolare sullo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive. Conviene prendere in considerazione, a questo proposito, l'opportunità di realizzare un nuovo ciclo di Audit civico.

IL COMPORTAMENTO DEI FATTORI

Introduzione

La banca dati consentirebbe una descrizione estremamente analitica del comportamento dei fattori. È sembrato più opportuno, però, in questa fase, proporre una illustrazione più sintetica per favorire una discussione di ordine generale per procedere, se necessario, a successivi approfondimenti sulla base degli esiti della discussione stessa.

È stato messo a punto, quindi, uno schema di trattazione applicabile a tutti i fattori fondato su alcuni descrittori, ritenuti particolarmente significativi. Per agevolare ulteriormente la lettura, i dati quantitativi sono stati accompagnati da opportune rappresentazioni grafiche e da brevi commenti.

Il primo descrittore è il **livello medio di adeguamento agli standard** considerati dall'Audit civico, misurato dall'Indice generale di adeguamento (IAS) calcolato come media aritmetica degli indici rilevati nelle Aziende Sanitarie che hanno partecipato al ciclo nazionale e ai cicli regionali. Per dare una prima sommaria idea della variabilità presente nel sistema la media è stata accompagnata dal valore massimo e dal valore minimo registrati nell'universo delle aziende.

Il secondo descrittore riguarda il **comportamento del Fattore nei diversi livelli di applicazione**. Esso disaggrega l'IAS medio nei diversi livelli di applicazione (direzioni aziendali, assistenza ospedaliera, distretti, poliambulatori e strutture semiresidenziali). Vengono utilizzati a questo scopo i valori dell'IAS medio del singolo livello, calcolato come media aritmetica degli indici rilevati nelle Aziende partecipanti. Come si è visto nella illustrazione della struttura di valutazione, a seconda della natura dei fattori alcuni livelli possono essere esclusi dall'analisi (ad esempio non ha senso, dal punto di vista dei cittadini, rilevare il comfort delle direzioni e aziendali). In alcuni casi¹¹, il Fattore viene rilevato soltanto in un livello e quindi il descrittore viene omesso in quanto coincidente con il precedente. La disaggregazione per livelli permette di evidenziare la diversa capacità di adeguamento agli standard presi in considerazione dall'Audit civico. È un informazione utile, soprattutto per l'elaborazione dei piani di miglioramento, da utilizzare però con estrema cautela e comunque non sufficiente per sostenere una comparazione generale fra il valore dei diversi livelli.

Un terzo descrittore è la **distribuzione delle strutture sanitarie nelle classi di adeguamento agli standard**. Per conoscere meglio il grado di omogeneità del sistema è utile distribuire le strutture rilevate in classi di adeguamento agli standard. È stata utilizzata, a questo proposito la seguente classificazione:

Eccellente	91-100
Buono	81- 90
Discreto	61- 80
Mediocro	41- 60
Scadente	21- 40
Pessimo	fino a 20

¹¹ Fattori 2.8 "Malattie croniche e oncologia", 3.11 "Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione" e 3.12 "Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda".

Il calcolo dell'IAS, in questo caso, non è riferito alla media aziendale, ma alla specifica struttura rilevata e cioè ad ogni Direzione Aziendale per il primo livello, ai singoli presidi ospedalieri nel secondo livello, ai singoli distretti, poliambulatori, e CSM/Ser.T. nel terzo livello.

Il quarto descrittore è dato dal **comportamento del Fattore nelle diverse realtà territoriali**. Ha lo scopo evidente di verificare in quale misura la collocazione dell'azienda in un determinato territorio possa incidere sul livello di attuazione. La composizione dell'universo è alquanto sbilanciata ma è possibile comunque mettere a disposizione due informazioni utili.

1. Il comportamento del Fattore nei cicli regionali disaggregato per livello di applicazione. Sono quindi stati riportati gli IAS medi calcolati nei 5 cicli regionali condotti nel 2009¹², distinti per singolo livello di applicazione.

2. La distribuzione delle Aziende sanitarie per classi di adeguamento agli standard per ripartizione geografica. Sulla base del valore medio dell'IAS raggiunto nel fattore le aziende sono state collocate nelle fasce di merito illustrate in precedenza distintamente per le classiche ripartizioni geografiche:

- Nord: 40 aziende ripartite fra Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto
- Centro: 27 ripartite fra Toscana, Lazio e Marche
- Sud e Isole: 20 aziende ripartite Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna

Il quinto descrittore utilizzato riguarda gli **standard acquisiti**, considerando tali quelli praticati comunemente da una larghissima maggioranza (oltre il 90%) delle aziende. Per ognuno di essi viene individuato il rispettivo indicatore, con il valore medio di conseguimento dello standard nel totale delle aziende. Per una più agevole lettura gli indicatori sono stati raggruppati per livello di applicazione. In alcuni casi particolari vengono segnalati indicatori molto prossimi al valore indicato. È un'informazione rilevante in quanto permette di mettere in luce assetti organizzativi, procedure e dati strutturali che possono essere considerati patrimonio comune di tutto il sistema sanitario e il cui mancato conseguimento deve essere considerato omissione grave.

L'ultimo descrittore è l'elenco degli **indicatori critici** considerando tali tutti quelli che hanno un indice di attuazione, nel totale delle aziende uguale o inferiore a 50. Le caratteristiche formali sono del tutto analoghe a quelle utilizzate nel caso precedente, compresa la segnalazione di particolari indicatori con indici molto prossimi a quello indicato. In questo caso l'informazione mette in evidenza la presenza di difficoltà generalizzate nel conseguimento degli standard proposti, e intende stimolare una riflessione sulle misure da adottare per favorire il loro superamento.

12 Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Abruzzo (terza annualità, soltanto livello Cure Primarie). Il ciclo regionale dell'Umbria è attualmente in corso.

I COMPONENTE

Orientamento verso i cittadini

1. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

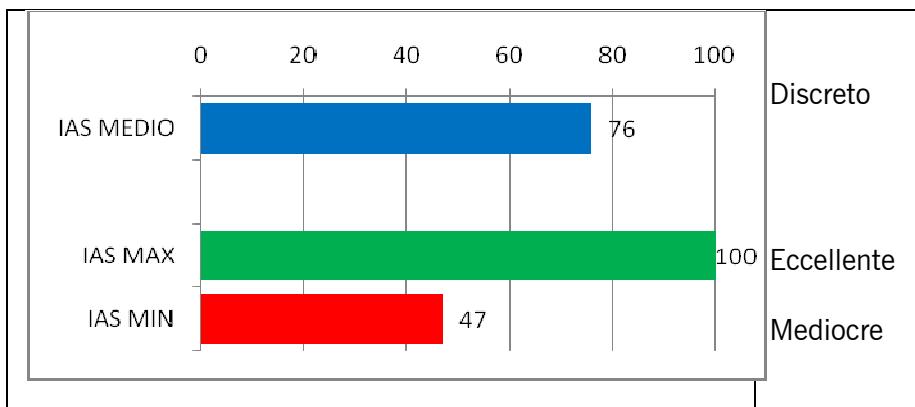
Il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” viene rilevato in tutti i livelli con 45 indicatori relativi sia alla accessibilità fisica (assenza di barriere architettoniche, parcheggi, etc.) sia alla accessibilità organizzativa (numero di agende conferite ai Cup, possibilità di prenotazione telefonica, etc.) e con lo studio delle liste di attesa.

Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
5	10	14	6	10

1.1 Comportamento generale del fattore

Il grado generale di adeguamento agli standard è discreto¹³, lo scarto fra la situazione migliore e quella peggiore è relativamente contenuto. Gli indici tengono conto sia della accessibilità fisica (assenza di barriere architettoniche, parcheggi, etc.) sia della accessibilità organizzativa (numero di agende conferite ai Cup, possibilità di prenotazione telefonica, etc.) e non delle liste di attesa che vengono studiate in un focus dedicato.

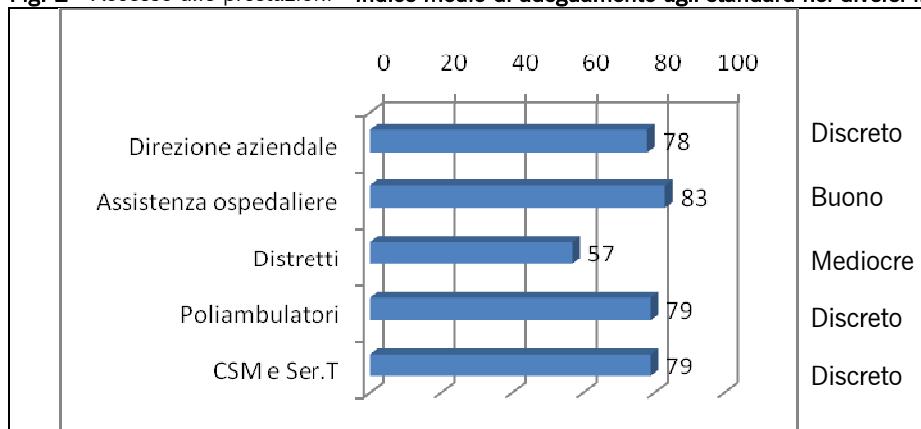
Fig. 1 - Accesso alle prestazioni - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Se si considerano gli indici medi di adeguamento agli standard disaggregati nei diversi livelli di applicazione si rileva una sostanziale omogeneità, con valori buoni o discreti.

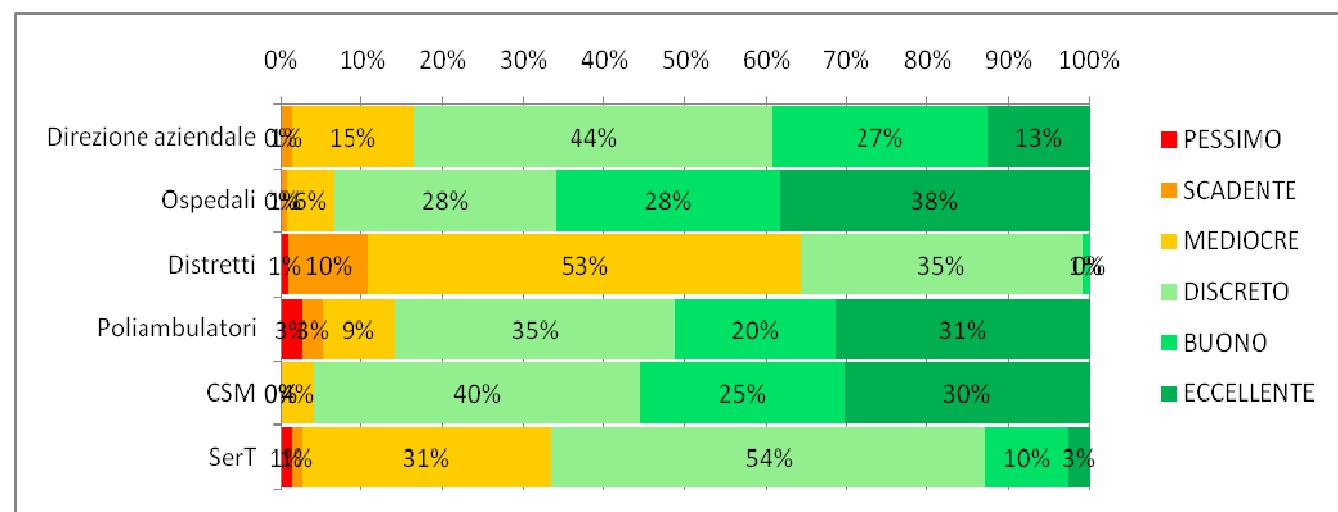
13 In questo e nei prossimi paragrafi la scala dei giudizi utilizzata è quella indicata nel precedente paragrafo introduttivo

Fig. 2 - Accesso alle prestazioni - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Fanno eccezione i distretti, dove l'indice si abbassa fino a valori mediocri a causa, soprattutto, degli indicatori relativi all'attività dei medici di famiglia, in particolare per quanto riguarda i collegamenti (solo il 13% è collegato con i Cup e quindi con il sistema informatico delle aziende) e gli orari di apertura (solo 1 su cinque circa garantisce orari di apertura degli studi oltre le 20 ore settimanali).

Se si disaggregano ulteriormente i dati, considerando la distribuzione delle singole strutture esaminate nelle classi di adeguamento agli standard indicate nella note introduttive, il quadro generale resta discretamente omogeneo con due eccezioni.

Fig. 3 - Accesso alle prestazioni – Distribuzione delle direzioni aziendali, degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard.

N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali, 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La prima riguarda i problemi già segnalati dei distretti. La seconda si riferisce ai Ser.T., un terzo dei quali presenta un indice di adeguamento mediocre (e in due casi addirittura scadente o pessimo). Le cause prevalenti, in questo caso, sono le riduzioni dell'orario giornaliero e (circa due terzi non garantiscono il minimo di 12 ore), e dell'apertura settimanale (un terzo garantisce meno di 6 giorni di apertura).

È doveroso segnalare, in un panorama mediamente positivo, l'esistenza di un discreto numero di situazioni scadenti (una direzione aziendale, un ospedale, ben 12 distretti e 4 poliambulatori) o pessime (un distretto, un poliambulatorio e un Ser.T.).

1.2. Variabilità territoriale

Se si considerano i valori degli IAS nelle cinque applicazioni regionali, non si notano scarti rilevanti nei valori medi generali (per l'Abruzzo, dove è stato rilevato soltanto il livello delle cure primarie, il valore medio non viene riportato in quanto non significativo).

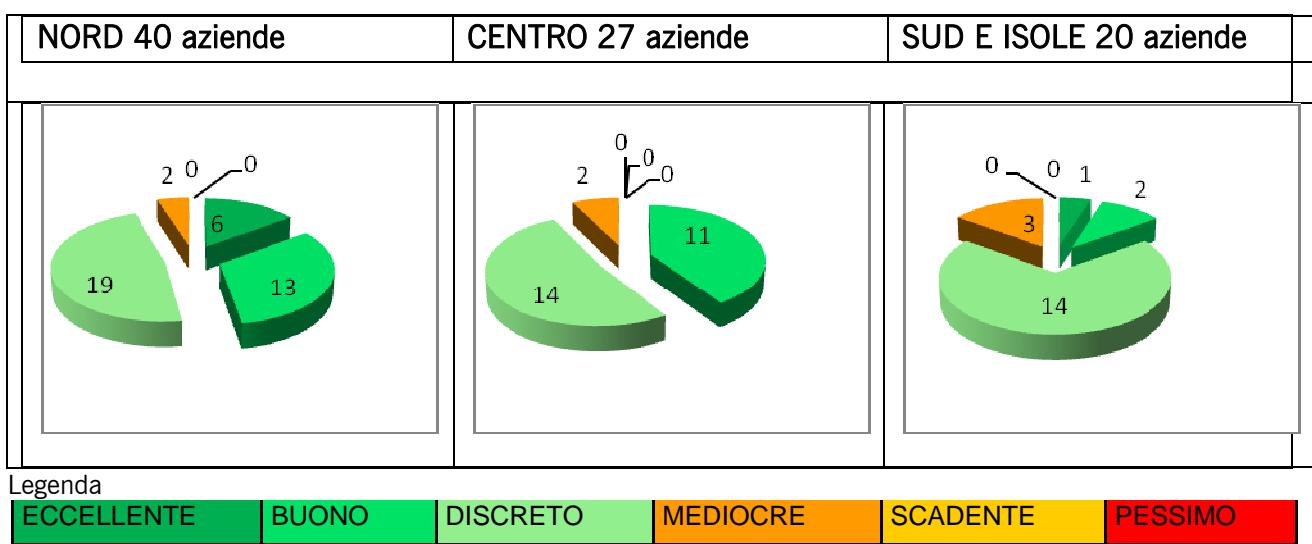
La stessa constatazione può essere fatta prendendo in considerazione gli IAS dei diversi livelli, dovendo però annotare una maggiore debolezza del Lazio per quanto riguarda le politiche aziendali dell'accesso, e del Piemonte per i CSM/Sert.T.

Accesso alle prestazioni	Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione aziendale	84	90	81	69	/
Assistenza ospedaliera	84	93	88	83	/
Cure Primarie Distretti	55	66	58	64	52
Cure Primarie Poliambulatori	85	88	83	79	66
Cure Primarie CSM e Ser.T.	72	81	90	84	80
MEDIA ¹⁴	76	83	80	76	non significativo

* Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie.

La variabilità resta contenuta anche se si considera la distribuzione delle aziende nelle diverse classi di adeguamento agli standard, che mette comunque in evidenza 7 situazioni mediocri.

Fig. 4 - Accesso alle prestazioni – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche.



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

14 Il valore medio generale dell'IAS fattori è calcolato giustamente come media ponderata di tutti gli indicatori considerati e non coincide, generalmente, con la media aritmetica dei valori degli IAS dei singoli livelli.

1.3. Standard condivisi e indicatori critici

Su 45 indicatori utilizzati per la valutazione del fattore, 13 presentano un valore medio superiore a 90, come si può vedere nella tabella successiva.

Si può quindi ritenere che, finalmente, l'adeguamento ad un certo numero di standard importanti sia entrato nella routine delle aziende sanitarie. Finalmente tutte sono dotate di un Ufficio per le relazioni con il pubblico, quasi tutte di un triage organizzato al pronto soccorso e nei poliambulatori il numero di agende conferite al Cup supera il 90% (e tutto sommato è rilevante anche negli ospedali, con il 76%).

La larga diffusione di tali prassi rende sempre meno tollerabili le omissioni ancora esistenti, come l'assenza dell'ADI o il fatto che nel 5% degli ospedali e nel 9% dei poliambulatori restino accessi con barriere architettoniche. È giusto rilevare che il problema si presenta anche nel 12% dei distretti e nel 27% dei CSM e Ser.T:

Tab.2 -Accesso alle prestazioni – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
Presenza di Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)	100
Presenza di Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione	96
Assistenza ospedaliera	
Presenza di Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso	99
Presenza di Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale	98
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)	95
Presenza di Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso	94
Livello Cure Primarie - Distretti	
Presenza di Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	97
Risposta della guardia medica entro 5 minuti alle chiamate telefoniche	90
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio (standard 100%)	92
Prenotabilità di visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)	92
Assenza di Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio	91
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta (standard 100%)	100
Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura (standard 100%)	94

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il numero di indicatori che si attestano, invece, su valori critici e cioè con standard praticati in meno di metà delle aziende è tutto sommato contenuto e, come si può constatare dalla tabella, riguarda i problemi già segnalati nei distretti e nei Ser.T.

Tab.3 - Accesso alle prestazioni – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all’Audit civico nel 2009

Livello Cure Primarie - Distretti	Indice di Adeguamento agli Standard
Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale (standard 100%)	13
Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri (standard 100%)	13
Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria (standard 100%)	19
Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale (standard 100%)	21
Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale (standard 100%)	37
Livello Cure Primarie - CSM e Ser.T.	
(L3c) Apertura del servizio per almeno 12 ore	36

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

2. TUTELA DEI DIRITTI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

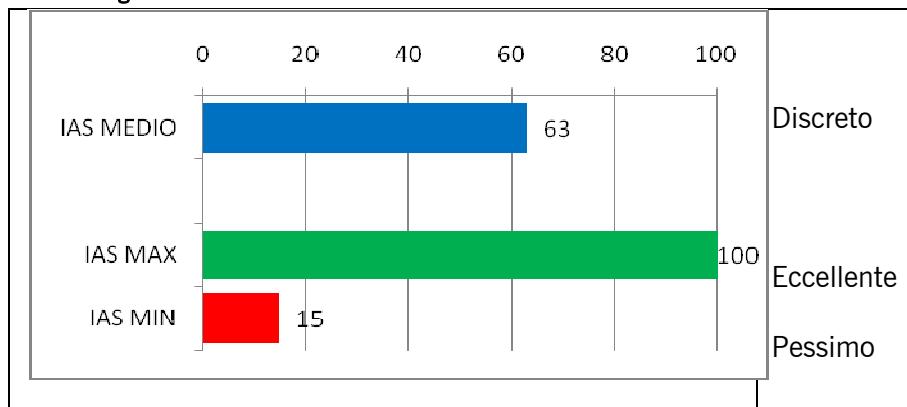
Anche il fattore “Tutela dei diritti e miglioramento della qualità” viene rilevato in tutti i livelli con la seguente distribuzione di indicatori. I 30 indicatori riguardano le procedure di qualità (customer satisfaction, certificazioni, ecc.) e il sostegno all’attività di segnalazione e reclamo.

Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
8	6	5	5	6

2.1. Comportamento generale del fattore

Il valore medio del fattore è appena discreto, mentre lo scarto fra la situazione migliore e quella peggiore giunge ad un livello quasi abnorme: si va dall’adeguamento totale agli standard fino ad una situazione pessima.

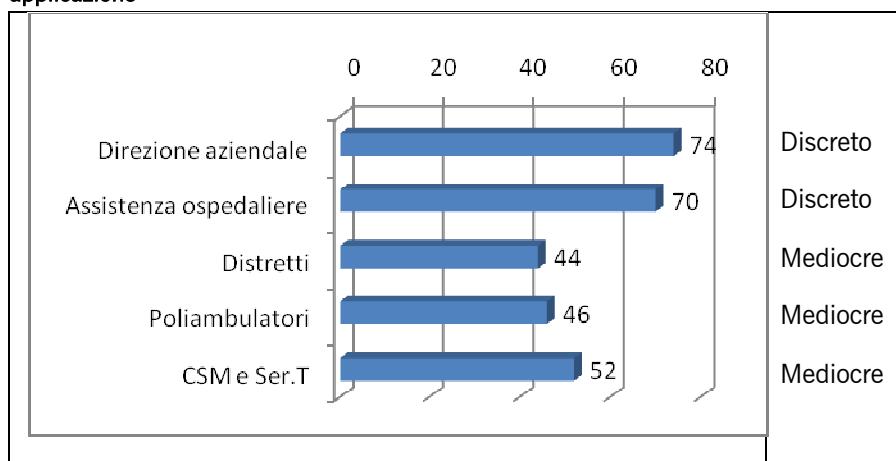
Fig. 5 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L’analisi per livelli mette in evidenza uno scarto rilevante fra direzioni aziendali e assistenza ospedaliera (livelli che comunque non escono dalla fascia del discreto) da una parte, e strutture territoriali dall’altra. Nei primi due livelli esistono uffici dedicati alla qualità e vengono praticate con qualche frequenza le indagini di *customer satisfaction* che sono, invece, del tutto occasionali sul territorio. Anche il sostegno all’attività di segnalazione e reclamo (alla quale fanno riferimento altri indicatori) è più elevato negli ospedali che nel livello delle cure primarie.

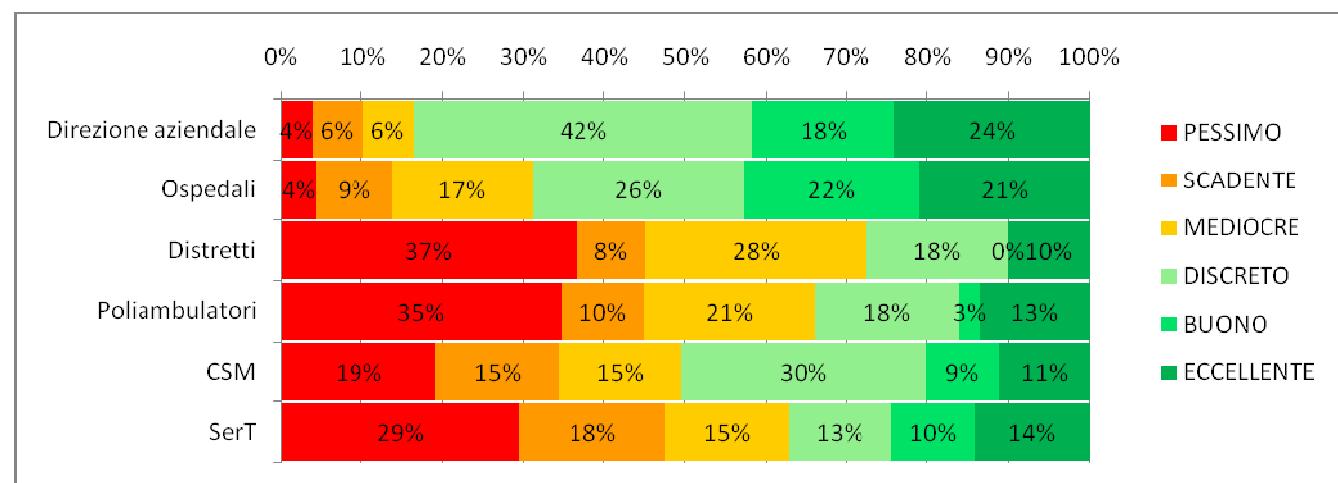
Fig. 6 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La disaggregazione per livello e per classe di adeguamento conferma ulteriormente la situazione generale di debolezza del fattore e le particolari difficoltà del territorio. La classe pessima investe pesantemente distretti, poliambulatori, CSM e Ser.T., e raggiunge anche le direzioni aziendali (in tre casi) e gli ospedali (in sei casi).

Fig. 7 -Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Distribuzione delle direzioni aziendali, degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori del CSM e del Ser.T. per classe di adeguamento agli standard



N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali, 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Vale ancora la pena di segnalare inoltre che circa un terzo dei reclami non riceve risposta entro i termini dovuti e, soprattutto, che quasi metà della aziende non dispone di una procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale, la cui pratica sistematica sarebbe, invece, di grande giovamento per i cittadini.

2.2. Variabilità territoriale

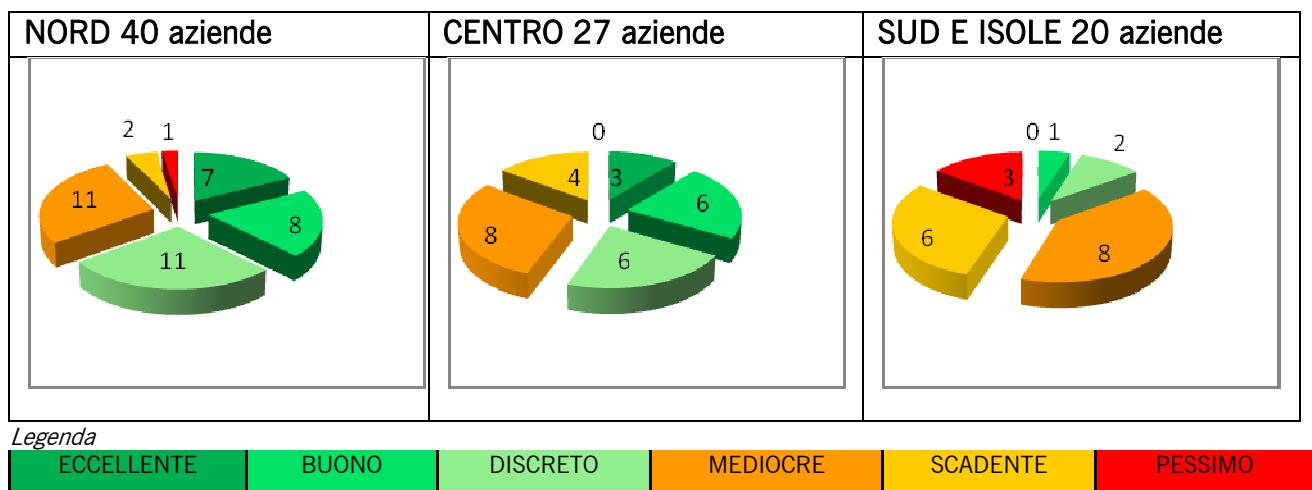
In questo caso si rilevano scarti importanti fra le diverse realtà regionali. In Trentino, i valori elevati anche nel territorio dipendono certamente dal fatto che tutta la sanità fa capo ad un'unica azienda.

Tab. 4 Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione aziendale	77	99	82	67	/
Assistenza ospedaliera	70	86	80	73	/
Cure Primarie Distretti	45	99	50	45	24
Cure Primarie Poliambulatori	53	89	58	41	25
Cure Primarie CSM e Ser.T.	51	73	65	41	41
MEDIA	63	89	77	61	non significativo

* Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie.

Anche considerando la distribuzione delle aziende per classe di adeguamento, si rileva una variabilità accentuata. Una azienda del Nord e tre del Sud/Isole presentano valori pessimi mentre sette aziende del Nord e tre del Centro risultano eccellenti. Dal punto di vista del cittadino la situazione è alquanto problematica.

Fig. 8 -Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

2.3. Standard condivisi e indicatori critici

Fra i 30 indicatori presi in considerazione nei diversi livelli, soltanto la prassi dell'analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (con l'analisi dei reclami per esito e l'adozione di provvedimenti) è effettivamente condivisa dal 91% delle aziende. Discretamente diffusa la presenza di una funzione aziendale dedicata alla qualità percepita (84% delle aziende).

L'elenco degli indicatori critici, invece, è alquanto lungo, con indicatori distribuiti in quasi tutti i livelli.

Tab.5 -Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Presenza di 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	50
Livello Cure Primarie - Distretti	
(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.	13
(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.	24
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(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.	23
(L3b) Presenza di esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)	13
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(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	24
(L3c) Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini	47
(L3c) Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini	48

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Le indagini di *customer satisfaction* sono praticate con qualche regolarità solo nel livello delle direzioni aziendali e degli ospedali, e praticamente assenti nel territorio: questo potrebbe essere interpretato come un segnale della carenza di politiche della qualità nel livello delle cure primarie. Per evitare generalizzazioni improprie è bene ricordare che nell'universo indagato la presenza di aziende delle Regioni più avanzate in questo tipo di attività (Veneto e Toscana) è sottorappresentata.

Nei CSM e nei Ser.T. sono bassi anche gli indici relativi agli strumenti (schede e punti di raccolta) che possono facilitare l'attività di reclamo dei cittadini. Il fatto potrebbe essere legato alla tipologia degli utenti di queste strutture, ma tali strumenti sono assenti anche nel 40% circa dei distretti e dei poliambulatori.

Impressiona favorevolmente invece la diffusione (66% delle aziende) di commissioni per l'aggiornamento degli standard e dei fattori di qualità delle Carte dei servizi. È rilevante anche il fatto che in circa metà degli ospedali indagati siano state realizzate esperienze di certificazione volontaria.

3. PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE, RISPETTO DELLA PRIVACY, ASSISTENZA AI DEGENTI

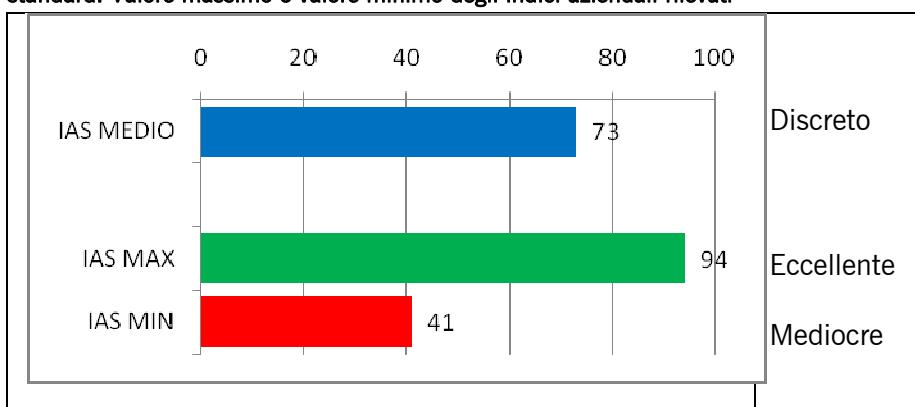
Nel caso del fattore “Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti”, le attività rilevanti avvengono nelle strutture di erogazione delle prestazioni e non coinvolgono direttamente le direzioni aziendali. Per questo fattore sono impiegati 54 indicatori che riguardano i diversi aspetti dell’umanizzazione (orari della giornata, servizio di mediazione culturale, procedure di dimissione, assistenza ai non autosufficienti, ecc.) nei livelli della assistenza ospedaliera e delle cure primarie. La distribuzione di indicatori quindi risulta essere la seguente:

Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
=	38	2	6	8

3.1. Comportamento generale

Il valore medio è decisamente discreto mentre la variabilità fra situazione migliore e situazione peggiore è più contenuta. Da rilevare che nessuna azienda consegue completamente tutti gli standard.

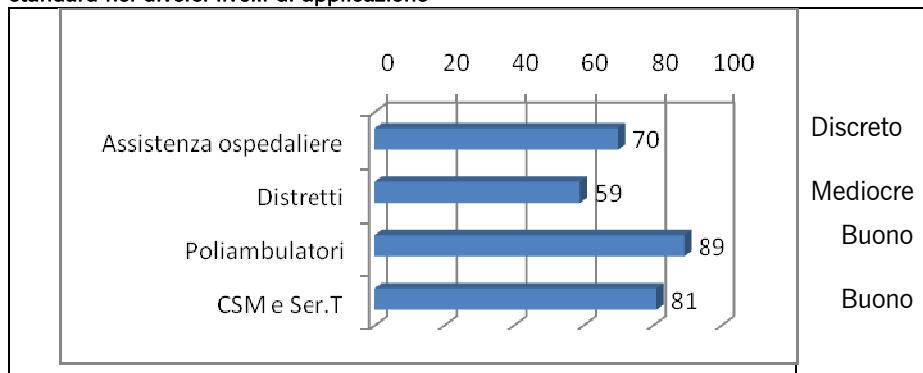
Fig. 9 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Disaggregando l’indice nei diversi livelli di applicazione si nota un valore relativamente basso nell’assistenza ospedaliera, che però dipende dal fatto che, in questo caso, il fattore è stato necessariamente indagato in modo molto analitico con l’impiego di un numero di indicatori (38) non paragonabile con quello degli altri livelli. Nel caso dei distretti gli indicatori sono soltanto due, che riguardano l’assistenza psicologica e quella telefonica ai pazienti in ADI, che purtroppo risultano essere non sufficientemente diffuse. Il buon esito dei poliambulatori dipende dal rispetto delle norme sulla privacy mentre per i Ser.T e i CSM incidono favorevolmente anche la presenza di una accoglienza personalizzata e di operatori di riferimento definiti e stabili.

Fig. 10 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenzi - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La disaggregazione delle realtà indagate mette in evidenza un discreto grado di omogeneità del sistema e l'assenza di situazioni pessime, con l'eccezione dei distretti, dove però, come si è detto, sono stati utilizzati soltanto due indicatori.

Fig. 11 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenzi – Distribuzione delle direzioni aziendali, degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard



N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

3.2. Variabilità territoriale

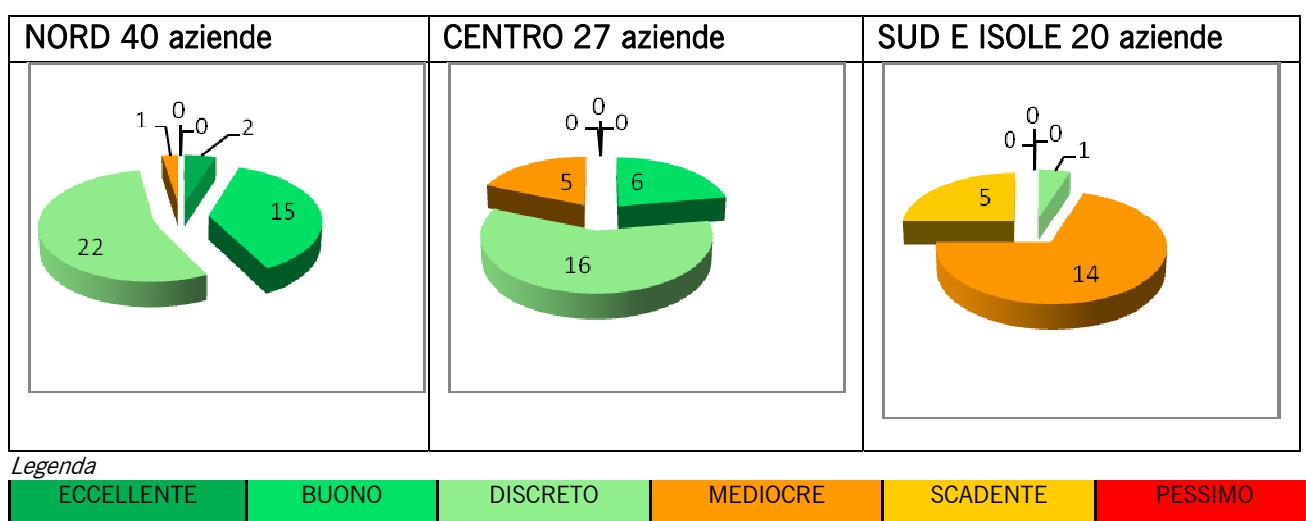
Le situazioni regionali sono alquanto diversificate e gli Indici medi del Lazio si discostano verso il basso. Da segnalare l'attenzione del Piemonte e del Trentino verso l'assistenza ai malati in ADI e alle loro famiglie, segnalato dagli indici dei distretti. e il livello diffuso di applicazione delle norme sulla privacy, segnalato dagli indici dei poliambulatori.

Tab. 6		Valori degli IAS per livello di applicazione nelle applicazioni regionali				
Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenzi		Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
		PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera		73	79	80	65	/
Cure Primarie Distretti		81	93	68	51	27
Cure Primarie Poliambulatori		93	96	93	88	91
Cure Primarie CSM e Ser.T.		88	86	80	78	77
MEDIA		76	85	83	70	non significativo

* Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie.

L'analisi della distribuzione delle aziende nelle classi di adeguamento mette in evidenza uno scarto negativo rilevante nelle aziende del Sud, dove solo un'azienda raggiunge indici discreti e cinque risultano scadenti. Anche ricordando i difetti di rappresentatività statistica derivanti dalla composizione dell'universo indagato, lo scarto è tale da fare pensare che il discreto grado di omogeneità positiva rilevata dalla figura precedente debba essere riferito prevalentemente alle regioni del Nord e del Centro.

Fig. 12 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento agli standard nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

3.3 Standard condivisi e indicatori critici

Gli standard che un buon numero di ospedali raggiunge sono nove, poco meno di un quarto di quelli applicati. Se si considera il valore di questo fattore ai fini del raggiungimento di livelli accettabili di umanizzazione, il percorso da compiere è ancora lungo. È positivo che si stia diffondendo la pratica di proceduralizzare le dimissioni di pazienti con particolari esigenze di carattere clinico e sociale, al fine di superare il problema, sempre profondamente sentito dai cittadini, di doversi trovare nella situazione di affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi e tempi di attesa prolungati che possono provocare un vuoto di intervento al domicilio. L'assenza di procedure per le dimissioni protette¹⁵ e le dimissioni programmate¹⁶, quindi, dovrebbe essere considerata come grave omissione.

Tab.7 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degeniti – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Assenza di Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100

¹⁵ Le dimissioni protette consistono nel dimettere pazienti prima che questi abbiano terminato le cure o gli accertamenti diagnostici. In questo caso le cure o gli accertamenti sono richiesti dal reparto che ha disposto la dimissione. I referti che risultano da questi ulteriori accertamenti sono esenti da ticket e fanno parte a tutti gli effetti della cartella clinica.

¹⁶ Le dimissioni programmate consistono in dimissioni di pazienti stabilizzati che avvengono in accordo con le strutture e gli operatori sanitari del territorio che si fanno carico della continuità assistenziale.

¹⁶ Le dimissioni programmate consistono in dimissioni di pazienti stabilizzati che avvengono in accordo con le strutture e gli operatori sanitari del territorio che si fanno carico della continuità assistenziale.

(L2) Assenza di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
(L2) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	99
(L2) Presenza di Procedura per assicurare il rispetto della privacy	97
(L2) Presenza di Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune NON ERA STATO LEVATO?	96
(L2) Presenza di Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette	94
(L2) Assenza di Unità operative di degenza con cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione	93
(L2) Presenza di Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate	91
(L2) Presenza di Unità Operative di pediatria con presenza di un genitore 24 ore al giorno e con accesso alla mensa (standard: 100% delle UO)	90
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3b) Assenza di casi di Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3b) Assenza di casi di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	100
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) Assenza di casi di Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	100
(L3c) Assenza di casi di Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	98

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Gli indicatori critici riguardano prevalentemente gli orari di distribuzione dei pasti e delle visite dei parenti. Si tratta di temi controversi sui quali sembra giunto il momento di aprire una riflessione congiunta, che permetta di identificare norme comportamentali e organizzative che tengano conto delle diverse esigenze (orari più consoni alla vita normale, necessità di mantenere le relazioni e insieme rispetto per i degenti in difficoltà). Probabilmente tale tema, considerato che i tempi di degenza negli istituti di ricovero per acuti si sono dimezzati negli ultimi anni¹⁷, può essere utilmente trattato relativamente agli istituti di lungodegenza.

Tab.8 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Distribuzione della cena ai pazienti dopo le 19.00	20
(L2) Possibilità di Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione	25
(L2) Apertura ai visitatori del presidio mediamente per più di 6 ore durante i giorni feriali	26
(L2) Apertura ai visitatori del presidio mediamente per più di 6 ore durante i giorni festivi	35
(L2) Presenza di Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento	42
(L2) Distribuzione del pranzo ai pazienti dopo le 12.00	45
(L2) Presenza del Servizio di interpretariato	47
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) Presenza del Servizio di mediazione culturale	42

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

¹⁷ Negli anni compresi tra il 1970 e il 1980 i tempi di degenza medi per i pazienti acuti negli ospedali di tutto il mondo erano compresi tra 12 e 15 giorni, oggi in Italia La degenza media dei ricoveri per acuti è stabile e quasi costante dal 2002 con 6,8 giorni nel 2008.

La presenza di un servizio di mediazione culturale nel 47% dei CSM/Ser.T. è formalmente critica ma segnala una crescente attenzione verso un problema rilevante.

È doveroso segnalare anche che - pur con valori leggermente superiori al valore convenzionale (50) di definizione dell'area critica - continuano ad essere insoddisfacenti le procedure per favorire l'inserimento dei *caregiver* familiari nella gestione dei pazienti critici (esistenti soltanto nel 58% delle unità operative) e la disponibilità di posti/poltrone letto e servizio mensa per i parenti che assistono malati non autosufficienti (garantita soltanto nel 52% delle unità operative).

4. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

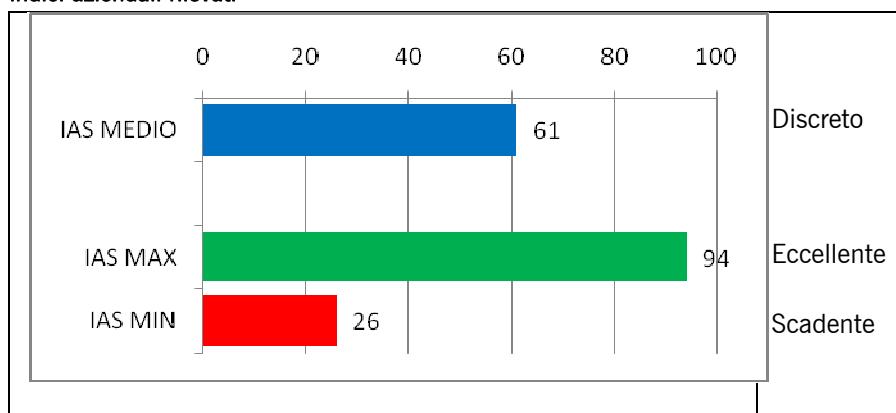
Per questo fattore sono impiegati 63 indicatori relativi sia all'informazione logistico-organizzativa (materiali informativi, segnaletica ecc.), sia all'informazione sanitaria (cartelle cliniche, consenso informato, ecc.), con la seguente distribuzione di indicatori:

Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
=	27	18	9	9

4.1. Comportamento generale

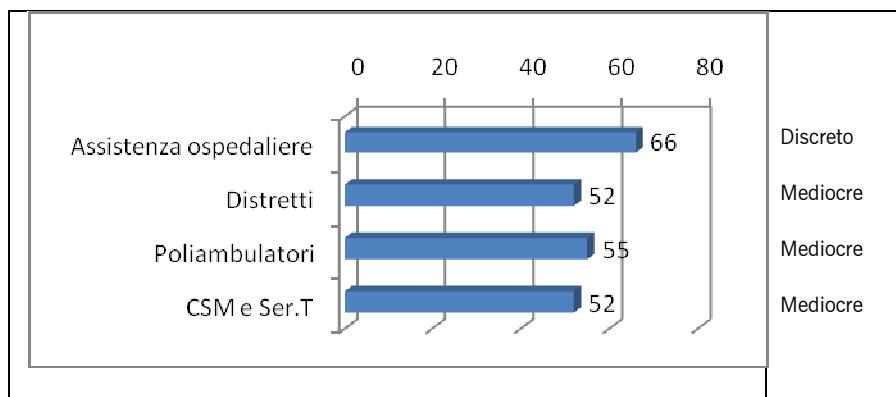
Il valore medio dell'IAS è al limite inferiore della classe di adeguamento definita discreta. Nessuna azienda garantisce la completa attuazione degli standard proposti. Lo scarto fra la situazione migliore e quella peggiore è molto elevato, ma non raggiunge le dimensioni abnormi constatate nel fattore "Tutela dei diritti".

Fig. 13 - Informazione e comunicazione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Considerando i valori degli IAS distinti per livello di applicazione, si nota una situazione migliore negli ospedali (che pure sono stati esaminati analiticamente con 27 indicatori). La diffusione delle cartelle cliniche informatizzate e della trasmissione via internet dei risultati delle analisi è molto bassa (9%). Mediocre o appena discreta la completezza dei moduli per il consenso informato che saranno discussi analiticamente in un capitolo successivo.

Fig. 14 - Informazione e comunicazione - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Decisamente critica la situazione nei distretti a causa della bassa utilizzazione degli elementari strumenti informativi, come illustrato nel successivo paragrafo dedicato agli indicatori critici.

La distribuzione per classi di adeguamento è relativamente uniforme e sembrerebbe documentare l'assenza di orientamenti unificanti. Il 20% circa degli ospedali e dei distretti e il 16% dei CSM raggiungono comunque livelli buoni o eccellenti e questo conferma la possibilità di operare con successo anche in questo settore.

Fig. 15 - Informazione e comunicazione – Distribuzione degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard.

N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

4.2. Variabilità territoriale

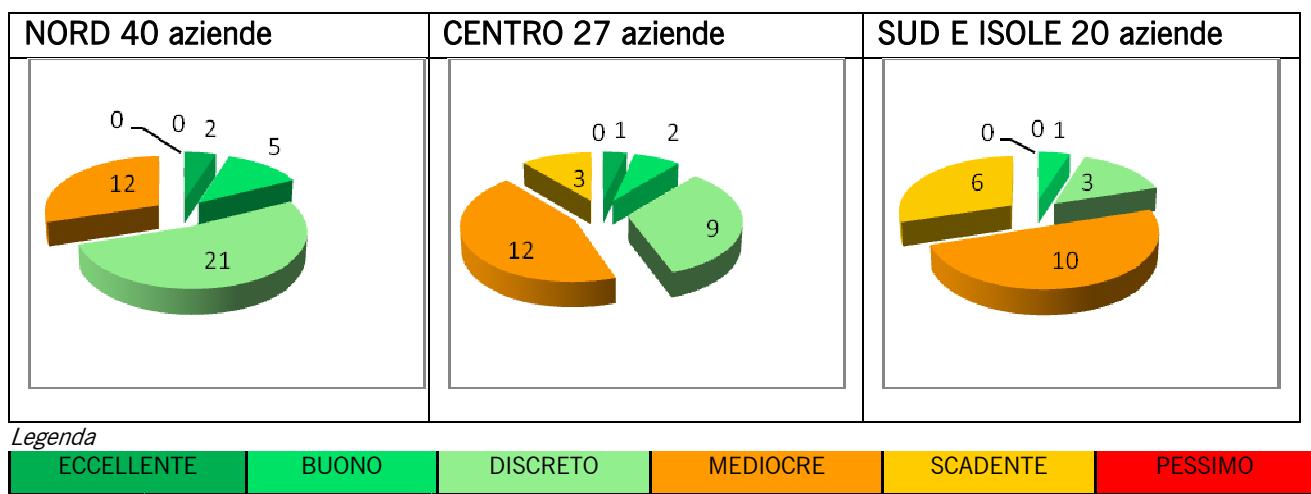
La comparazione degli indici mette in evidenza una maggiore attenzione all'informazione nelle regioni del Nord e in particolare in Friuli Venezia Giulia.

Tab. 9 Informazione e comunicazione	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera	69	66	78	59	/
Cure Primarie Distretti	66	69	55	41	37
Cure Primarie Poliambulatori	59	72	61	47	47
Cure Primarie CSM e Ser.T.	55	76	51	41	50
MEDIA	65	70	73	56	non significativo

* Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie

Questa constatazione viene confermata dall'analisi della distribuzione delle aziende per classi di adeguamento. Nel Nord metà delle aziende presenta, in questo fattore, indici almeno discreti e in alcuni casi anche buoni od eccellenti, un 30% comunque resta nella fascia della mediocrità. Nel Centro restano le punte di eccellenza ma l'area della mediocrità aumenta e compaiono tre aziende scadenti. Nel Sud solo 4 aziende su 27 superano la soglia della mediocrità, mentre i casi di aziende con indice scadente salgono a sei.

Fig. 16 – Informazione e comunicazione – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

4.3. Standard condivisi e indicatori critici

La quantità di standard uniformemente praticati è decisamente modesta (5 su 63), a conferma della sensibile variabilità degli approcci esistenti in questo campo.

Si possono comunque registrare alcuni dati positivi. È certamente una buona notizia il fatto che, nel 98% delle Unità operative viene rilasciata una scheda di dimissioni completa delle informazioni essenziali. È buona anche la diffusione di numeri telefonici dedicati alle informazioni e all'orientamento nei CSM e nei Ser.T. (88%). In quasi il 90% degli ospedali e dei poliambulatori esiste un prospetto aggiornato dei servizi presenti. È migliorato lo stato dell'informazione logistica: in quasi il 90% degli ospedali e dei poliambulatori esiste un

prospetto aggiornato dei servizi presenti e nel 70% delle Unità operative esistono i cartelli con i nominativi degli operatori e con gli orari della giornata.

Tab.10 - Informazione e comunicazione – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di adeguamento agli Standard
(L2) Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: -diagnosi; -procedure e terapie effettuate; -terapia prescritta; -prescrizioni su comportamenti/precauzioni (standard: 100% delle UO)	98
(L2) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria	98
(L2) Consegnata a domicilio cartella clinica	96
(L2) Cartelle cliniche consegnate entro 30 gg. dalle richieste nel marzo dell'anno precedente	93
(L2) Presenza di Cartellonistica esterna entrata principale	93
(L2) <i>Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria</i>	88
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) <i>Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti</i>	89
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) <i>Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento</i>	88

Gli indicatori in corsivo vengono riportati in quanto significativi anche se il loro valore è inferiore a 90.

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L'elenco degli indicatori critici è decisamente più esteso (27 su 63, e cioè poco meno della metà), a conferma dell'incertezza esistente in questo campo.

La situazione deficitaria dell'informazione di base nei distretti e la scarsa utilizzazione degli strumenti informatici sono già state segnalate. Si deve sottolineare ancora la scarsa propensione a dare informazioni circa i diritti e le responsabilità dei pazienti e, ancora di più, l'assenza - in due terzi delle Unità operative - di procedure formalizzate di affidamento dei pazienti a un tutor o *case manager*, in contrasto con le indicazioni di molti esperti che considerano essenziale questa misura per l'efficacia e l'appropriatezza dei percorsi clinici.

Tab.11 - Informazione e comunicazione – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di adeguamento agli Standard
(L2) Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet	9
(L2) Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata (standard: 100% delle UO)	9
(L2) Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o <i>case manager</i>) operatore medico/infermieristico di riferimento (standard: 100% delle UO)	35
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa le responsabilità dei pazienti	43
(L2) Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti	47
Livello Cure Primarie - Distretti	
(L3a) Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	32
(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	34

(L3a) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede di distretto di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	34
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)	38
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	40
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	40
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare	47
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità	47
(L3a) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto	49
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazione di ausilî	49
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	49
(L3a) Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale	50
Livello Cure Primarie Poliambulatori	
(L3b) Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet	8
(L3b) Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti	41
(L3b) Consegnna a domicilio referti medici	47
(L3b) Presenza di 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.	50
(L3a) Presenza 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	51
Livello Cure Primarie CSM e Ser.t.	
(L3c) Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con i nomi degli operatori	30
(L3c) Presenza di procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	32
(L3c) Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti	32
(L3c) Presenza di Cartellonistica stradale in prossimità della struttura	38

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

5. COMFORT

Per il Comfort sono stati utilizzati 63 indicatori relativi alla presenza di servizi negli ospedali (bar, bancomat, ecc.), alla qualità dei servizi igienici, alle dotazioni dei reparti di degenza e altro. Nel corso delle osservazioni è stata rilevata anche l'esistenza di segni di faticenza, di scarsa manutenzione (vetri rotti, rubinetti guasti, ecc.) o di trascuratezza (rifiuti o altro materiale abbandonato, ecc.).

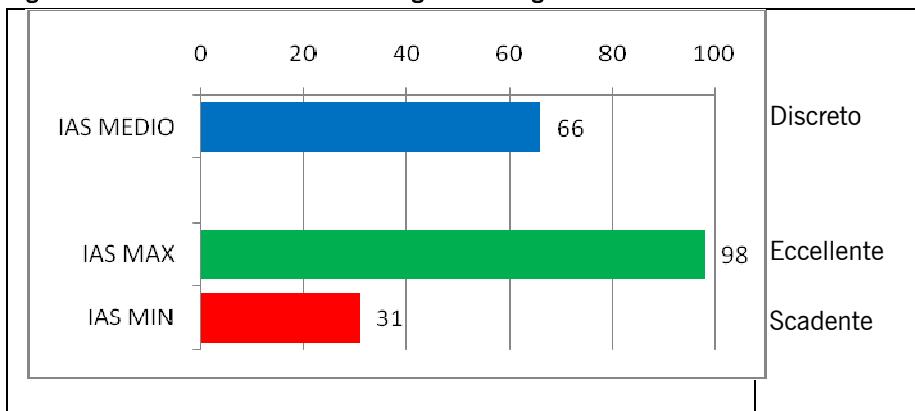
Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
=	36	9	9	9

5.1. Comportamento generale

La presenza degli eventi indicatori di faticenza, scarsa manutenzione e trascuratezza comportava una particolare penalizzazione nel calcolo degli Indici di adeguamento agli standard. Ciò ha inciso (giustamente) sul valore dell'Indice medio che, quindi, resta appena discreto nonostante l'evidente miglioramento generale di altri indicatori (assetto e dotazioni delle stanze di degenza e dei servizi, presenza di bar, bancomat e altro all'interno del presidio, ecc.).

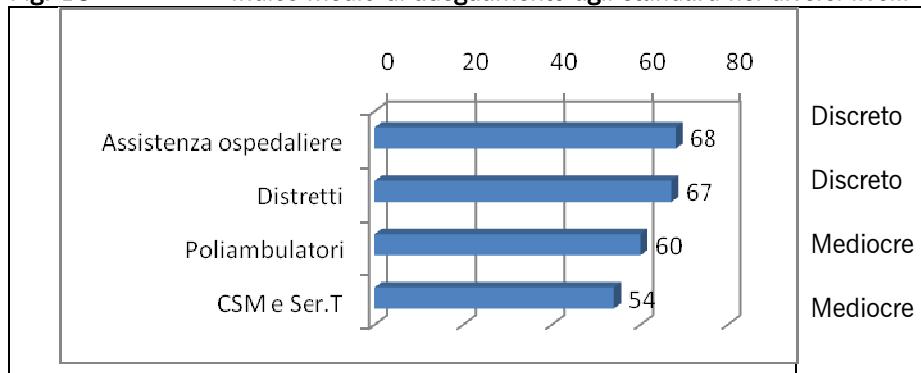
Lo scarto fra valore massimo – che si approssima al conseguimento completo di tutti gli standard – e valore minimo è molto rilevante e segnala la presenza di situazioni alquanto degradate.

Fig. 17 – Comfort - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

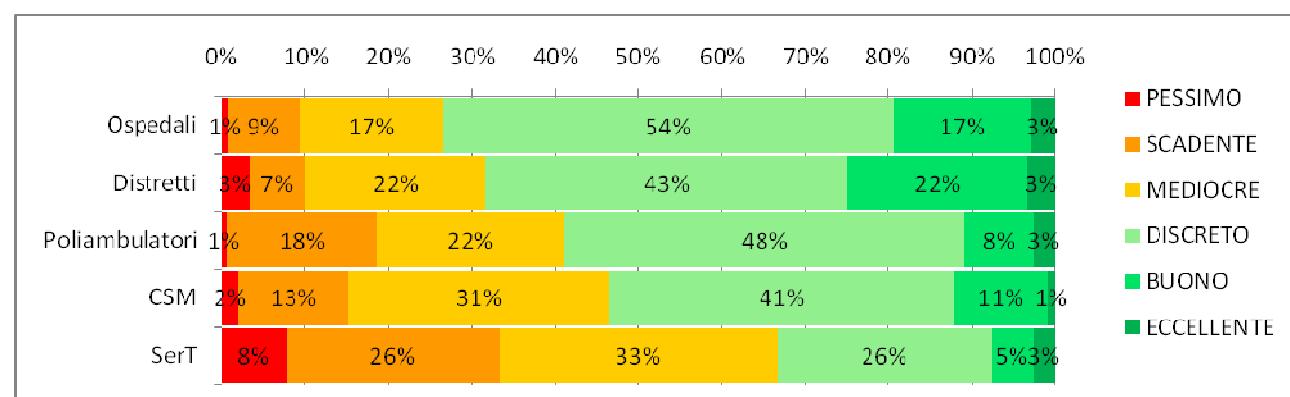
Analizzando i valori dell'IAS nei diversi livelli si nota una situazione marcatamente più negativa dei CSM e dei Ser.T. da imputare ad una maggiore presenza dei segni di faticenza e di trascuratezza.

Fig. 18 - Comfort - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La fascia positiva (da discreto ad eccellente) comprende il 74% degli ospedali e si riduce gradatamente fino al 35% dei Ser.T.

Poche le strutture in condizioni pessime: un ospedale, 4 distretti, un poliambulatorio, 2 CSM e ben 6 Ser.T. ma poche anche quelle eccellenti. Il 60%- 70% delle strutture si colloca nelle fasce intermedie.

Fig. 19 - Comfort.- Distribuzione degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard.

N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

5.2. Variabilità territoriale

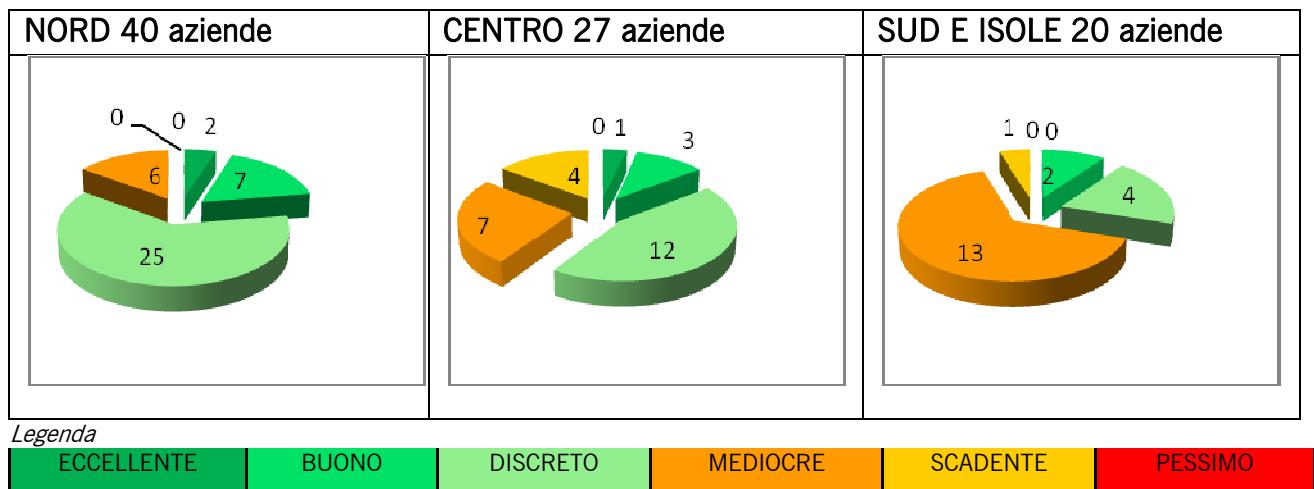
Lo scarto fra le regioni del Nord (con una situazione particolarmente favorevole in Friuli Venezia Giulia) e il Lazio è alquanto rilevante.

Tab. 12 Comfort	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Assistenza ospedaliera	69	68	81	61	/
Cure Primarie Distretti	73	80	72	61	58
Cure Primarie Poliambulatori	64	72	64	54	60
Cure Primarie CSM e Ser.T.	58	72	56	52	43
MEDIA	68	71	77	60	non significativo

* Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie

Anche la distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle grandi ripartizioni geografiche conferma il ricorrente peggioramento delle situazioni dal Nord al Sud, dove solo 6 aziende su 20 raggiungono un livello almeno discreto. Lo scarto è da imputare, in larga misura, alla maggiore presenza dei segni di faticenza, scarsa manutenzione e trascuratezza.

Fig. 20 – Comfort – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche.



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

5.3. Standard condivisi e indicatori critici

La quantità di standard condivisi è relativamente modesta (14 su 63). Se però si confronta, soprattutto nel livello dell'assistenza ospedaliera, la situazione attuale con quella delle prime applicazioni dell'Audit civico, si nota una evoluzione ampiamente positiva.

Tab.13 - Comfort – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Presenza di Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso	99
(L2) Presenza di Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso	98
(L2) Unità Operative con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto (standard: 100% delle UO)	97
(L2) Presenza di Parcheggio interno con posti riservati a disabili	93
(L2) Ambulatori con bagni per il pubblico	92
(L2) Unità Operative che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)	92
(L2) Unità operative con stanze di degenza con più di 4 posti letto	91
(L2) Unità Operative con lavapadelle a ciclo di disinfezione (standard: 100% delle UO)	90
(L2) Presenza di Bagno per disabili nel Pronto Soccorso	90
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Bagno per il pubblico nella sede di distretto	99
(L3a) Presenza di Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili	97
(L3a) Presenza di Spazio d'attesa nella sede di distretto	94
Livello cure primarie poliambulatorio	
(L3b) Presenza di Posti auto all'esterno della sede del poliambulatorio riservati a disabili	92
Livello cure primarie CSM e Ser.T:	
(L3c) Presenza di Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)	96

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L'esistenza di un importante processo di adeguamento era già stata segnalata nel rapporto del 2003, paragonando gli esiti di quella rilevazione con la situazione constatata nel 1990/91 in occasione del Rapporto nazionale sullo stato dei diritti dei cittadini. In questi ultimi anni sono stati compiuti ulteriori passi: le stanze con più di 4 posti letto sono meno del 10%, quelle prive di servizi igienici il 20%, nell'83% degli ospedali è disponibile un Bancomat, le dotazioni presenti nei servizi igienici sono decisamente più adeguate. Solo poche realtà insistono nel mantenere ambulatori sprovvisti di spazi di attesa, o nel non fornire ai degenzi gli accessori per la consumazione dei pasti e nel mantenere letti non dotati di sedia, comodino e armadietto.

Il miglioramento è confermato dall'estensione tutto sommato contenuta degli indicatori critici (10 su 63) e dalla loro natura. L'assenza di parcheggi taxi, per esempio, nei pressi di distretti, poliambulatori e CSM Ser.T. non può essere imputata alle aziende sanitarie. Sorprende, però, la diffusione ancora troppo scarsa di punti vendita di accessori per la cura della persona.

Tab.14 - Comfort – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Assistenza ospedaliera	Indice di Adeguamento agli Standard
(L2) Presenza di Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori	17
(L2) Unità Operative in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata (standard: 100% delle UO)	33
(L2) Numero gabinetti per degenzi su totale posti letto degenza ordinaria	45
(L2) Presenza di Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenzi e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona	45
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	7
(L3a) Presenza di Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto	45
Livello cure primarie poliambulatorio	
(L3b) Presenza di Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)	10
(L3b) Presenza di Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio	39
Livello cure primarie CSM e Ser.T:	
(L3c) Presenza di Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)	12
(L3c) Presenza di Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)	30
(L3c) Presenza di Parcheggio taxi in prossimità della struttura	42

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

II COMPONENTE

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

6. SICUREZZA DEI PAZIENTI

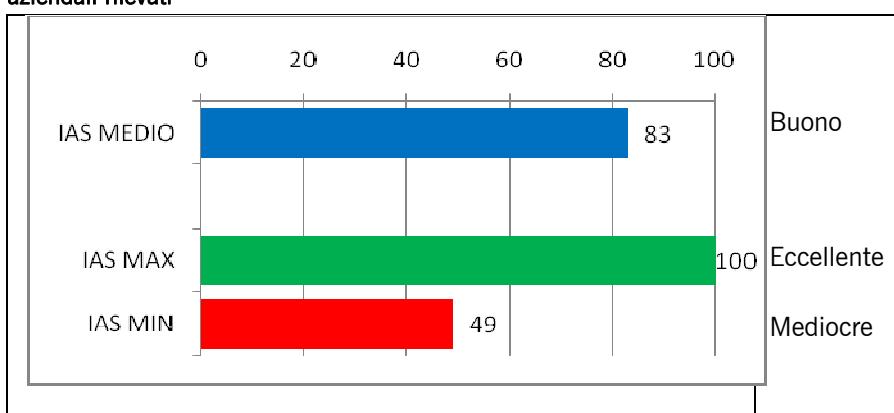
Il fattore “Sicurezza dei pazienti” è stato rilevato nel livello 1 (Direzione aziendale) con 6 indicatori e nel livello 2 (Assistenza ospedaliera) con 24 indicatori relativi alle dotazioni e alle procedure presenti.

6.1. Comportamento generale

L'indice generale è alquanto elevato, una azienda rispetta completamente gli standard proposti e 11 aziende hanno avuto un IAS di almeno 95. Il quadro generale è positivo ma permangono realtà ancora mediocri con situazioni a rischio non ben controllate.

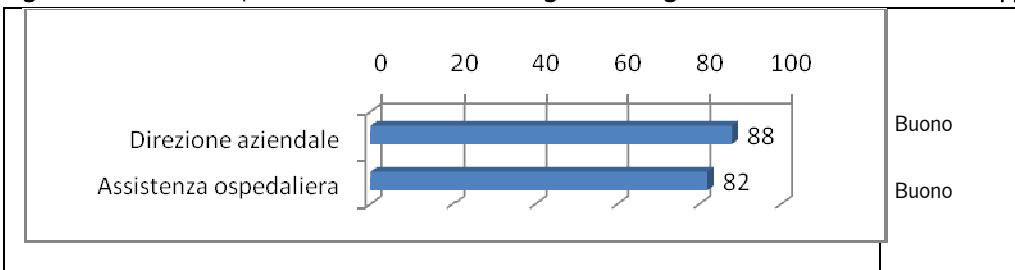
L'argomento è comunque delicato, in quanto, come è noto, piccole falte nel sistema possono provocare effetti devastanti e quindi sarà ulteriormente approfondito nel capitolo successivo.

Fig. 21 - Sicurezza dei pazienti - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



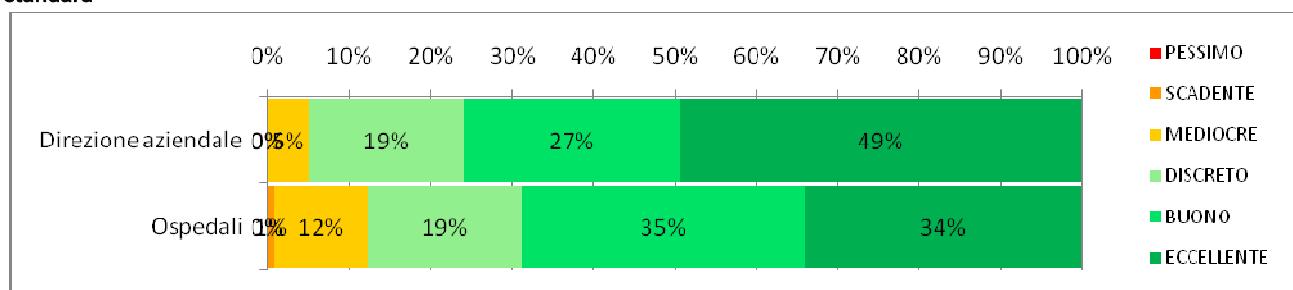
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il valore dell'Indice di adeguamento è buono in entrambi i livelli considerati. Lo scarto fra le direzioni aziendali e l'assistenza ospedaliera riflette, probabilmente, un dato di realtà, e cioè che portare la sicurezza “al letto del malato” è più difficile che assumere provvedimenti generali anche quando essi sono – come in questo caso – impegnativi e indispensabili.

Fig. 22 - Sicurezza dei pazienti - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La distribuzione delle diverse classi di adeguamento conferma l'esistenza di un'area, sia pure ridotta, di controllo non adeguato dei rischi, costituita dalle 4 direzioni aziendali e dai 17 ospedali che restano nella mediocrità. Il progresso generale del sistema rende sempre meno giustificabili eccezioni che dovrebbero invece essere adeguatamente sanzionate.

Fig. 23- Sicurezza dei pazienti - Distribuzione delle direzioni aziendali e degli ospedali per classe di adeguamento agli standard

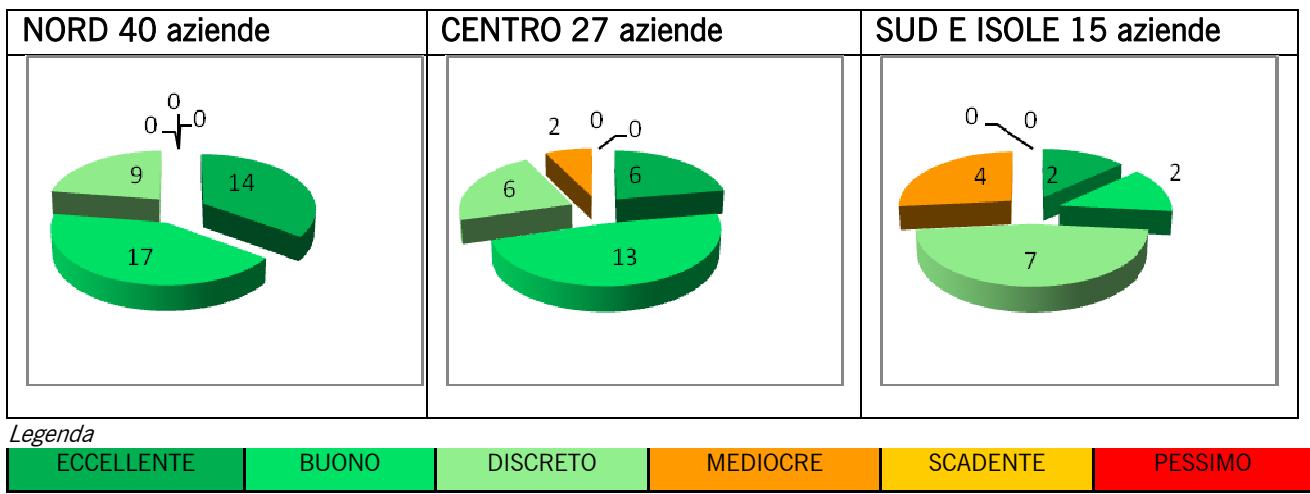
N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali e 138 presidi ospedalieri.
Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

6.2. Variabilità territoriale

I valori riscontrati nelle applicazioni regionali sono generalmente buoni, con punte di eccellenza in Trentino e in Piemonte.

Tab. 15 Sicurezza dei pazienti	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione aziendale	93	100	89	87
Assistenza ospedaliera	87	93	86	80
MEDIA	88	94	86	81

Le aziende che restano nell'area della mediocrità sono dislocate nel Centro e, soprattutto, nel Sud.

Fig. 24 – Sicurezza dei pazienti – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

6.3. Standard condivisi e indicatori critici

La quantità di standard conseguiti in tutte le realtà è considerevole: 4 su 6 nel livello della direzione aziendale e 10 su 24 in quello dell'assistenza ospedaliera.

Tab.16 - Sicurezza dei pazienti – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli standard
(L1) Presenza della Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere	99
(L1) Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari	97
(L1) Presenza del Comitato per il buon uso del sangue	96
(L1) Presenza di Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico	95
Assistenza ospedaliera	
(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 (standard 100% delle U.O.)	100
(L2) Presenza di Procedure scritte per il lavaggio delle mani	100
(L2) Presenza di Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio	99
(L2) Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici	98
(L2) Presenza di Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	97
(L2) D Presenza di documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio	96
(L2) Presenza di 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	96
(L2) Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza	96
(L2) Presenza di Linee guida scritte per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito	90
(L2) Presenza di Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	90

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La buona diffusione di una cultura condivisa della sicurezza è confermata dal fatto che solo due indicatori si collocano al di sotto della soglia critica e segnalano una ridotta partecipazione dei medici e degli infermieri ai corsi BLS. È doveroso registrare, a questo proposito, che alcune direzioni aziendali hanno contestato l'indicatore affermando che esistono altri supporti formativi, equivalenti o addirittura migliori.

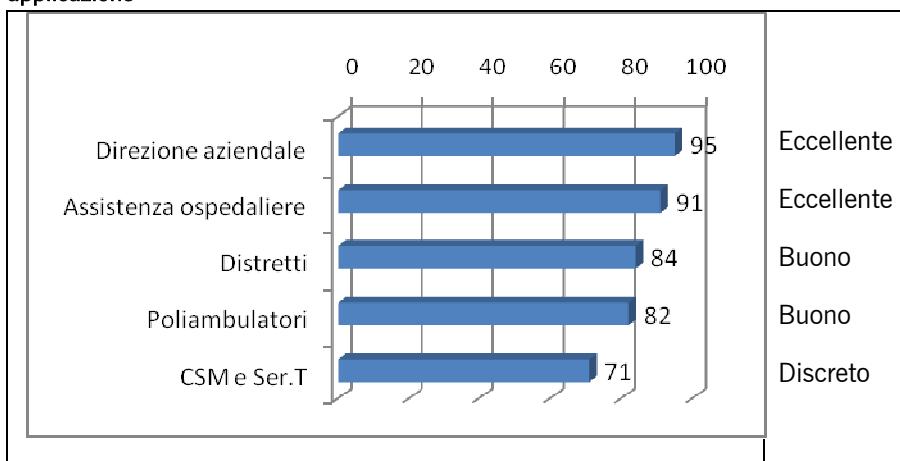
Un poco al di sopra della soglia critica si segnalano difficoltà nella completa implementazione di alcune raccomandazioni ministeriali e nella adozione di procedure scritte tese a garantire che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori.

Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
4	7	3	3	3

7. SICUREZZA DELLE STRUTTURE E DEGLI IMPIANTI

Il fattore “Sicurezza delle strutture e degli impianti” è stato indagato in tutti i livelli con un numero contenuto di indicatori particolarmente significativi, selezionati sulla base degli esiti della Campagna “Ospedale sicuro”, replicata annualmente dal 1998 al 2004. La distribuzione degli indicatori è la seguente:

Fig. 26 - Sicurezza delle strutture e degli impianti - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La distribuzione per classi di adeguamento conferma la situazione complessivamente eccellente degli adempimenti a carico delle direzioni aziendali e degli ospedali e rende inaccettabili le eccezioni (una direzione e sei ospedali).

Nel territorio e soprattutto nei Ser.T. si constata invece una certa diffusione di situazioni pessime o scadenti nonostante l'estrema semplicità degli indicatori utilizzati: segnalazione delle vie di fuga, segnalazione degli estintori, presenza della piantina del piano di evacuazione.

Fig. 27- Sicurezza delle strutture e degli impianti.- Distribuzione delle direzioni aziendali, degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard.



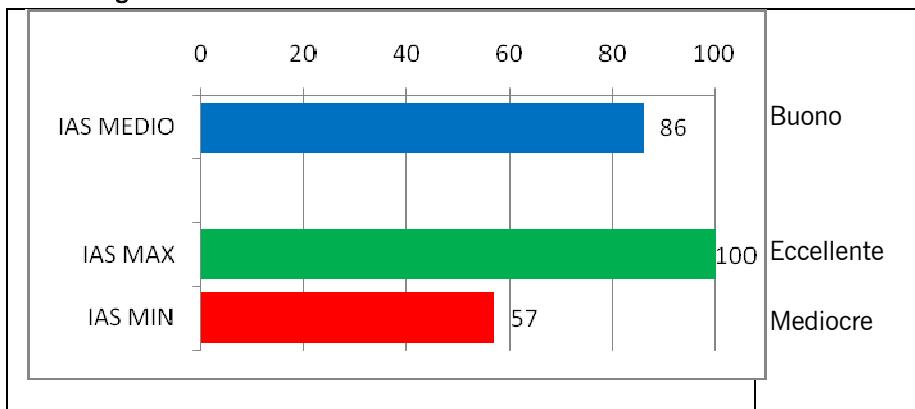
N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali, 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T.

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

7.1. Comportamento generale

L'indice medio è elevato e si approssima alla soglia dell'eccellenza: 16 aziende conseguono completamente gli standard proposti e la situazione peggiore presenta un indice quasi discreto. Anche in questo caso, la valutazione complessivamente positiva deve essere attenuata dalla considerazione che nei sistemi di sicurezza non dovrebbe essere accettata alcuna eccezione.

Fig. 28 - Sicurezza delle strutture e degli impianti - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte:Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La disaggregazione per fattori per livello propone situazioni di eccellenza nei livelli delle direzioni aziendali e dell'assistenza ospedaliera e uno stato decisamente meno brillante nei CSM/Ser.T. Si ripropone a questo proposito la considerazione già fatta nella discussione del comfort, e cioè che la necessaria concentrazione sulle relazioni con gli utenti possa comportare una sottovalutazione degli aspetti organizzativi e strutturali.

7.2. Variabilità territoriale

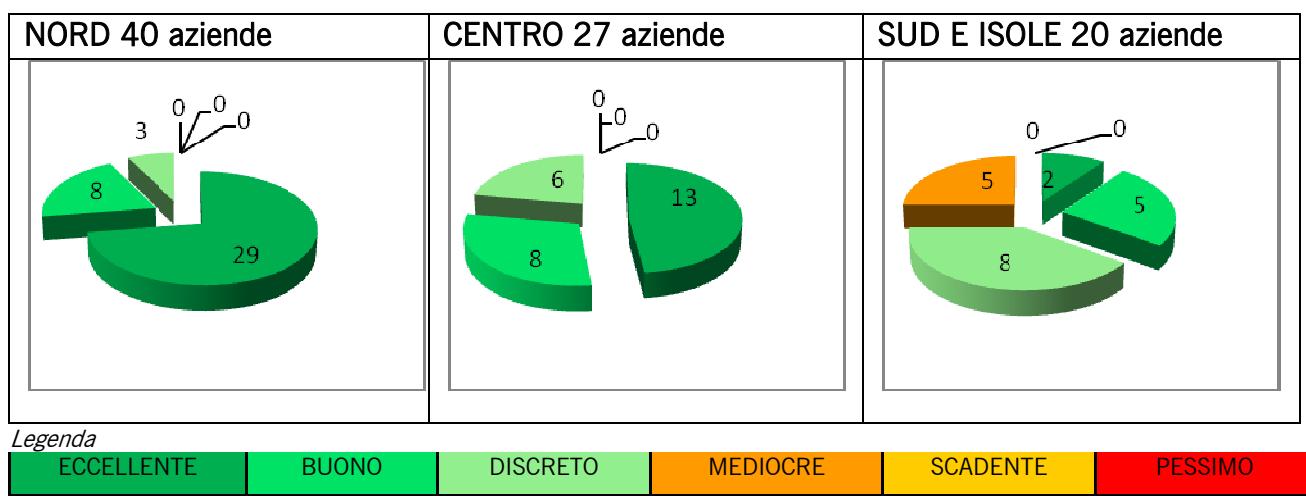
I valori sono mediamente buoni – con la rilevante eccezione delle strutture territoriali dell’Abruzzo – e sono frequenti le situazioni di eccellenza.

Tab. 18 Sicurezza delle strutture e degli impianti.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione generale	99	100	98	98	/
Assistenza ospedaliera	96	99	96	86	/
Cure Primarie Distretti	95	100	77	88	57
Cure Primarie Poliambulatori	95	95	77	74	55
Cure Primarie CSM e Ser.T.	78	83	76	68	38
MEDIA	93	94	91	87	non significativo

* Le 5 Aziende dell’Abruzzo nell’annualità 2009 hanno valutato solo il Livello delle cure primarie

Solo nel Sud sono presenti situazioni di mediocrità. Il 70% delle aziende del Nord e quasi la metà di quelle del Centro raggiungono livelli di eccellenza.

Fig. 29– Sicurezza delle strutture e degli impianti – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche.



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

7.3. Standard condivisi e indicatori critici

L’esistenza di un buona organizzazione generale della sicurezza è testimoniata anche dalla ampia condivisione degli standard proposti e dall’assenza di indicatori con valori critici.

Tutte le aziende hanno finalmente adottato il documento di valutazione dei rischi. L’attenzione verso una buona manutenzione delle apparecchiature è alta e l’attività di formazione è ben sviluppata. Negli ospedali l’assenza della segnaletica di sicurezza (estintori e vie di fuga) è ormai un fatto raro ma si deve segnalare che nel 16% delle unità operative manca ancora la piantina del piano di evacuazione. Meno brillante, come si è già visto, la situazione del territorio.

Tab.19 - Sicurezza delle strutture e degli impianti – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Documento di valutazione dei rischi (D.lgs. 81/2008 - ex 626/94)	100
(L1) Presenza di Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature di diagnostica per immagini	99
(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	92
Assistenza ospedaliera	
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori (standard: 100% delle UO)	98
(L2) Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga (standard: 100% delle UO)	96
(L2) Presenza di Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso	94
(L2) Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni	92
Livello cure primarie distretti	
(L3a) Presenza di Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto	93
Livello cure primarie poliambulatori	
(L3b) Presenza di Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio	94

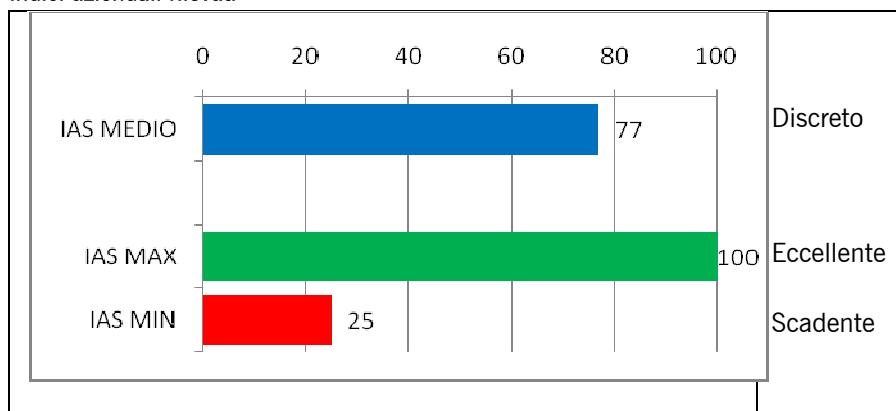
8. MALATTIE CRONICHE E ONCOLOGIA

Nell'ambito delle malattie croniche e dell'oncologia l'attenzione è stata concentrata sull'attività delle direzioni aziendali, che viene indagata con 12 indicatori.

8.1. Comportamento generale

L'indice medio di adeguamento agli standard è più che discreto ed è inferiore soltanto agli IAS dei fattori dedicati alla sicurezza. 24 aziende rispettano tutti gli standard proposti, ma si possono incontrare anche situazioni decisamente scadenti.

Fig. 30 - Malattie croniche e oncologia - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il 51% delle aziende raggiunge livelli buoni od eccellenti, ma il 15% resta mediocre e l'8% è scadente. Simili scarti, in questo particolare campo, sono difficilmente tollerabili.

Fig. 31- Malattie croniche e oncologia.- Distribuzione delle direzioni aziendali per classe di adeguamento agli standard.



N.B.: I valori percentuali si riferiscono a 78 direzioni aziendali
Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

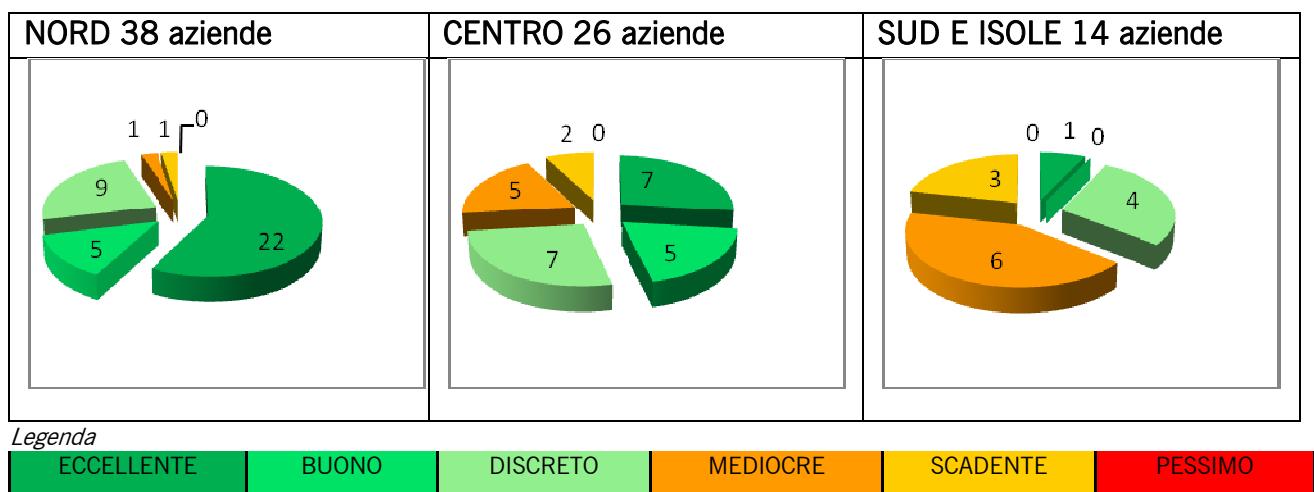
8.2. Variabilità territoriale

Le tre regioni del Nord raggiungono valori buoni od eccellenti mentre il Lazio si arresta ad un livello soltanto discreto.

Tab. 20 Malattie croniche e oncologia.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione aziendale	87	92	83	72

Anche in questo caso si deve constatare la situazione più critica del Centro e, soprattutto, del Sud, dove solo 5 aziende su 14 raggiungono almeno un livello discreto.

Fig. 32 – Malattie croniche e oncologia – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

8.3. Standard condivisi e indicatori critici

Oltre il 90% abbondante delle aziende dispone di servizi chemioterapici, di percorsi organizzati per la gestione delle malattie croniche ad alta prevalenza e di trasporti al domicilio dei pazienti dializzati e cioè si è dotata di strutture e di servizi.

Tab.21 - Malattie croniche e oncologia – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all’Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza del Servizio di cure chemioterapiche	92
(L1) Percorsi diagnostico terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)	91
(L1) Presenza del Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati	91

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Meno brillante lo stato degli indicatori con gli “utenti attivi”. Solo il 28% delle aziende prevede il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi. Le procedure per la semplificazione dell’accesso alle esenzioni e agli ausili – alle quali è riservato un approfondimento nel prossimo capitolo – superano la soglia critica ma non sono ancora sufficientemente diffuse.

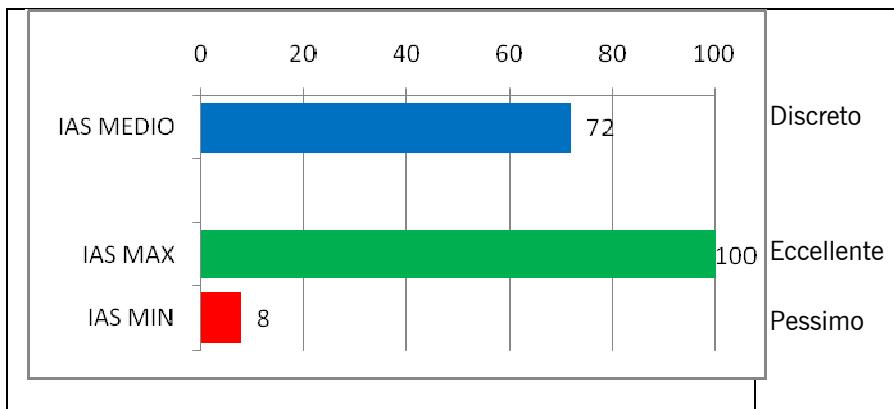
9. GESTIONE DEL DOLORE

Per la Gestione del dolore sono state prese in considerazione l'organizzazione generale messa in atto dalle direzioni aziendali (con 13 indicatori) e l'assistenza ospedaliera (con 8 indicatori).

9.1. Comportamento generale

L'indice medio si colloca nella fascia discreta. Il divario fra le situazioni migliori e quella peggiore è del tutto evidente: 6 aziende raggiungono completamente tutti gli standard proposti, mentre all'estremo opposto essi sono praticamente tutti disattesi.

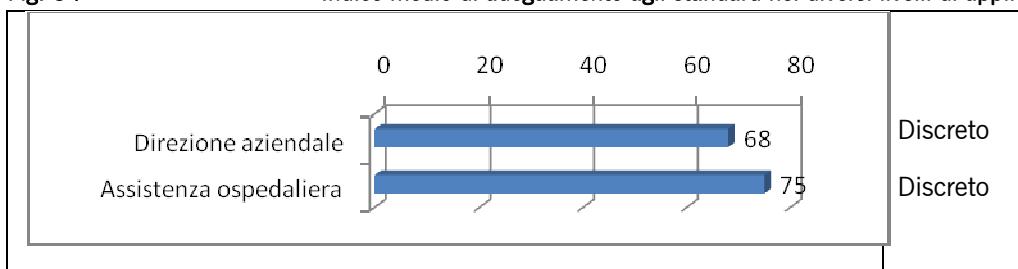
Fig. 33 - Gestione del dolore - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La situazione sembra essere migliore negli ospedali che nella organizzazione generale predisposta dalle direzioni aziendali (che nelle ASL comprende i servizi sul territorio).

Fig. 34 - Gestione del dolore - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione



Fonte-Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Questo dato è confermato anche dalla distribuzione delle realtà considerate nelle diverse classi di adeguamento.

In entrambi i livelli comunque le fasce peggiori sono abbastanza ampie e comprendono il 30% delle direzioni aziendali e il 24% degli ospedali con una presenza rilevante di situazioni pessime. Come per la malattie croniche, la particolare natura del fattore, rende intollerabile l'esistenza di scarti di simili proporzioni. A questo problema è riservato un approfondimento nel prossimo capitolo.

Fig. 35 - Gestione del dolore.- Distribuzione delle direzioni aziendali e degli ospedali per classe di adeguamento agli standard

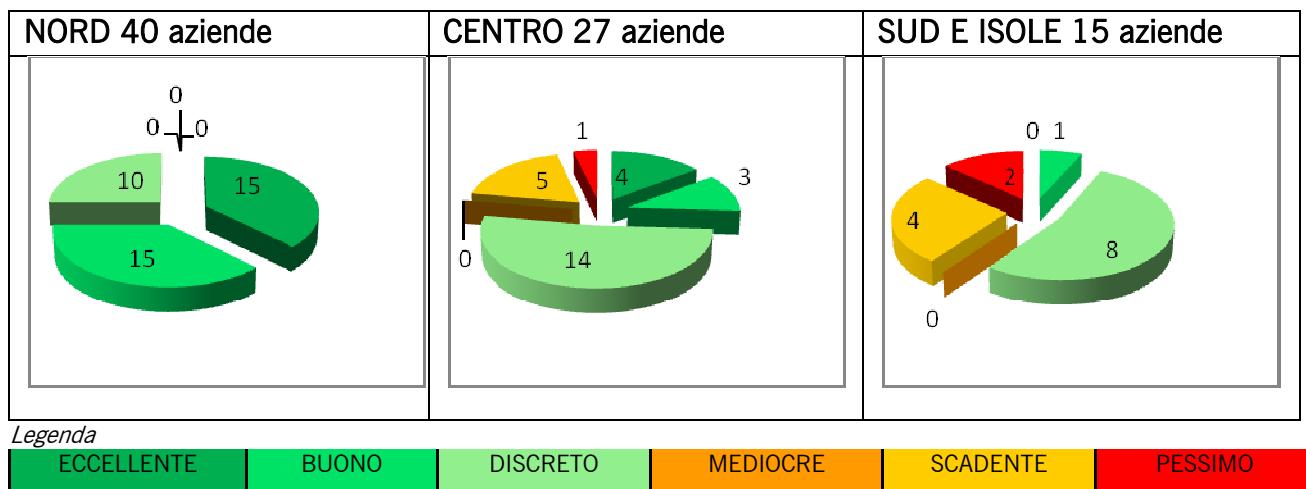
N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali e 138 presidi ospedalieri.
Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

9.2. Variabilità territoriale

Le differenze fra le regioni sono sensibili: eccellenti il Trentino e il Friuli Venezia Giulia, buono il Piemonte, appena discreto il Lazio.

Tab. 22 Gestione del dolore.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale	81	100	83	64
Assistenza ospedaliera	86	95	96	64
MEDIA	84	96	91	65

Anche in questo caso la collocazione geografica provoca differenze rilevanti: tutte le aziende con indici peggiori sono situate nel Centro e nel Sud.

Fig. 36 – Gestione del dolore – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento. nelle diverse ripartizioni geografiche

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

9.3. Standard condivisi e indicatori critici

L'assenza di riferimenti consolidati per la gestione del dolore è confermata sia dal fatto che esiste un solo standard condiviso sia, per paradosso, dalla assenza totale di indicatori sotto la soglia critica.

L'unico standard condiviso è la disponibilità di servizi o comunque di modalità funzionali per la terapia del dolore post-operatorio. Sempre negli ospedali è alquanto diffusa l'adozione di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore che però, in circa metà dei casi, tendono a ignorare il pronto soccorso. In un quarto delle aziende, inoltre, non viene ancora messo a disposizione il parto indolore, nonostante la normativa sulla questione

Un dato da sottolineare come positivo è la crescente diffusione di strutture per le cure palliativi nel territorio e a livello domiciliare anche se la dotazione complessiva, soprattutto nel Centro – Sud è ancora insoddisfacente.

10. PREVENZIONE

Il fattore dedicato alla Prevenzione compare per la prima volta nell'Audit civico ed è stato rilevato con 18 indicatori nel livello della direzione aziendale, due nei distretti, uno nei CSM/Ser.T. e con la verifica del rispetto del divieto di fumo negli ospedali, nei distretti e nei poliambulatori.

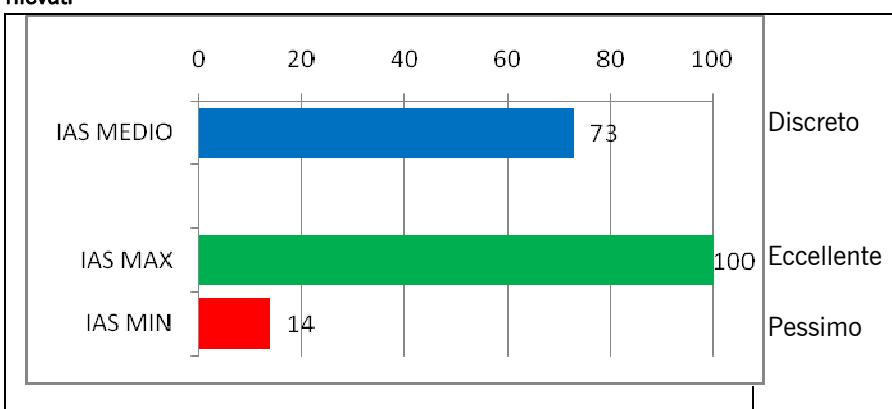
Direzione aziendale	Assistenza ospedaliera	Cure Primarie Distretti	Cure Primarie Poliambulatori	Cure Primarie CSM e Ser.T
18	2	3	2	1

Nel corso dell'osservazione diretta delle strutture, inoltre, sono stati rilevati eventi che indicavano il mancato rispetto del divieto di fumo.

10.1. Comportamento generale

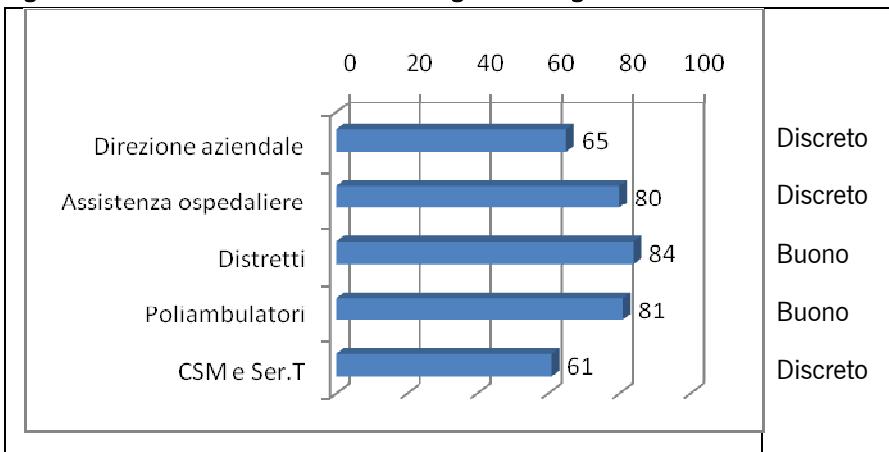
L'indice medio è discreto ma lo scarto fra le situazioni migliori (11 aziende rispettano tutti gli standard) e quella peggiore è molto evidente.

Fig. 37 – Prevenzione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

In questo caso la disaggregazione per livelli ha poco significato. I valori relativi all'assistenza ospedaliera e ai poliambulatori è legato esclusivamente alla verifica del rispetto del divieto di fumo. Nel caso dei CSM/Ser.T. è stato applicato soltanto un indicatore relativo alla distribuzione di materiale informativo. Nei distretti, insieme al rispetto del divieto di fumo, è stato controllato l'invio ai medici di famiglia e ai pediatri di materiali sulla prevenzione da mettere a disposizione negli studi.

Fig. 38 – Prevenzione - Indice medio di adeguamento agli standard nei diversi livelli di applicazione

Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Considerando la precisazione appena fatta si rileva che nel 70% circa di distretti, ospedali e poliambulatori il divieto di fumo è rigorosamente rispettato e che nel 5% delle situazioni esso è invece sistematicamente disatteso.

Il comportamento delle direzioni aziendali è molto diversificato con una prevalenza di situazioni tutto sommato positive.

Fig. 39 - Prevenzione – Distribuzione delle direzioni aziendali, degli ospedali, dei distretti, dei poliambulatori dei CSM e dei Ser.T. per classe di adeguamento agli standard.

N.B.: I valori percentuali si riferiscono rispettivamente a 79 direzioni aziendali, 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 CSM e 78 Ser.T. Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

10.2. Variabilità territoriale

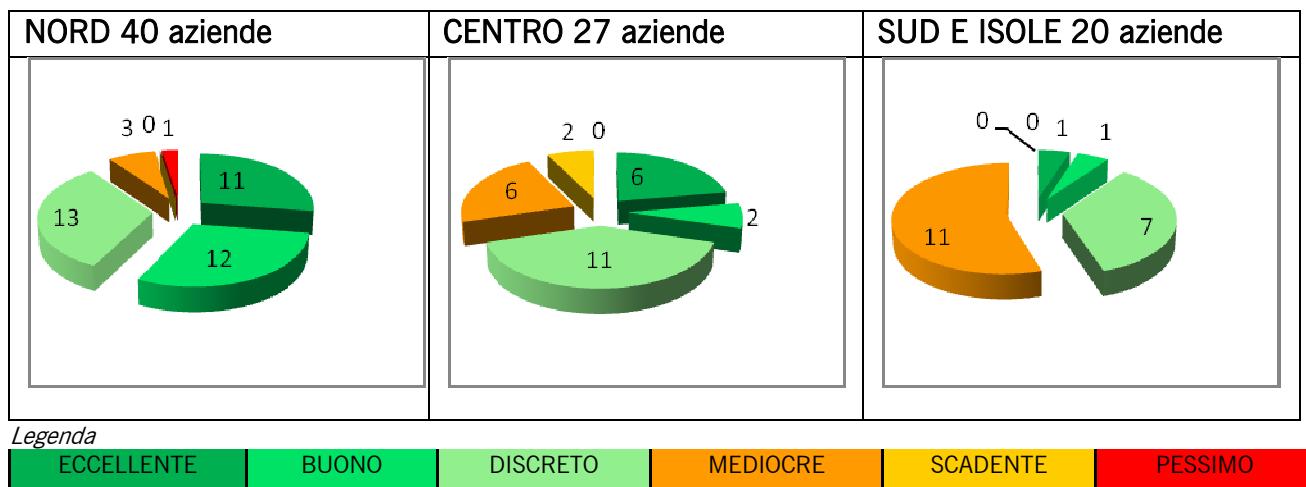
La variabilità dei comportamenti delle direzioni aziendali nelle diverse regioni è alquanto diversificata, l'IAS è molto alto nel Trentino, discreto in Piemonte e Friuli, mediocre nel Lazio.

Tab. 23 Prevenzione.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali				
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO	ABRUZZO (*L3)
Direzione generale	77	89	71	58	/
Assistenza ospedaliera	86	/	82	71	/
Cure Primarie Distretti	92	95	100	79	67
Cure Primarie Poliambulatori	91	89	97	65	66
Cure Primarie CSM e Ser.T.	71	43	78	49	43
MEDIA	79	83	81	68	non significativo

*Le 5 Aziende dell'Abruzzo nell'annualità 2009 hanno valutato solo il L3

I valori degli indici delle aziende del Sud sono mediamente più bassi, ma vale la pena di rimarcare che questa volta la situazione peggiore è nel Nord e che altre due realtà scadenti sono ubicate nel Centro.

Fig. 40 – Prevenzione – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

10.3. Standard condivisi e indicatori critici

La variabilità dei comportamento delle direzioni aziendali fa sì che gli standard condivisi siano due entrambi relativi agli screening per la prevenzione dei tumori femminili che solo pochissime aziende continuano a non attivare.

Tab.24 – Prevenzione – Standard condivisi nelle aziende che hanno partecipato all’Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Programma organizzato di screening mammografico	98
(L1) Presenza di Programma organizzato di screening con il pap test	96

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L’elenco degli indicatori critici è un poco più nutrito. Due riguardano la scarso reclutamento di due programmi di screening, gli altri due la prevenzione dell’ictus e la presenza di stroke unit negli ospedali dipendenti dalle ASL.

Tab.25 - Prevenzione – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all’Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto	27
(L1) Presenza delle 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	43
(L1) Percentuale di donne che si sottopone al pap test	43
(L1) Presenza di Stroke Unit nell’ospedale della ASL e protocollo di assistenza	46

Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

III COMPONENTE

Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali

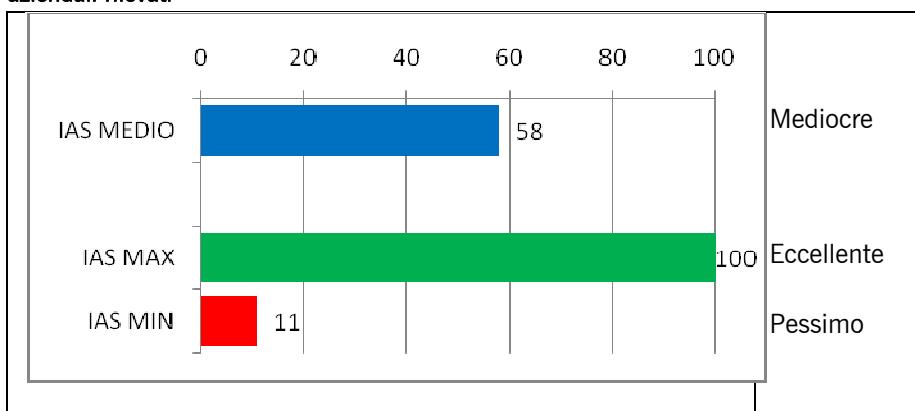
11. ATTUAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE

Le competenze relative all'attuazione e al funzionamento degli Istituti di partecipazione fanno capo alla direzione aziendale. Tenendo conto delle disposizioni normative, sono stati selezionati 9 indicatori.

11.1. Comportamento generale

Il valore generale dello IAS è mediocre, e solo 5 aziende attuano completamente gli istituti previsti. All'estremo opposto della scala si constatano invece situazioni del tutto pessime.

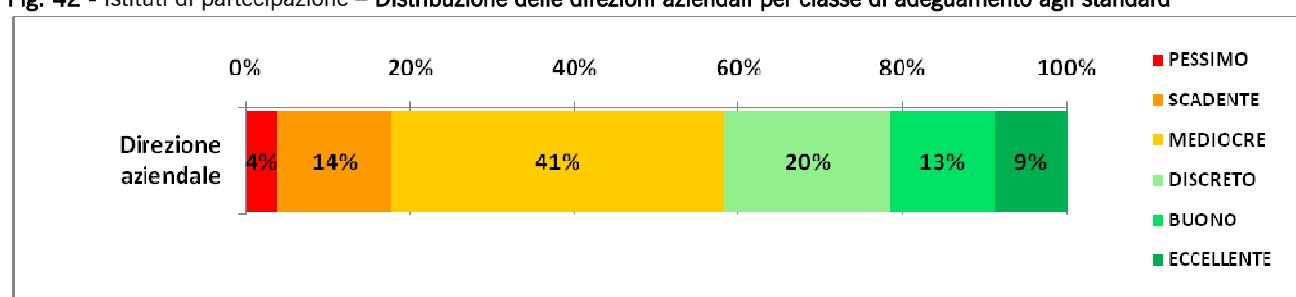
Fig. 41- Istituti di partecipazione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La variabilità dei comportamenti è alquanto elevata, ma il 61% delle aziende si colloca nelle fasce intermedie. Ciò porta a pensare che in questi casi manchi una strategia della partecipazione - che potrebbe caratterizzare invece le situazioni buone o eccellenti, ma che esista comunque una qualche attenzione al rapporto con i cittadini.

Fig. 42 - Istituti di partecipazione – Distribuzione delle direzioni aziendali per classe di adeguamento agli standard



N.B.: I valori percentuali si riferiscono a 79 direzioni aziendali

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

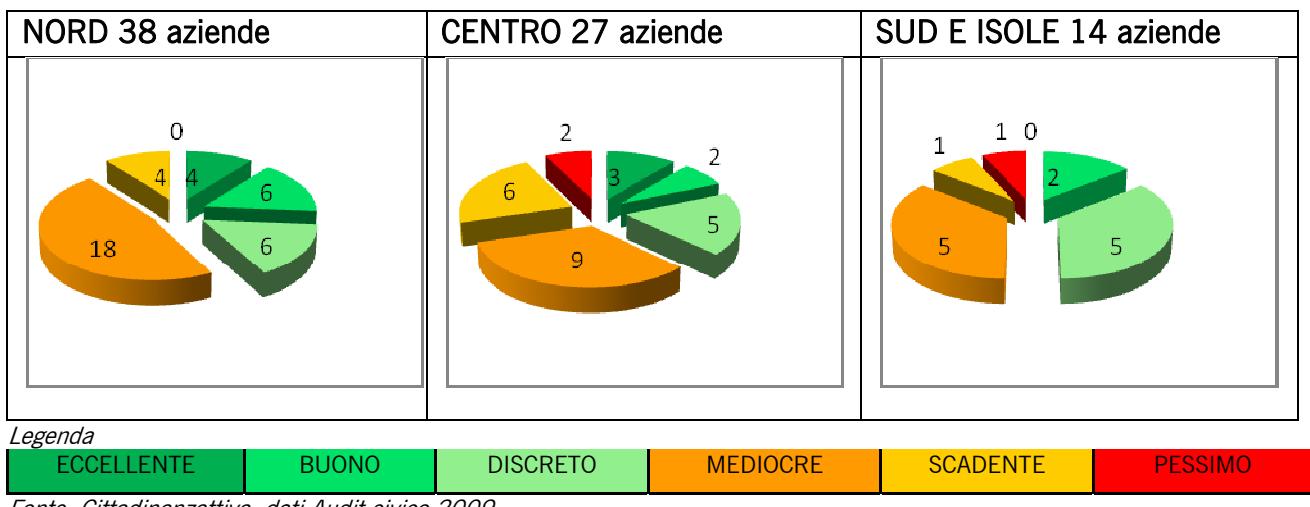
11.2. Variabilità territoriale

Se si esclude l'azienda di Trento, i valori sono appena discreti (FVG e Piemonte) o mediocri (Lazio).

Tab. 26 Istituti di partecipazione.	Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
	PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale	64	89	61	50

Lo scarto fra le ripartizioni in questo caso è meno marcato. Nel Sud la presenza di realtà pessime o scadenti è compensata dal fatto che metà delle aziende si colloca invece nelle fasce superiori mentre nel Nord e nel Centro ciò non avviene. La situazione meno favorevole sembra essere quella del Centro.

Fig. 43 – Istituti di partecipazione – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche



11.3. Standard condivisi e indicatori critici

L'istituto di partecipazione più diffuso è il Comitato etico, presente nel 95 % delle aziende.

Abbastanza frequenti anche le consultazioni sulle attività di programmazione e controllo previste dall'art.12 del d.lgs. 229 (71% delle aziende) e la stipula di protocolli di intesa con le organizzazioni civiche (73%).

Scende invece sotto la soglia critica l'attuazione degli istituti previsti dal DPCM 19/5/95 (conferenze dei servizi, controlli di qualità, commissioni miste conciliative) che prevedevano una presenza più attiva dei cittadini.

Tab.27 - Istituti di partecipazione – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Comitati consultivi misti	32
(L1) Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei servizi e presentazione dei risultati del controllo di qualità	41
(L1) Presenze di forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995) (con esclusione dell'Audit civico)	42
(L1) Presenza della Commissione mista conciliativa	44

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

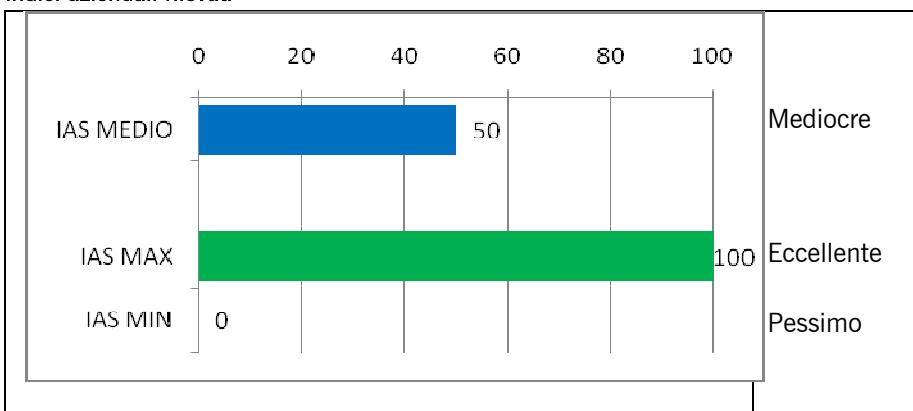
12. ALTRE FORME DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E INTERLOCUZIONE CITTADINI/AZIENDA

Questo fattore è stato indagato con 8 indicatori ricavati dall'analisi delle esperienze positive di rapporto non istituzionalizzato sperimentate dal Tribunale per i diritti del malato e da altre organizzazioni civiche.

12.1. Comportamento generale

L'indice medio è del tutto mediocre ma è ancora più rilevante il fatto che in questo caso la variabilità è totale. È possibile cioè trovare 2 aziende nelle quali la ricerca del dialogo con i cittadini e l'utilizzazione degli strumenti tipici dell'accountability sono pratiche sistematiche, e insieme 4 aziende in cui non viene dedicata alcuna attenzione a questi temi.

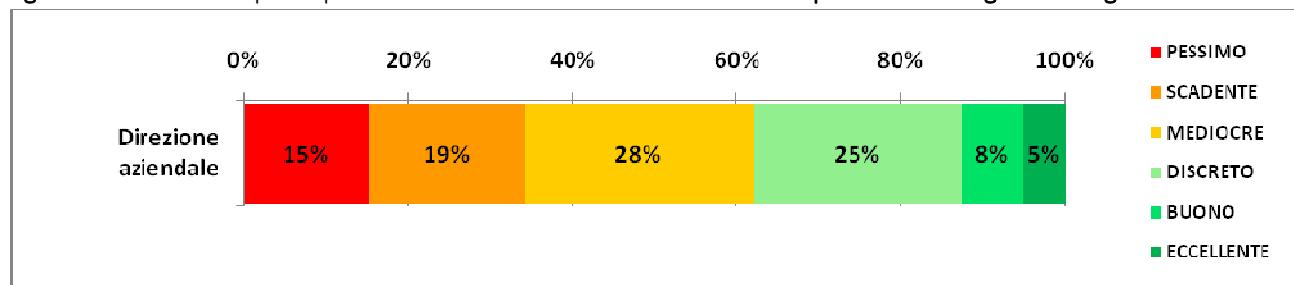
Fig. 44 - Altre forme di partecipazione - Indice medio di adeguamento agli standard. Valore massimo e valore minimo degli indici aziendali rilevati



Fonte - Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

L'analisi per classe di adeguamento agli standard conferma che la variabilità non è un dato occasionale dovuto a casi del tutto particolari ma è la vera caratteristica del sistema. Ogni direzione aziendale si sente libera di comportarsi come meglio crede e i comportamenti passano, senza grandi salti, da un livello pessimo ad un livello mediocre mentre solo 10 aziende presentano un adeguamento buono o eccellente.

Fig. 45 - Altre forme di partecipazione – Distribuzione delle direzioni aziendali per classe di adeguamento agli standard



N.B.: I valori percentuali si riferiscono a 79 direzioni aziendali

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

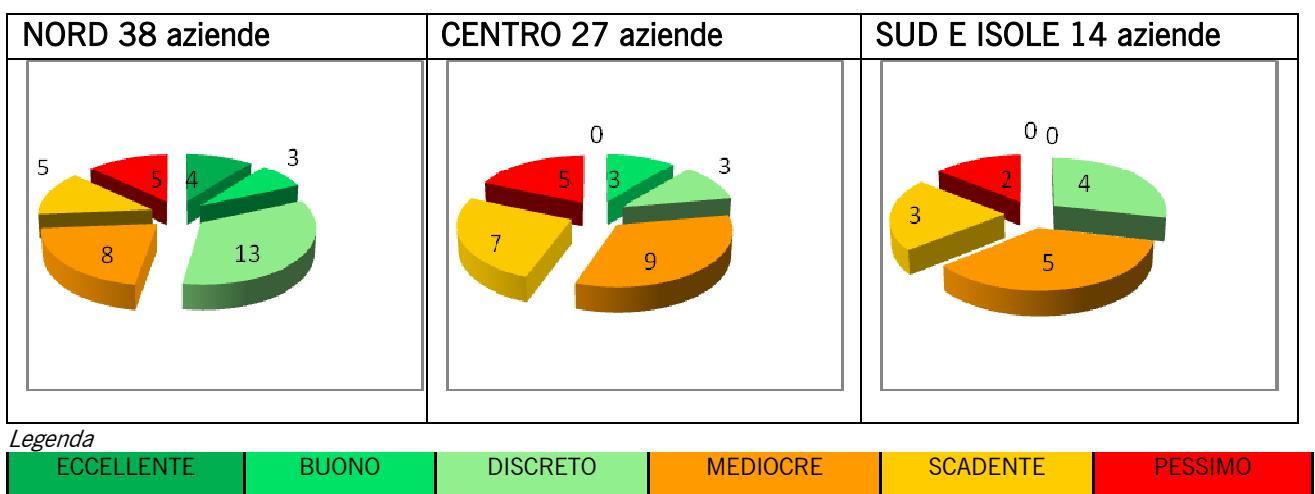
12.2. Variabilità territoriale

Anche la variabilità fra le regioni risulta più elevata del normale. L'unica defaillance peraltro rilevante dell'Azienda sanitaria del Trentino è il mancato inserimento, nei capitoli di appalto, della possibilità per gli utenti di partecipare al controllo della qualità delle forniture. Discreto il Piemonte, mediocre il Friuli Venezia Giulia, scadente il Lazio.

Tab. 28		Valori degli IAS per livello nelle applicazioni regionali Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009			
		PIEMONTE	TRENTINO	FVG	LAZIO
Direzione generale		61	84	47	40

Sensibili le differenze anche fra le ripartizioni geografiche. La percentuale di aziende con adeguamento pessimo è pressoché costante, però, nel Nord metà delle aziende si colloca ad un livello almeno discreto e quattro raggiungono l'eccellenza, nel resto d'Italia le situazioni positive sono molto più rare e non si raggiunge mai l'eccellenza.

Fig. 46 – Altre forme di partecipazione – Distribuzione delle aziende per classe di adeguamento nelle diverse ripartizioni geografiche



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

12.3. Standard condivisi e indicatori critici

Non esistono standard condivisi ma esistono prassi alquanto diffuse (circa il 70%) di incontri informali delle aziende con le organizzazioni civiche.

Resta nella fascia critica metà degli indicatori utilizzati, quelli relativi alle forme più intense di interlocuzione, come la possibilità, per gli utenti di partecipare al controllo della qualità delle forniture o di partecipare alla determinazione degli ordini del giorno degli organismi aziendali. Bisogna però ammettere che la percentuale di aziende che consegue standard così impegnativi non è trascurabile.

Tab.29 - Altre forme di partecipazione – Indicatori critici nelle aziende che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009

Direzione aziendale	Indice di Adeguamento agli Standard
(L1) Presenza di Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture	22
(L1) Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica	30
(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.	35
(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	46

Fonte Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

CINQUE DIRITTI PER IL TRENTENNALE DEL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

Per celebrare in forma non retorica il Trentennale di attività, il Tribunale per i diritti del malato ha deciso di concentrare la propria attenzione su cinque diritti proclamati nella Carta europea: il diritto all'accesso, il diritto all'informazione, il diritto al rispetto del tempo dei pazienti, il diritto alla sicurezza e il diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari.

I dati rilevati con l'Audit civico mettono a disposizione informazioni utili per valutare il livello di attuazione dei diversi diritti.

Diritto all'accesso

"Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio".

Nel corso dell'osservazione sono stati rilevati dati relativi alle modalità di accesso in 45 Aziende sanitarie locali, con la simulazione di prenotazioni per alcune prestazioni.

Modalità di prenotazione

La possibilità di prenotare per telefono è ormai una prassi consolidata e solo 4 aziende su 45 non concedono questa possibilità. È irrilevante invece la possibilità di prenotare via fax e via mail, mentre nella metà circa dei casi è possibile accedere al sistema tramite le farmacie.

Il Cup del distretto è quasi sempre integrato con un Centro aziendale e in varie regioni anche con un Cup di livello superiore (regionale, provinciale o interaziendale) nel quale, in caso di prenotazioni multiple, gli operatori collaborano con i cittadini per costruire i percorsi più agevoli.

Nonostante i progressi organizzativi descritti si devono registrare ancora sei casi di sospensione delle prenotazioni, nonostante il divieto di legge.

Tempi di attesa

I tempi di attesa rilevati riguardano le seguenti prestazioni:

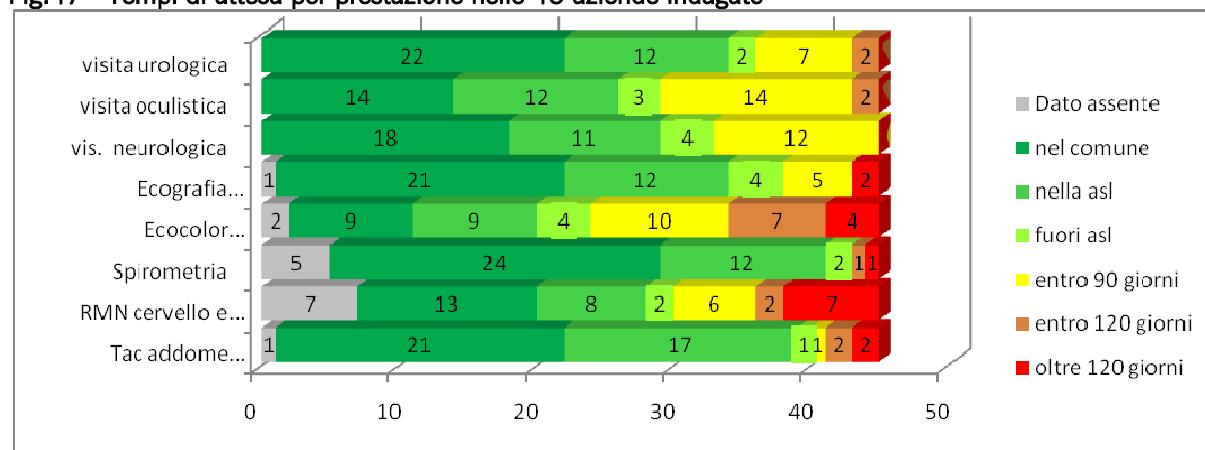
- Visita specialistica urologica;
- Visita specialistica oculistica;
- Visita specialistica neurologica;
- Ecografia ginecologica;
- Ecocolor doppler cardiaco;
- Spirometria;
- RMN cervello e tronco encefalico
- Tac addome completo.

Per ognuna di esse sono state fatte simulazioni di prenotazione finalizzate a verificare se attraverso i CUP era possibile accedere alle prestazioni entro i termini di legge (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per gli esami diagnostici) e il luogo effettivo in cui viene resa la prestazione. La località di riferimento era, convenzionalmente, il comune capoluogo della ASL. Nel grafico successivo sono riportati gli esiti classificati in sei categorie:

- prestazioni rese entro i termini di legge nel comune di riferimento;
- prestazioni rese entro i termini di legge, fuori del comune di riferimento ma interne al territorio della ASL;
- prestazioni rese entro i termini di legge ma fuori dal comune e fuori dal territorio della ASL;
- prestazioni rese oltre i termini di legge entro 90 giorni;
- prestazioni rese oltre i termini di legge entro 120 giorni;
- prestazioni rese oltre i termini di legge oltre 120 giorni.

I risultati sono riassunti nel grafico nel quale l'area verde comprende le prestazioni rese entro i termini di legge distinguendo i casi in cui ciò avviene nel comune capoluogo della ASL, fuori dal comune ma nel territorio dell'azienda o addirittura fuori dell'azienda.

Fig.47 - Tempi di attesa per prestazione nelle 45 aziende indagate



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La situazione complessiva è alquanto critica. Nella metà circa delle situazioni è impossibile accedere all'ecocolor doppler e, per questa prestazione, è possibile attendere anche 335 giorni. Problematica anche l'accessibilità della RMN dove la punta è di 220 giorni e per le visite specialistiche, in particolare l'oculistica.

Spesso accessibili entro i termini la Tac e la spirometria che però presenta una punta anomala di 210 giorni.

L'accesso sollecito alle prestazioni, in un numero non trascurabile di casi, comporta onerosi trasferimenti al di fuori del territorio della ASL.

Diritto alla informazione

"Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili".

Il diritto è integrato dalle seguenti raccomandazioni:

- I servizi sanitari, così come i fornitori e i professionisti devono assicurare una informazione ritagliata sul paziente, tenendo in particolare conto le sue specificità religiose, etniche o linguistiche.
- I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo.
- Un paziente ha il diritto di accedere direttamente alla sua cartella clinica e alla sua documentazione sanitaria, di fotocpiarle, di fare domande circa il loro contenuto e di ottenere la correzione di ogni errore esse potessero contenere.
- Un paziente ospedaliero ha il diritto a una informazione che sia continua e accurata. Ciò può essere garantito da un "tutor".
- Ogni individuo ha il diritto all'accesso diretto alle informazioni sulla ricerca scientifica, sull'assistenza farmaceutica e sulla innovazione tecnologica. Questa informazione può venire da fonti pubbliche o private, con la garanzia che essa risponda a criteri di accuratezza, attendibilità e trasparenza.

Un diritto a più facce

Le raccomandazioni esplicative delle Carta europea mettono in evidenza l'esistenza di almeno tre tipi di informazione rilevanti per il cittadino: quella **generale** sulla ricerca scientifica e sulla innovazione, che deve essere garantita da fonti pubbliche e private responsabili, quella **sanitaria** che deve accompagnare il percorso clinico, quella **logistico - organizzativa** che dovrebbe garantire al cittadino una adeguata conoscenza della dislocazione e del funzionamento dei servizi. L'Audit civico permette di valutare gli ultimi due tipi di informazione.

L'informazione logistico – organizzativa

Questo tipo di informazione è stato a lungo e ingiustamente considerato accessorio e a tutt'oggi viene gestita con criteri e attenzione ampiamente variabile da realtà a realtà e infatti i rilievi di debolezza generale del fattore si riferiscono prevalentemente a quest'area.

Si continua a trascurare, in sostanza, un dato di fatto rilevante e cioè che dover dipendere dalla buona volontà di un interlocutore occasionale per accedere a informazioni elementari crea comunque una condizione di subalternità dei cittadini e favorisce una cattiva utilizzazione dei servizi.

È facile individuare tre luoghi privilegiati dell'informazione logistica e organizzativa: le "bacheche" di reparto che dovrebbero contenere sempre informazioni aggiornate sui nominativi e sulla qualifica degli operatori, la segnaletica esterna e interna che dovrebbe guidare l'utente ai luoghi di cura, i distretti che dovrebbero distribuire l'informazione generale sui servizi disponibili e sulle modalità di fruizione.

Per quanto riguarda i primi due aspetti l'Audit civico segnala importanti progressi e non sono stati rilevati indicatori critici, **diversa la situazione dei distretti dove, invece, tutto gli indicatori raggiungono un valore critico.**

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di opuscoli informativi su:	% di presenze
• gestione e autorizzazione di ausilî	49
• modalità per richiedere l'assistenza domiciliare	47
• scelta e revoca del medico di medicina generale	50
• modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	49
• prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	40
• prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	40
• esenzioni per patologia e invalidità	47
• l'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)	38
• i diritti e le responsabilità dei pazienti	34
• libera scelta del luogo di cura/medico curante da parte dei cittadini e/o avvisi su iniziative per favorire l'esercizio di tale diritto	53

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Simili livelli di informazione sono decisamente bassi, generano numerosi sprechi di tempo per i cittadini e per gli stessi operatori e sono anche difficilmente giustificabili, se si tiene conto del fatto che potrebbero essere facilmente e decisamente migliorati con un solo tavolino e una serie di semplici volantini.

L'informazione sanitaria

Sono stati presi in considerazione a questo proposito:

- le procedure di dimissione dagli ospedali;
- i rapporti fra i medici curanti;
- la completezza dei moduli di consenso informato.

Per il primo aspetto è stata constatata una situazione positiva. I rapporti fra medici curanti, invece, sono ancora modesti (in un terzo degli ospedali mancano le procedure per garantire la condivisione dei dati clinici e in due terzi dei CSM/Ser.T. mancano quelle per favorire il raccordo con i medici di medicina generale).

Per quanto riguarda i **moduli per il consenso informato** è stata controllata la presenza delle 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.

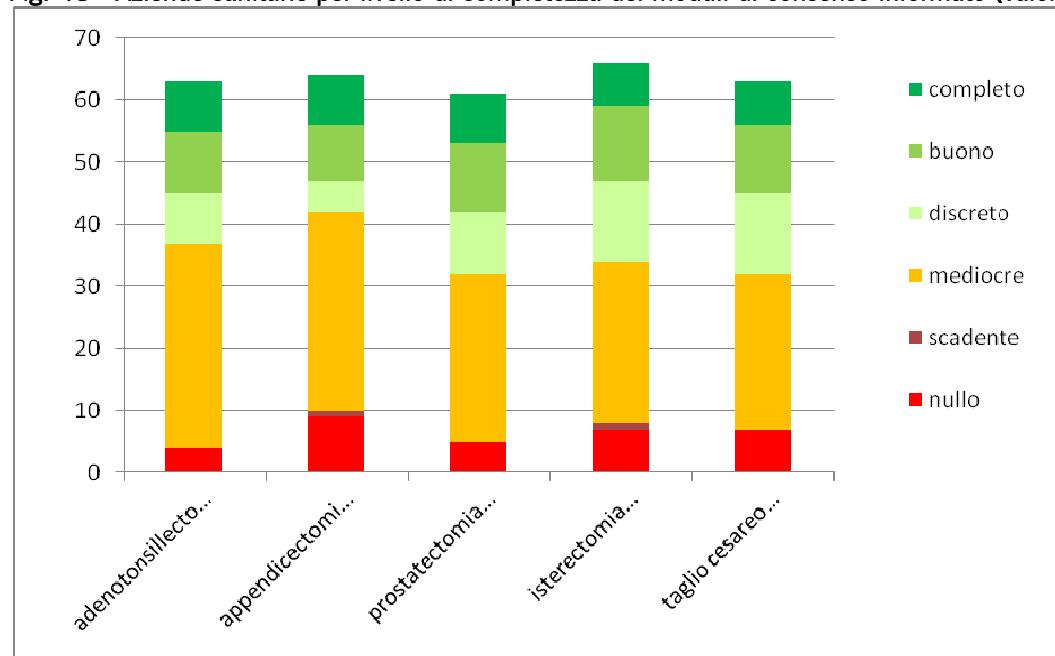
Ad ogni modulo esaminato è stato attribuito un punteggio corrispondente al numero di caratteristiche effettivamente rispettate. Gli interventi presi in considerazione sono stati:

- adenotonsillectomia;
- appendicectomia nel minore;
- prostatectomia radicale;
- isterectomia radicale;
- taglio cesareo programmato.

La situazione constatata è sintetizzata nel grafico seguente nel quale è facile constatare che:

- solo in un terzo circa dei casi, il livello di informazione è soddisfacente (completo o buono) indipendentemente dal tipo di intervento;
- almeno nel 50% dei casi, indipendentemente dal tipo di intervento, l'informazione è mediocre;
- la qualità dell'informazione fornita nel caso dell'intervento sul minore è alquanto inferiore a quella degli altri interventi.

Fig. 48 - Aziende sanitarie per livello di completezza dei moduli di consenso informato (valori assoluti)



Completo = 100% delle informazioni Buono = 80 – 90% Discreto=60 – 80% Mediocre=20 – 60% Scadente = 10 – 20% Nullo = 0

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Se poi si considera che, spesso, il modulo è semplicemente sottoposto alla firma del paziente senza l'accompagnamento di una spiegazione adeguata, è lecito concludere che una parte rilevante delle attività sanitarie è condotta senza una effettiva adesione dei pazienti. Le segnalazioni che pervengono al Tribunale per i diritti del malato confermano che ciò sta alla

base di una parte non piccola di eventi avversi.

Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

“Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento”.

Il tempo è una risorsa da non sprecare

Una violazione frequente del diritto al rispetto del tempo viene dalle prassi burocratiche che obbligano i cittadini a procedure inutilmente complicate per ottenere prestazioni e provvidenze dovute. Nel caso delle cronicità la replica sistematica e frequente di domande, verifiche ed autorizzazioni significa;

- non aiutare i malati a vivere il meglio possibile **con** la malattia ma costringerli, in un certo senso, a vivere **per** la malattia;
- sprecare risorse professionali e amministrative che potrebbero essere meglio impiegate per il controllo degli abusi.

Uno studio dell’Agenzia regionale della sanità del Friuli Venezia Giulia del aveva stimato che l’ammontare del tempo perso per visite inutili dai cittadini diabetici o ipertesi (e quindi in parte anche dai professionisti e dagli amministrativi) fosse pari a circa 100.000 ore ogni anno.

È un dato su cui conviene riflettere per impostare correttamente la necessaria lotta agli abusi e agli sprechi presenti in questo campo. **Complicare le procedure – rendendo più difficile la vita di soggetti deboli o comunque bisognosi di aiuto - e ridurre le soglie di accesso, infatti, potrebbe produrre effetti contrari e quelli desiderati anche sul piano economico.** Sembra decisamente più utile un serio regime di controlli sostenuto dalla partecipazione dei cittadini.

I percorsi a ostacoli dei malati cronici

La legge 80 aveva imposto l’obbligo per le aziende sanitarie di evitare la ripetizione di visite nel caso di cronicità accertate, ma non è ancora stata applicata adeguatamente. Il Tribunale per i diritti del malato ha condotto specifiche campagne per sostenere una celere attuazione delle norme ma il tasso di evasione resta elevato.

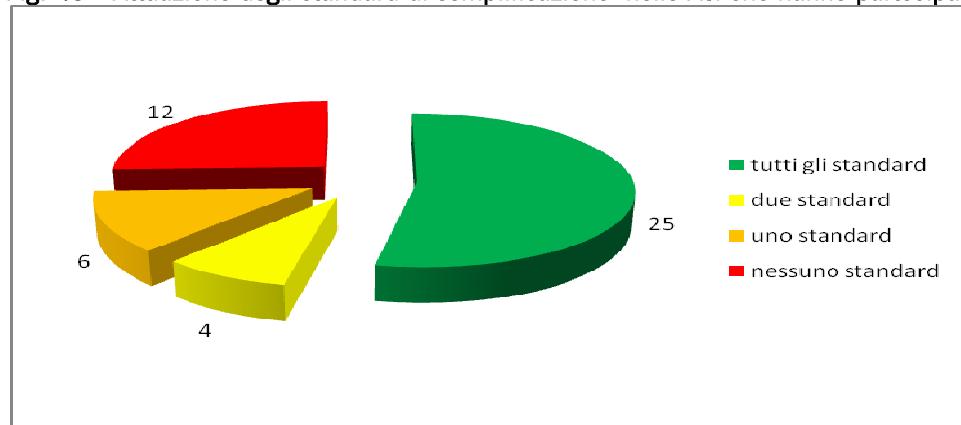
L’Audit civico ha permesso di rilevare in 47 aziende sanitarie la situazione in atto relativa a tre standard:

- l’esistenza di procedure per semplificare l’accesso all’esenzione per patologia;
- l’esistenza di procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia;
- l’esistenza di procedure per semplificare l’accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi.

La diffusione è discreta ma, nonostante la legge, ancora parziale. Le procedure di semplificazione dell’accesso alle esenzioni o agli ausili sono presenti in meno dell’80% delle aziende . Per motivi difficilmente comprensibili, nel caso del rinnovo l’applicazione è ancora più ridotta (68% pari a ben 15 aziende).

Esaminando più analiticamente la situazione si rileva che esiste un gruppo di 25 aziende virtuose che garantiscono il rispetto di tutti gli standard e all'opposto 12 aziende che non hanno attuato nessuna procedura di semplificazione.

Fig. 49 - Attuazione degli standard di semplificazione nelle Asl che hanno partecipato all'Audit civico nel 2009



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

Il tasso di variabilità è decisamente troppo elevato. È difficile comprendere infatti perché la qualità della vita di un malato cronico debba dipendere in misura rilevante semplicemente dall'abitare in un posto piuttosto che in un altro.

Diritto alla sicurezza

“Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza”.

Il diritto è integrato dalle seguenti raccomandazioni.

- Al fine di garantire questo diritto, gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio ed assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati in modo appropriato.
- Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico.
- I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua.
- I membri di staff sanitari che riferiscono la esistenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

Negli ultimi anni la mobilitazione di risorse scientifiche, professionali, istituzionali e organizzative per la promozione della sicurezza è stata rilevante ed ha prodotto risultati importanti, al punto che essa può essere considerata un punto di forza del sistema sanitario.

Tutti gli esperti, però, convengono sul fatto che quando la posta in gioco è la sicurezza dei pazienti il rispetto degli standard dovrebbe essere totale. In quest'ottica il cammino da fare resta considerevole. Per offrire un contributo al conseguimento di questo risultato è bene concentrare l'attenzione su alcune lacune, anche quando la loro dimensione è piccola. Si è scelto quindi di approfondire tre temi: l'accoglimento di sei raccomandazioni del Ministero della Salute, lo scarto dal completo conseguimento degli standard di alcuni indicatori,. i

comportamenti degli ospedali con i peggiori livelli di adeguamento.

Le raccomandazioni ministeriali

Nel corso della rilevazione è stato verificata l'esistenza di misure per l'implementazione di sette Raccomandazioni ministeriali rivolte a:

- prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari;
- prevenire del decesso materno durante il parto.
- prevenire la morte, il coma o altri danni gravi derivati da errori in terapia farmacologica;
- prevenire la reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
- garantire la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- utilizzare correttamente le soluzioni concentrate di potassio (KCL ed altre);

Le prime due hanno avuto un'accoglienza modesta o appena discreta (59% e 73% delle aziende rispettivamente). Negli altri casi l'adesione è stata rilevante dall'80% (errori nella terapia farmacologica) al 96% degli ospedali (ritenzione di garze e strumenti nel sito chirurgico).

Si può dire quindi che l'esercizio di una funzione di guida da parte del Ministero ha avuto un'accoglienza favorevole e convinta.

Restano da spiegare le mancate adesione. Se si considera che gli argomenti trattati sono tutti della massima rilevanza per la vita e per la salute, i cittadini avrebbero il diritto di sapere se esse sono sorrette da buoni motivi o se sono, invece, segnali di trascuratezza.

Scarti da superare

In un panorama generalmente positivo, alcuni standard presentano livelli d'attuazione alquanto inferiori alla media o comunque minori di quanto ci si dovrebbe attendere considerando la particolare natura dell'indicatore.

Il 20% delle aziende non ha adottato procedure per la segnalazione di eventi avversi con assistenza immediata al paziente e alla famiglia

Colpiscono in particolare modo i **ritardi nell'adozione di tre procedure particolarmente rilevanti che non richiedono particolari competenze tecniche e che potrebbero essere considerate atti dovuti nei confronti dei pazienti**. Nel 34% degli ospedali mancano le linee guida scritte contenenti l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita, un terzo non dispone di procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti e nel 10% sono ancora assenti linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

Incompleto anche l'adozione delle procedure per la gestione dei cateteri, con una punta del 34% di assenza delle indicazioni formalizzate per la gestione delle barriere sterili.

Una considerazione particolare merita il fatto che nell'84% degli ospedali sia stata adottata una 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 stesso. Se all'adozione facesse certamente seguito l'applicazione si dovrebbe parlare di un grande successo. L'esperienza e i dati raccolti a proposito dello stato dell'informazione e della comunicazione, però, invitano a considerare con prudenza l'impatto di un provvedimento che merita comunque un apprezzamento.

Gli ospedali problematici

Diciassette ospedali (fra cui alcuni di non secondaria importanza) su 138 presentano Indici di adeguamento che non superano la mediocrità e una realtà risulta addirittura scadente.

In questa fascia, si concentra buona parte dei casi di mancato recepimento delle raccomandazioni ministeriali, in particolare:

- tutti e sei gli ospedali che non hanno accolta la raccomandazione relativa alla ritenzione di garze e oggetti nel sito chirurgico;
- la metà degli ospedali che non hanno adottato le altre cinque raccomandazioni.

Da notare anche che in tre realtà non il recepimento delle raccomandazioni ministeriali è stato nullo.

Come era logico attendersi si ritrovano in quest'area altre situazioni che contribuiscono in tutto o in buona parte ad impedire il pieno conseguimento degli standard di sicurezza:

- la metà delle poche unità operative (4%) ancora sprovviste di defibrillatore e carrello di emergenza;
- i cinque ospedali che non hanno prodotto un documento sul corretto uso dei disinfettanti,
- nove dei 14 ospedali che non hanno linee guida per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito;
- quattro dei nove ospedali sprovvisti di un programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere;
- oltre la metà delle situazioni di assenza di protocolli per il cateterismo unitario e per il posizionamento dei cateteri venosi centrali (11% rispettivamente).

In sostanza esiste un'area di proporzioni non trascurabili (14% del totale) in cui varie attività importanti si svolgono senza indicazioni e con pochi controlli e la sicurezza è affidata alla buona volontà e alla competenza dei singoli operatori.

Considerazione finale

I rilievi critici illustrati sopra non impediscono di riconoscere i grandi progressi avvenuti in questo campo e di considerare la sicurezza come un punto di forza del sistema sanitario italiano. Per una più completa attuazione del diritto, però, è necessario migliorare ulteriormente i livello di adeguamento agli standard con il sostegno di una adeguata guida nazionale e regionale.

Le probabilità di incontrare strutture non sufficientemente governate, se si considerano le dimensioni dell'area critica, inoltre, restano troppo elevate e devono essere rapidamente ridotte. Del resto è difficile comprendere perché, in un contesto di generale impegno, possano rimanere non sanzionate le situazioni di ritardo che è difficile non imputare a disattenzione o trascuratezza.

Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

"Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia. I servizi sanitari devono impegnarsi ad assumere tutte le misure utili a questo fine, come ad esempio fornendo cure palliative e semplificando l'accesso di pazienti a esse".

Miglioramenti e incertezze

Il rispetto del diritto ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari è decisamente aumentato nel corso degli ultimi anni. Azioni e strutture che, fino a poco tempo fa, venivano annoverate fra le "buone pratiche" sono oggi ampiamente diffuse.

Per esempio, se si conteggia quanti standard vengono effettivamente praticati da almeno due terzi delle aziende e degli ospedali indagati si ottiene un risultato confortante: più delle metà degli standard considerati (per l'esattezza 13 su 21) raggiunge o supera questo livello di diffusione.

In particolare la dotazione di strutture per il controllo del dolore nelle aziende sanitarie locali ha raggiunto livelli importanti.

Strutture per le cure palliative presenti nelle Aziende sanitarie locali. Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009	% di presenze
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari	85
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio	73
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital	65
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)	71

Altri segnali positivi vengono:

- dalla diffusione delle linee guida per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale (88% delle aziende);
- dalla disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio) nel 94% degli ospedali;
- dalla presenza di 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 (83% degli ospedali).

In questo contesto di evoluzione positiva permangono due aree di incertezza. La prima riguarda l'**effettiva corrispondenza fra quello che viene detto nei provvedimenti e quello che avviene nelle corsie**. Per esempio è alquanto curioso che il 69% delle direzioni aziendali

dichiari di avere prodotto linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso e che solo nel 51% degli ospedali, invece, esistano procedure scritte sullo stesso argomento. Anche la diffusione nel 63% degli ospedali, delle azioni volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni potrebbe essere non del tutto soddisfacente.

Il secondo, e più importante, motivo di incertezza è la presenza, anche in questo campo, di una situazione “a macchia di leopardo” che affianca strutture eccellenti a situazioni pessime, senza che i cittadini riescano ad esercitare un qualche controllo o, almeno, ad avere informazioni adeguate.

I “luoghi del dolore”

In ben 15 Direzioni aziendali e in ben 18 ospedali sono stati riscontrati valori scadenti o pessimi degli indici di adeguamento agli standard. In quattro direzioni aziendali e in quattro ospedali il valore è addirittura nullo in quanto nessuno standard viene rispettato.

Come per la sicurezza dei pazienti, la concentrazione delle situazioni di inadeguatezza presenti in questa area incide fortemente sugli indici generali del sistema.

Per quanto riguarda l’operato delle direzioni aziendali, si constata una bassissima presenza di strutture per le cure palliative, nelle 15 aziende interessate sono presenti in tutto:

- una struttura per le cure domiciliari;
- una struttura per le cure ambulatorioli;
- una struttura per il ricovero in regime ospedaliero;
- due hospice.

L’intera carenza di strutture domiciliari e il 50% circa di quella relativa alle altre strutture, quindi, fa capo a quest’area. Anche l’adozione delle linee guida e dei protocolli di riferimento si colloca a livelli molto bassi.

Nel caso dei 18 ospedali la formazione è praticamente assente: una sola iniziativa di carattere generale sulla terapia del dolore e nessuna azione per la formazione di valutatori/ricognitori nelle unità operative. In 13 presidi non sono state adottate le linee guida per il controllo del dolore e questo copre l’80% delle mancate adozioni in tutto il sistema.

Considerazione finale

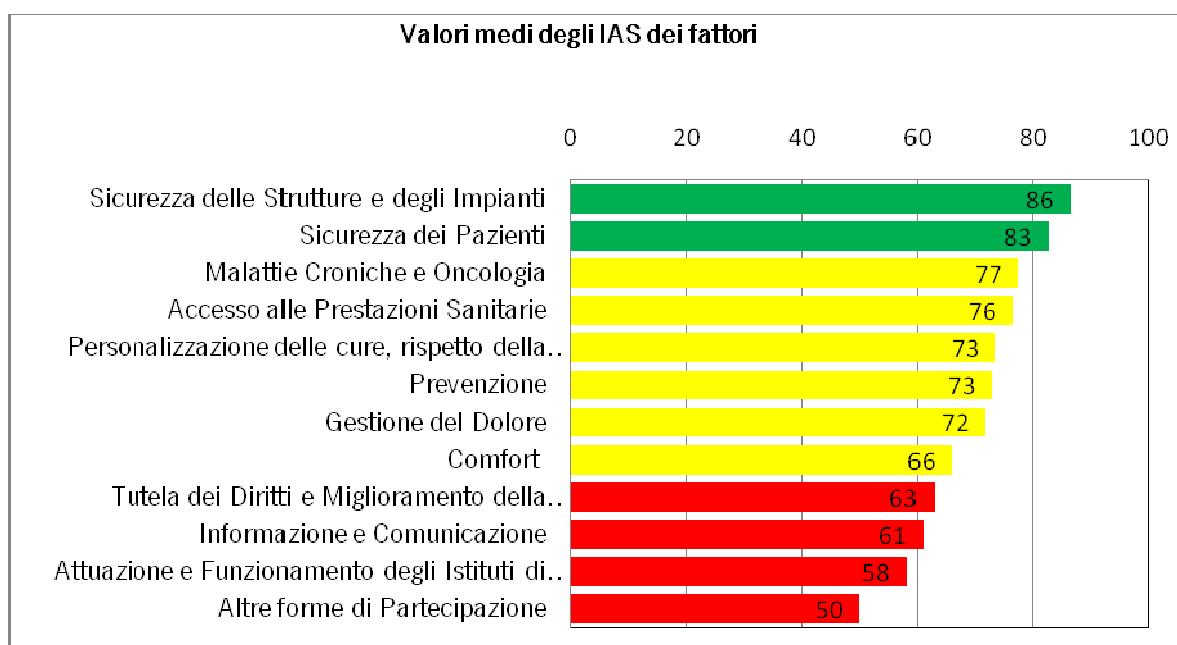
L’area dei “luoghi del dolore” è ancora troppo consistente ma non supera il 13% degli ospedali indagati. Probabilmente più che a ulteriori misure di ordine generale conviene pensare ad interventi puntuali di verifica, di sostegno e, quando dovuto, di severa sanzione.

PUNTI DI FORZA, FATTORI IN MOVIMENTO E AREE CRITICHE

La comparazione fra gli IAS medi dei diversi fattori è una operazione da effettuare con prudenza in quanto l'articolazione e la quantità degli indicatori considerati variano sensibilmente. Basta pensare, per esempio, che il comfort è studiato con 63 indicatori applicati nelle strutture di erogazione dei servizi, dove avviene il contatto con i cittadini (e quindi escludendo la direzione aziendale) e che le azioni di sostegno per i malati cronici oncologici sono stati analizzati con 12 indicatori applicati all'attività delle direzioni aziendali.

Fatta questa precisazione, la comparazione fra gli IAS medi dei diversi fattori aiuta a individuare **tre gruppi** ben distinti. Il **primo** caratterizzato da un **IAS superiore a 80** comprende la sicurezza dei pazienti e la sicurezza delle strutture e degli impianti. Un **secondo** gruppo è costituito dai fattori con valori di IAS **compresi fra 70 e 80**, quindi discreti, e comprende: le malattie croniche e l'oncologia, l'accesso alle prestazioni, la personalizzazione delle cure la prevenzione e la gestione del dolore, ai quali si può aggiungere il comfort. Il **terzo**, con **IAS variabile fra 50 e 63**, raccoglie quattro fattori: la tutela dei diritti e il miglioramento della qualità, l'informazione e la comunicazione, e la partecipazione dei cittadini considerata sia nei suoi aspetti istituzionali che nelle forme meno codificate.

Fig. 50 – Valori medi degli IAS dei fattori



Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit civico 2009

La sicurezza è un discreto punto di forza

Le politiche della sicurezza possono essere considerate un punto di forza del sistema a condizione di non dimenticare che la particolare natura dei fattori richiede un rispetto quasi assoluto degli standard e che in un numero ancora troppo elevato di realtà manca ancora un accettabile regime di governo dei rischi.

La situazione generale comunque è in netto progresso rispetto a quella constatata dalla prima campagna "Ospedale sicuro" del 1998 e ciò non dipende soltanto dal fatto che il livello elevato di cogenza delle norme di sicurezza e la rilevanza, spesso, penale degli eventi avversi

impone a tutti i dirigenti una grande attenzione. Il raggiungimento di livelli elevati di attuazione degli standard, infatti, è stato sostenuto, sia per le strutture e gli impianti che per il rischio clinico, alla combinazione di tre elementi: la presenza di una **forte politica nazionale** che ha favorito la definizione e la condivisione di un elevato numero di standard e di criteri di riferimento, la **riforma delle culture professionali**, la **mobilitazione dei cittadini**.

Per la **sicurezza delle strutture e degli impianti** l'attuazione della legge 626/94 e poi della legge 81/08 è stata una guida decisiva. I modelli organizzativi e i regimi di responsabilità stabiliti dalla legge stessa ha favorito la costituzione di un patrimonio diffuso di competenze che può legittimamente essere considerato un punto di forza del sistema¹⁸. I cittadini si sono impegnati in un'opera costante di sorveglianza che ha trovato la sua espressione più visibile nella campagna "Ospedale sicuro" che dal 1998 al 2004 ha verificato annualmente lo stato degli ospedali. In una situazione generalmente positiva, **la persistenza di omissioni diventa ancora meno accettabile e dovrebbe causare provvedimenti rilevanti e solleciti**, se non altro per prevenire il ripetersi di eventi mortali come quelli avvenuti a Castellaneta nel 2008.

Per quanto riguarda **la sicurezza dei pazienti**, l'assenza legge generale paragonabile alla 626, è stata compensata una forte politica nazionale, fondata su un sistematico confronto fra i diversi soggetti istituzionali e professionali, e sostanziata con la pubblicazione di checklist¹⁹, di guide²⁰ e linee guida²¹. Il contributo della cittadinanza attiva è stato rilevante, con la promozione e la diffusione della Carta della sicurezza nella pratica medica e assistenziale, con la Carta della qualità in chirurgia²². L'evoluzione delle culture professionali e il loro contributo alla costruzione dei presupposti per l'instaurazione di un reale regime di governo dei rischi sono stati rilevanti. Perché il percorso si completi, però **è necessario che tale cultura arrivi sempre fino "al letto del malato"** superando le ancora troppo frequenti situazioni di arretratezza e di inadempienza nelle quali si verificano gli episodi di "malasanità" che alimentano le cronache e, soprattutto, causano morti evitabili o gravi lesioni dell'integrità fisica.

Fattori in movimento

Anche nel secondo gruppo di fattori si constata un sensibile miglioramento rispetto alle situazioni constatate nelle prime applicazioni dell'Audit civico, che peraltro riguardavano gruppi selezionati di aziende superiori alla media. La condivisione degli standard, però, è meno marcata e, soprattutto aumenta il divario fra le diverse realtà. Si potrebbe dire, senza particolari forzature, che in quest'area si manifesta concretamente la frammentazione del servizio sanitario. Tentare di individuare alcune questioni nodali può essere un contributo per facilitare gli ulteriori necessari progressi.

18 È doveroso ricordare a questo proposito l'impegno intelligente ed appassionato della prima generazione di responsabili dei servizi di prevenzione e protezione constatato quasi ovunque dai monitori civici che animavano la campagna Ospedale sicuro.

19 Per la chek list della chirurgia vedi

<http://www.salute.gov.it/detttaglio/principaleFocusNuovo.jsp?id=18&area=checklist>

20 Vedi le guide per un'assistenza sanitaria più sicura in Uniti per la sicurezza.

<http://www.salute.gov.it/speciali/piSpecialiNuova.jsp?id=83>

21 Cfr, per esempio il manuale per la formazione degli operatori al rischio clinico e alla sicurezza .
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf

22 <http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/carta-della-qualita-in-chirurgia.html>

Per la **gestione del dolore**, probabilmente, occorre semplicemente pensare a **sanzioni importanti nei confronti dei responsabili dei “luoghi del dolore”**. Le prassi da adottare, infatti, sono ormai definite e consolidate. Le campagne “Ospedale senza dolore” del Ministero della salute e “Aboliamo i dolori forzati” del Tribunale per i diritti del malato hanno dimostrato che è possibile a mobilitare positivamente gli operatori e favorire la diffusione di buone prassi. Si stenta quindi a immaginare serie motivazioni per i ritardi.

Per le **malattie croniche e l'oncologia**, il problema più importante sembra ancora quello di portare l'attenzione pubblica ad un livello adeguato alle dimensioni del problema. Quest'area infatti è decisiva per il controllo della spesa sanitaria²³ e insieme per il mantenimento dell'universalità del sistema. Il rapporto annuale del Coordinamento delle associazioni dei malati cronici conferma la permanenza di seri problemi di accesso e di sostenibilità. Lo stesso rapporto, però rileva che si stanno moltiplicando **le iniziative che associano il miglioramento dell'appropriatezza delle cure e della tutela dei diritti a programmi di empowerment dei malati e delle famiglie**. Con i cittadini è anche possibile pensare ad un rafforzamento del sistema dei controlli volto a contrastare abusi e sprechi.

Nel caso **dell'accesso alle prestazioni** I ripetuti interventi del Ministero e delle Regioni per la riduzione delle liste di attesa hanno certamente favorito una migliore organizzazione generalizzata del sistema delle prenotazioni. I Centri unificati di prenotazione gestiscono, finalmente, il 92% delle agende delle prestazioni ospedaliere e sempre più gli utenti riescono a costruire ragionevoli percorsi di svolgimento degli esami e delle visite, per via telefonica, con la collaborazione competente degli operatori. L'assenza di accessi telefonici ai Cup dovrebbe essere considerata deve essere considerata inaccettabile - come su un altro versante meno vistoso ma altrettanto importante la permanenza di barriere architettoniche – e dovrebbe essere sanzionata. **La gestione delle liste di attesa però resta un fatto critico e il sistema delle cure primarie è ancora troppo lontano da quello prefigurato nei convegni e nei discorsi ufficiali.**

La **personalizzazione delle cure**, se si esclude la legge sulla privacy, fa capo, più che a politiche nazionali, a cambiamenti culturali che hanno elevato l'attenzione generale verso l'umanizzazione con effetti importanti-Sono di grande rilievo la formalizzazione e nella l'adozione pressoché generalizzata di procedure di dimissioni più attente e il superamento degli atteggiamenti che ostacolavano la partecipazione dei parenti all'assistenza dei bambini e dei malati gravi. **Spiace dovere sottolineare la particolare arretratezza delle aziende del Sud alle quali fa capo la gran parte delle omissioni che riducono il livello degli indici generali.**

Anche **il comfort** è sensibilmente migliorato e parte prosegue il processo di adeguamento delle strutture e della organizzazione che nel corso di vent'anni ha radicalmente trasformato gli ospedali italiani. :Le stanze con più di 4 posti letto sono meno del 10%, quella prive di servizi igienici il 20%, nell'83% degli ospedali è disponibile un Bancomat, solo poche realtà insistono nel mantenere ambulatori sprovvisti di spazi di attesa o nel non fornire ai degenti gli accessori per la consumazione dei pasti. Per contro in oltre metà degli ospedali visitati sono stati rilevati segni di faticenza, trascuratezza e disattenzione. Si rilevano **difficoltà a garantire un buon livello di manutenzione**: nel 40% dei casi sono stati riscontrate richieste di intervento non soddisfatte dopo 15 giorni.

23 Secondo alcune stime le cronicità sono responsabili del 70% della spesa totale. Ammettendo che questo dato sia eccessivo resta il fatto che l'ammontare complessivo è di grande rilevanza.

Nelle versioni precedenti dell'Audit civico il fattore della **prevenzione** non era presente e quindi non è possibile fare confronti. Gli interventi nazionali e regionali in questo campo sono stati numerosi e, spesso, decisivi - dal programma PASSI dell'Istituto di sanità al contrasto al fumo, dalla diffusione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori agli interventi sulla riezione scolastica ed altro ancora – e forse era lecito attendersi un livello più elevato di attuazione.

I rapporti con i cittadini restano un'area critica

Nell'area critica si concentrano quattro fattori cruciali per il governo dei rapporti che si instaurano fra le aziende sanitarie e i cittadini e cioè: tutela dei diritti e miglioramento della qualità, informazione e comunicazione, attuazione degli istituti di partecipazione e presenza di altre forme di partecipazione.

Il Dpcm del 19 maggio 1995, in realtà, aveva affrontato positivamente questo problema, indicando **una politica nazionale volta a coniugare tutela, qualità e partecipazione** che però è stata attuata solo molto parzialmente. Le Carte dei servizi e gli Uffici per le relazioni con il pubblico, con ritardi e difficoltà²⁴, sono divenute strutture stabili del servizio sanitario.: L'asse portante però doveva essere il coinvolgimento dei cittadini nella determinazione degli standard, la verifica annuale del rispetto degli standard stessi e l'istituzione delle commissioni miste conciliative, azioni praticate da 25, 24 e 23 aziende rispettivamente. Il risultato mette in evidenza una discreta presenza di direzione aziendale attente al tema ma dimostra anche che le intenzioni del decreto non sono state sostenute da una politica adeguata e che probabilmente le procedure previste erano troppo farraginose.

L'assetto federale del servizio sanitario, varato nel 1999, non ha dato contributi rilevanti a questo proposito e ha portato l'attenzione su altre forme di partecipazione come i Comitati consultivi misti e le Conferenze di partecipazione. Continua però **a mancare una politica generale della partecipazione** che - riprenda le finalità del decreto del '95 – **interpreti concretamente la cittadinanza (la cittadinanza attiva in particolare) come risorsa**. L'esperienza dell'Audit civico può dare utili indicazioni a questo proposito, come si vedrà meglio nel capitolo sugli effetti.

Per quanto riguarda le **politiche della qualità**, alcune regioni si sono dotate, autonomamente, di programmi sistematici e di alto livello tecnico, altre sono invece del tutto latitanti. I diversi sistemi, una comunque, stentano a comunicare fra di loro e l'esito complessivo è ancora lontano dagli obiettivi desiderati. Le indagini sul grado di soddisfazione relativo ai servizi territoriali, per esempio, sono quasi inesistenti. In un terzo circa delle aziende esse non vengono realizzate nemmeno nel livello dell'assistenza ospedaliera e dell'operato generale delle aziende. Non sempre le metodologie utilizzate garantiscono il necessario rigore e quasi mai sono possibili comparazioni fra diverse realtà, se si escludono le pochissime regioni che hanno un approccio strategico alla qualità percepita. Anche in questo caso **un maggiore coinvolgimento dei cittadini nella progettazione, nell'attuazione e nella valutazione finale** potrebbe favorire la diffusione delle azioni e soprattutto il livello di incidenza sulle politiche aziendali.

²⁴ Basti pensare che solo nel 2007 la regione Puglia ha imposto la costituzione degli Urp nelle aziende sanitarie utilizzando l'Audit civico come programma di accompagnamento e che una delle finalità del programma regionale di Audit civico dell'Umbria è la costruzione delle Carte dei servizi.

L'informazione e la comunicazione sono certamente migliorate rispetto ai primi cicli di applicazione dell'Audit civico. Il panorama generale però è ancora precario: in ben 34 aziende l'indice si attesta su valori modesti e in 9 è addirittura scadente, l'informatizzazione delle cartelle cliniche e la comunicazione internet con gli utenti sono praticate solo nel 10% delle aziende.

Il punto generalmente debole è dato dallo stato dell'informazione nei distretti. In 53 distretti su 120 il giudizio è scadente (40) o pessimo (13). Un terzo scarso dei distretti fornisce ai medici di famiglia e ai pediatri opuscoli sull'ADI da mettere a disposizione nei propri studi: In una metà scarsa sono a disposizione del pubblico strumenti informativi sull'organizzazione delle prestazioni (accesso all'ADI, gestione e autorizzazione di ausili, revoca e scelta del medico, diritto di libera scelta, cure all'estero, esenzioni per patologia e invalidità, prestazioni gratuite dei medici di famiglia e dei pediatri).

Nei distretti, come si è visto, sono bassi anche gli indici della qualità e della tutela. Se a questo si aggiunge che anche l'organizzazione dei medici di famiglia e dei pediatri è alquanto critica – solo il 37% dei professionisti pratica la medicina di gruppo e la connessione degli studi con i CUP è estremamente ridotta (13%) - **l'ipotesi di imperniare sui distretti e sulla medicina di base le strutture portanti dello nuovo sistema delle cure primarie potrebbe essere messa in discussione.**

Le criticità segnalate sono superabili e quindi non ostative alla realizzazione di questa ipotesi di lavoro ampiamente condivisibile. È evidente però la necessità di progettare ed attuare politiche di accompagnamento adeguate nelle quali la partecipazione civica può svolgere un ruolo strategico.

Varie indagini del Tribunale per i diritti del malato hanno messo in evidenza che le carenze informative sono causa di sottoutilizzazione o di utilizzazione impropria delle prestazioni da parte degli utenti. Se si assume questa constatazione per individuare le azioni corrrettive l'esperienza della definizione partecipata dei **Livelli essenziali di informazione e comunicazione** condotta dalla ASL di Nuoro potrebbe essere particolarmente interessante. Si potrebbe convenire in questo modo su varie questioni aperte da quella – solo apparentemente banale – della carenza di elementari opuscoli informativi ai problemi più sofisticato come la gestione dello scambio di informazioni fra i malati, i familiari e i diversi operatori nelle Assistenze domiciliari integrate.

GLI EFFETTI DELL'AUDIT CIVICO

PREMESSA

La pratica sistematica della valutazione civica della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari è iniziata nel 1998 con la prima campagna "Ospedale sicuro". Nel corso di più di un decennio l'interazione con i processi di governance è stata costante ed ha avuto una particolare intensità in quattro ambiti operativi: lo sviluppo della partecipazione civica, l'aggiornamento dei modelli cognitivi degli operatori e dei cittadini, l'interazione con le politiche sanitarie in ambito regionale, la definizione e l'attuazione di processi di miglioramento.

Per sostenere con dati obiettivi la considerazione dell'impatto dell'Audit civico in questi ambiti sono state utilizzate le seguenti fonti di informazione:

- l'indagine sulle azioni di miglioramento messe in atto in seguito alla realizzazione dell'aggiornamento della 2003;
- una indagine ad hoc su 15 realtà particolarmente significative²⁵ mediante la convocazione di un focus group in data 25 giugno 2009 e la somministrazione di un questionario;
- la ricognizione sui siti internet delle aziende, delle amministrazioni regionali e di alcune associazioni professionali;
- un focus sulla reattività e sulla proattività delle aziende sanitarie di Roma che hanno partecipato all'Audit civico;
- il dossier redatto dall'Agenzia socio sanitaria dell'Emilia Romagna, con la collaborazione di Cittadinanzattiva, sulla esperienza regionale dell'Audit civico²⁶

UNO STRUMENTO AL SERVIZIO DELLA PARTECIPAZIONE CIVICA

I dati sul coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali hanno messo in evidenza una situazione non soddisfacente delle politiche della partecipazione. La legislazione ha proposto numerosi spazi di incontro fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, che si, però, sono rivelati di non facile attuazione per motivi di varia natura. In generale manca un definizione precisa degli argomenti che dovrebbero essere trattati e del valore formale delle pareri formulati. L'interpretazione regionale e locale è spesso formalistica, molto concentrata sulle procedure – sovente farraginose - e su questioni di rappresentatività più che di contenuto. Avviene anche, con discreta frequenza, che i processi partecipativi non vadano a buon fine non tanto per la mancanza di una buona volontà politica quanto per il fatto che questa non è sorretta da una adeguata progettazione tecnica e operativa. L'esperienza maturata con l'applicazione sistematica dell'Audit civico propone modelli operativi che – senza coprire l'insieme delle questioni aperte – si sono rivelati efficaci e replicabili.

In primo luogo, l'Audit civico è uno strumento di partecipazione in sé che apre nuovi canali di rapporto fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come dimostra il successo delle azioni di reclutamento. I bandi pubblici regionali che invitavano i cittadini a partecipare alla

²⁵ La restituzione dei questionari è ancora incompleta ma le informazioni sono interessanti e congruenti con quelle delle altre rilevazioni.

²⁶ Assr Emilia Romagna – Dossier n. 180 – La sperimentazione dell'Audit civico in Emilia Romagna: riflessioni e prospettive – Bologna2009.

realizzazione dell'Audit civico hanno avuto 430 adesioni in Piemonte, 230 in Abruzzo, oltre 200 nel Lazio, 80 in Umbria, 40 in Friuli Venezia Giulia. In altri casi, come in Emilia Romagna, in Puglia, in Trentino e nella maggior parte delle realtà non assistite da una convenzione regionale, le azioni di reclutamento sono state svolte a livello locale, generalmente con successo. Complessivamente, nel corso degli anni, circa 3.000 cittadini hanno potuto partecipare attivamente alla valutazione delle aziende sanitarie.

Inoltre, le équipe locali e i gruppo regionali di coordinamento che hanno condotto le diverse applicazioni sono state non soltanto strutture tecnico – organizzative ma anche nuove sedi di confronto a tutto campo fra i cittadini e le istituzioni sanitarie, come si vedrà meglio più avanti.

In secondo luogo, la realizzazione dell'Audit civico comporta la buona esecuzione di un numero alquanto elevato di operazioni che devono essere accuratamente pianificate e che richiedono una precisa ripartizione dei compiti fra i responsabili civici e i responsabili aziendali. Ciò ha richiesto, nei fatti, **la costruzione di concreti modelli operativi** capaci di superare il deficit sopra richiamato. La formalizzazione dei compiti del responsabile civico e del responsabile aziendale adottata dell'équipe della Asl RM E è un esempio estremamente interessante a questo proposito.

Compiti del responsabile aziendale	Compiti del responsabile civico
<ul style="list-style-type: none"> • passare da un insieme eterogeneo di persone ad un gruppo di lavoro, • costituire il gruppo di lavoro, • organizzare le attività, • concordare il Piano locale, • raccordarsi continuamente con la Direzione Aziendale, • definire il Piano di comunicazione di concerto con la UOC URP e Comunicazione, • presentare il progetto e il Piano locale agli operatori delle strutture interessate; • monitorare le modalità, i tempi e le criticità relative alle visite di audit • ricercare il feedback dagli operatori dei servizi sanitari, • raccogliere gli strumenti di rilevazione, verificarne i dati insieme con i membri delle mini-equipe che hanno effettuato le visite, certificarne la validità insieme con il referente civico, • inviare gli strumenti alla sede regionale di Cittadinanzattiva • effettuare un primo report dell'esperienza con descrizione dei risultati ottenuti e una descrizione e valutazione degli aspetti relativi al processo; • condivisione, discussione e confronto del report all'interno del gruppo di lavoro; • presentare i risultati in un primo workshop agli operatori che hanno partecipato all'audit, in un secondo workshop a tutti gli operatori dell'ASL, • presentare e condividere i risultati rilevati in ogni singola struttura con il responsabile in incontri specifici per l'individuazione di misure correttive e/o l'elaborazione di progetti di miglioramento; • comunicazione contestuale di questi dati con il Comitato budget, per il loro inserimento all'interno della programmazione aziendale e specificatamente nel budget operativo; • monitoraggio della effettiva messa in atto delle misure correttive e loro efficacia, insieme con il referente civico e con la collaborazione di tutto il gruppo di lavoro; • mantenimento dei rapporti con la sede regionale e nazionale di Cittadinanzattiva per quanto riguarda l'esperienza dell'Audit civico realizzato nella ASL Roma E. 	<ul style="list-style-type: none"> • rappresentare all'interno del gruppo di lavoro Cittadinanzattiva, quindi referente/punto di riferimento teorico/pratico del progetto; • individuare i cittadini rappresentanti della parte civica; • collaborare alla creazione del gruppo di lavoro; • organizzare le attività insieme con il referente aziendale; • accedere ai dati (segnalazioni) provenienti dal Tribunale per i Diritti del Malato e da Cittadinanzattiva in senso più ampio, per individuare gli elementi necessari per elaborare il Piano locale; • mantenere i collegamenti, per conto dell'equipe locale, con i responsabili regionali e nazionali del progetto di Cittadinanzattiva; • elaborare insieme con il referente aziendale la strategia da adottare per affrontare e risolvere le diverse criticità incontrate nelle diverse fasi dell'Audit; • monitorare l'efficacia delle azioni correttive; • stimolare il referente aziendale a mettere in atto azioni efficaci con i servizi sanitari ed amministrativi interessati, per governare la realizzazione dei progetti di miglioramento

È abbastanza facile constatare che buona parte delle indicazioni è ampiamente replicabile nell'ambito di altri processi partecipativi.

Infine è stata positiva l'interazione con gli istituti di partecipazione già esistenti. La concretezza dei temi proposti dall'Audit civico ha offerto nuovi spazi di intervento ai Comitati consultivi misti dell'Emilia Romagna e della Puglia e alle conferenze di partecipazione del Piemonte. In varie situazioni, tale concretezza ha rivitalizzato il sistema Carta dei servizi/Conferenze dei servizi istituito dal Dpcm del maggio 1995 superando le interpretazioni formalistiche. A Trento la ridefinizione della Carta dei servizi è stata accompagnata da un importante processo di partecipazione, dalla promozione di forme di valutazione condivisa dei processi assistenziali e tecnico amministrativa e da un progetto di coinvolgimento sistematico

del volontariato nella definizione di politiche di miglioramento²⁷. In varie realtà (fra cui l'Asl 1 di Torino, l'Azienda Ospedaliera Oirm Sant'Anna, le Asl di Siracusa e Caltanissetta) la discussione del rapporto locale è stata parte integrante della convocazione e della realizzazione delle Conferenze dei servizi. Le 24 aziende che hanno dichiarato di praticare la verifica annuale del rispetto degli standard hanno utilizzato molto spesso i risultati dell'Audit civico.

IMPATTO CULTURALE

L'impatto culturale dell'Audit civico può essere riconosciuto in quattro ambiti: il riconoscimento della competenza civica, la condivisione di alcuni modelli cognitivi, la definizione delle omissioni, delle pietre di inciampo e delle buone prassi, e la formazione di un ambiente della valutazione civica.

La competenza civica e la Carta europea dei diritti del malato

Come si è già avuto occasione di affermare, l'Audit civico ha smentito concretamente le visioni riduttive che considerano i cittadini "privi delle 'competenze' necessarie ad occuparsi della cosa pubblica perché questa richiede saperi per essi inattinibili"²⁸. Sarebbe lungo e inappropriato, in questa sede, soffermarsi sugli aspetti teorici e metodologici di questo dibattito. La conferma più vistosa, infatti, viene dal successo della Carta europea dei diritti del malato proclamata nel 2002. La promozione della Carta presso le istituzioni ed europee con programmi di valutazione dello stato di attuazione dei 14 diritti in 14 paesi dell'Unione ispirato alla metodologia dell'Audit civico. Tale opera ha ottenuto, nel 2007, il primo premio del Comitato economico e sociale europeo come migliore iniziativa della società civile ed è diventata un riferimento, ha trovato riscontro in documenti ufficiali del Comitato stesso e del Parlamento europeo e ha contribuito alla decisione di emanare una direttiva europea sui servizi sanitari.

L'aggiornamento dei modelli cognitivi

Il lavoro svolto in comuna dai cittadini e dagli operatori nell'ambito delle équipe locali e dei gruppi regionali ci coordinamento ha favorito l'aggiornamento dei rispettivi modelli cognitivi. La definizione di linee guida per il reclutamento e per la definizione dei piani locali, per esempio, è stata anche un'occasione per fare il punto sullo stato della comunicazione fra direzioni aziendali, operatori e cittadini. La discussione dei rapporti di valutazione e dei piani di miglioramento, con necessaria condivisione dei criteri di lettura e di valutazione dei dati, ha portato a **mettere in comune un nuovo modo di vedere il servizio sanitario**.

A questo proposito, l'Assr dell'Emilia Romagna ha condotto una specifica indagine, con la somministrazione di specifici questionari a tutti i componenti, civici e aziendali, delle équipe operative locali. Secondo gli intervistati, l'Audit civico, "è risultato essere esperienza utile a:

- conoscere meglio e supportare cambiamenti organizzativi (recenti o ancora in atto);
- sviluppare sinergie virtuose con processi valutativi già in corso tra cui quello di accreditamento istituzionale.

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

28 Cfr. Moro G., Azione civica, Carocci, Roma 2005, pag. 37; Id., "Citizens' Evaluation of Public Participation", in Caddy J. (ed.), Evaluating Public Participation in Policy Making, OECD, Paris 2005, pp. 109-126.

- verificare i cambiamenti rispetto ad azioni messe in atto da precedente esperienze valutative;
- valutare una struttura alla luce di investimenti previsti;
- valutare una struttura organizzativa di recente costituzione;
- realizzare benchmarking tra strutture idonee a garantire omogeneità e quindi comparabilità”²⁹.

“Un altro aspetto che ha aiutato a far sì che la rilevazione fosse accolta con estrema disponibilità e collaborazione è stata la modalità di conduzione mista (professionisti/cittadini). Le interviste hanno rappresentato momenti significativi per apprendere e riflettere su progetti aziendali e percorsi di miglioramento ed *hanno prodotto un arricchimento sia dal punto di vista umano che informativo.* E comunque tutte le situazioni aperte alla comunicazione (intervista ai dirigenti, discussione in gruppo dei risultati) più o meno informale sono sempre state evidenziate come momenti importanti a giudicare dalla frequenza e dalla grande partecipazione agli incontri.gli strumenti utilizzatisono stati in grado di *rilevare le criticità aziendali e di acquisire conoscenze relativamente a strutture e servizi di cui non si hanno di solito conoscenze dirette benché siano risultati* in certi casi “un po’ stretti”, non tenendo conto di alcuni aspetti cruciali... che, calati nella realtà regionale dell’Emilia Romagna, sono spesso assodati e dunque scontati”³⁰.

Omissioni, pietre di inciampo e buone prassi

Un manifestazione concreta dell’aggiornamento dei modelli cognitivi è stato il riconoscimento delle buone prassi da diffondere, delle pietre di inciampo da rimuovere delle omissioni da sanzionare. La prima applicazioni di questi concetti è avvenuta nel 2003 con l’analisi degli indicatori che avevano in comune il dato di conseguire lo standard in non più del 25% delle aziende.

Le “pietre d’inciampo” sono costituite da elementi alquanto eterogenei fra di loro, la cui scarsa diffusione presso le aziende sanitarie pone seri problemi. In molti casi si tratta di provvedimenti apparentemente semplici, come la disponibilità degli opuscoli informativi per i quali è necessario comprendere quali sono gli ostacoli da superare. Confrontando le situazioni segnalate nel 2003 si constatano sostanziali progressi in due ambiti: la disponibilità di stanze riservate per i malati terminali (presenti nel 62% degli ospedali) e nella diffusione di elementari strumenti informativi segnalata finora, giustamente, come dato critica ma comunque raddoppiata. Sono rimasti inalterati, invece, gli orari di visita e l’orario di distribuzione della cena.

Due **buone prassi** (la presenza di unità di risk management e la procedura per attivare i servizi sociali del comune) sono ormai routine. Buoni progressi anche nella diffusione della *customer satisfaction* negli ospedali e nella certificazione volontaria. Restano invece solo buone prassi il coinvolgimento dei cittadini nella definizione degli ordini del giorno degli organismi aziendale e nella valutazione della qualità delle forniture in appalto e dei presidi (protese, ausili, ecc.) e soprattutto, purtroppo, la formazione dei di valutatori/ricognitori sul dolore nel territorio.

Le **omissioni** consistono nel fatto che è tuttora possibile nel servizio sanitario sottrarsi ad elementari adempimenti senza incorrere nelle dovute sanzioni. Nel 2003 era stato formulato

29 Assr Emilia Romagna – Dossier 180 - 2009

30 Idem

un lungo elenco di 93 indicatori. L'ultima rilevazione segnala un generale progresso e in 24 l'adempimento è quasi totale. Ciò rende ancora più inderogabile e pressante l'esigenza di sanzionare i ritardi ancora esistenti sempre meno giustificabili, soprattutto quando si insiste a non eliminare le barriere architettoniche, a non istituire la commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere o il comitato per il buon uso del sangue, o ancora a non consentire la prenotazione telefonica.

Il bilancio complessivo resta comunque ampiamente positivo e conferma la produttività dell'aggiornamento dei modelli cognitivi.

L'ambiente dell'Audit civico

Nel precedente rapporto nazionale³¹ era già stato rilevato che la diffusione dell'Audit civico era stata accompagnata dalla creazione di "un ambiente" di cittadini e operatori alquanto diffuso, costituito dalle 3000 persone che hanno partecipato alle diverse applicazioni nelle équipe locali.

Nel tempo, tale ambiente, si è arricchito di strumenti: il sito nazionale di Cittadinanzattiva dispone di uno spazio dedicato completato da un'area interattiva riservata ai responsabili delle équipe locali, le Aziende e gli assessorati regionali, numerose aziende sanitarie e associazioni professionali ospitano spazi per l'Audit civico nei propri siti, per un totale di 7140 segnalazioni su Google³².

Si può confermare anche l'esistenza, all'interno di tale ambiente di una sorta di "**gruppo dirigente**" composto, secondo una stima prudenziale, da 100/150 persone e formato:

- dai responsabili civici locali e regionali che hanno saputo interpretare ad alto livello le informazioni prodotte e di attivare processi innovativi di interlocuzione e di miglioramento;
- da vari professionisti, attivi soprattutto degli ambiti degli Urp e degli Uffici qualità, particolarmente attenti al rapporto con i cittadini, e dagli operatori delle Agenzie sanitarie regionali che hanno guidato i programmi regionali.

L'attività del "gruppo dirigente" ha sensibilmente migliorato e arricchito l'impianto procedurale dell'Audit civico, ha fornito gli elementi utili per la revisione della struttura di valutazione condotta a termine nel 2009, ha favorito la circolazione delle buone pratiche, ha contribuito alla definizione dei criteri di interpretazione dei dati e di individuazione delle azioni correttive.

31 Cittadinanzattiva – I cittadini valutano le aziende sanitarie – rapporto nazionale dell'Audit civico 2005/2006

p.72 http://www.cittadinanzattiva.it/files/sanita/attivita/audit_civico/RapportiDocumenti/RapportiNazionali/rapporto_audit_civico_2005.pdf

32 Rilevazione del 12 maggio 2010.

L'interazione con le politiche regionali

L'Audit civico è stato concepito “analisi critica e sistematica dell’azione delle aziende sanitarie operata dai cittadini” e quindi come strumento essenzialmente finalizzato al miglioramento delle situazioni locali. Nel tempo, grazie alla possibilità del benchmarking, è stato utilizzato anche e a livello regionale per la lettura del sistema ma anche come sostegno ad un discreto novero di politiche, come si può vedere dai paragrafi successivi.

Negli ultimi anni la diffusione delle politiche di **empowerment** del cittadino ha creato in nuovo campo privilegiato di valorizzazione dell’Audit civico. Agenas (l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha avviato su tale argomento, censendo le esperienze in atto presso le regioni e le aziende sanitarie. Nella presentazione pubblica del settembre 2009) su 19 pratiche di empowerment organizzativo quattro (regione Abruzzo, regione Friuli Venezia Giulia, Asl di Reggio Emilia, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia) erano applicazioni dell’Audit civico di Cittadinanzattiva, una quinta applicazione (regione Umbria) è stata presentata, per questioni organizzative, nella sessione dell’empowerment individuale³³.

In tutte le applicazioni regionali **l’Audit civico è stato collegato con i processi di accreditamento** sia direttamente che come documentazione del punto di vista dei cittadini. In questa seconda accezione è stato riconosciuto come strumento valido anche dalla Joint commission incaricata dell’accreditamento delle strutture sanitarie in Lombardia.

Nel Friuli Venezia Giulia e nel Lazio le delibere di attivazione dei programmi regionali prevedono che gli esiti siano utilizzati per la **valutazione dei direttori generali** ma non danno indicazioni specifiche sulla modalità di attuazione di tale decisione.

Nel caso delle applicazioni regionali della Puglia e dell’Abruzzo la realizzazione dell’Audit civico ha accompagnato esplicitamente due importanti politiche di adeguamento dell’organizzazione cioè **l’insediamento degli URP** nel primo caso e degli **Uffici qualità** nel secondo. Nell’applicazione regionale tuttora in corso in Umbria, i dati dell’Audit civico saranno utilizzata per formalizzare uno schema regionale per la redazione della terza sezione delle **Carte dei servizi**.

Uno strumento per il miglioramento

L’esito finale dell’Audit civico, a livello locale è la formulazione di un piano locale di miglioramento articolato in un programma di eliminazione delle non conformità e in piano di azioni correttive. Avviene, con discreta frequenza, che i contenuti del documento siano recepiti, almeno in parte, negli atti aziendali. Meno diffusa ma significativa la prassi di utilizzare i risultati per la definizione degli obiettivi dei dirigenti e per la loro valutazione.

Per comprendere meglio l’impatto concreto dell’Audit civico è stata condotta una **ricognizione sulle azioni di adeguamento agli standard** in 34 aziende³⁴, circa un terzo delle 104 realtà che

33 (http://www.assr.it/primo_piano/ln_corsia_cittadino.pdf)

34 Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, Azienda ospedaliera CTO – CRF- Maria Adelaide di Torino, Aziende ospedaliera di Caserta, Policlinico di Palermo, Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani, Azienda Ospedali riuniti di Bergamo, Azienda Ospedali riuniti di Foggia, Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza, Istituto tumori di Genova, Policlinico di Tor Vergata, Aziende sanitarie locali di Chiavari, Enna, Nuoro, Latina, Legnago , Lucca, Montalbano Jonico, Roma A, Roma B, Roma C, Roma G, Roma E, Salerno,

avevano completato almeno un'applicazione di Audit civico entro il 2008. Per effettuare il conteggio e quindi rilevare il repertorio è stato necessario, preliminarmente, definire il **concetto di azione**, considerando tale un intervento nel quale siano compiutamente definiti l'oggetto, gli interlocutori, le modalità operative, i responsabili e che abbia raggiunto un livello constatabile di attuazione.

Nell'Audit civico la definizione delle azioni parte dalla analisi delle non conformità rilevate dall'indagine (che mediamente vanno da 10-20 nelle aziende migliori a oltre 200 circa nei casi più critici). Le équipe quindi concordano proposte o raccomandazioni di intervento, a distanza di alcuni mesi viene realizzato un monitoraggio di verifica.

Sono state censite circa 470 azioni di adeguamento (circa 13 per azienda) con il repertorio qui appresso indicato che riporta, per ogni fattore di valutazione, il numero delle azioni censite e la tipologia delle azioni realizzate. In circa 80 casi i cittadini hanno collaborato operativamente anche alla messa in atto delle azioni stesse.

Accesso alle prestazioni sanitarie – 53 azioni

- eliminazione di barriere architettoniche;
- installazione di un ecodoppler;
- apertura e adeguamento di Cup e dei sistemi di prenotazione telefonica (6);
- istituzione di triage;
- introduzione del registro dei ricoveri programmati presso la Direzione sanitaria;
- realizzazione di parcheggi per disabili;

Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – 56 azioni

- definizione di punti per la raccolta dei reclami;
- realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti;
- redazione e/o revisione della terza sezione della Carta dei servizi;
- produzione di materiali informativi sulle possibilità e sulle modalità di inoltro dei reclami;

Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenenti e alle loro famiglie - 89 azioni

- attivazione di servizi di interpretariato e di mediazione culturale;
- adeguamento degli orari dei servizi e quelli di visita;
- appuntamenti con orari differenziati per le visite ambulatoriali;
- istituzione di un servizio di assistenza psicologica per le donne vittime di violenza;
- redazione di regolamenti per le badanti a pagamento;
- assunzione di misure per favorire la privacy dei malati terminali.

Informazione e comunicazione – 87 azioni

- corsi di formazione per il personale front-office;
- realizzazione di punti di informazione nell'atrio,
- realizzazione di cartellonistica esterna;
- realizzazione di opuscoli informativi;
- adeguamento delle bacheche delle unità operative;
- possibilità di consultare referti via web;

- affissione di cartello per la comunicazione sui criteri di attribuzione delle priorità e i tempi presumbili di attesa nel pronto soccorso;
- revisione delle schede di dimissione;

Comfort – prestazioni alberghiere – 40 azioni

- apertura di bar;
- realizzazione di uno spaccio interno;
- adeguamenti del comfort e dei servizi igienici delle unità operative e delle strutture territoriali;
- realizzazione di nuove strutture;
- realizzazione di bagni per disabili;
- realizzazione di parcheggi per disabili;

Sicurezza dei pazienti – 20 azioni

- avvio delle procedure di risk management;
- produzione di linee guida sulle procedure di sicurezza in sala operatoria;
- istituzione del Comitato per il buon uso del sangue;
- programmazione di indagini periodiche sull'attuazione delle procedure.

Sicurezza delle strutture e degli impianti – 35 azioni

- messa in sicurezza di sale operatorie, di unità operative e poliambulatori;
- affissione delle planimetrie del piano di evacuazione nelle unità operative e nelle strutture territoriali;
- revisione dei piani di evacuazione;
- elaborazione di manuali e protocolli per la manutenzione delle dotazioni del Pronto Soccorso;

Malattie croniche e oncologia – 17 azioni

- istituzione di un reparto di oncologia;
- istituzione di servizi di assistenza domiciliare per malati oncologici;
- istituzione di un centro di riferimento per la Chiari-siringomelia;
- coinvolgimento dei pazienti e dei parenti nella valutazione della qualità di protesi, sussidi e ausili;
- attivazione di programmi di educazione(autogestione dei pazienti cronici);
- procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi;

Gestione del dolore – 26 azioni

- avvio delle procedure di gestione del dolore;
- corsi di formazione per il personale per la gestione del dolore;
- realizzazione di protocolli per la valutazione del dolore;
- diffusione di linee di comportamento per la gestione del dolore;

Prevenzione – non presente nei cicli precedenti

Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti – 31 azioni

- istituzione di un Comitato etico;
- istituzione di Comitati misti consultivi;
- istituzione di Commissioni miste conciliative;
- convocazione delle conferenze dei servizi.

Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda – 28 azioni

- definizione di procedure di consultazione periodica delle organizzazioni civiche;
- stipula di protocolli di intesa;
- avvio di progetti di sviluppo della partecipazione.

In un discreto numero di realtà l'applicazione dell'Audit civico ha innescato **azioni correttive di sistema** più spesso come effetto diretto - con la definizione di strategie per eliminare le non conformità rilevate e prevenire la loro riproduzione - ma anche (più raramente) con un ruolo, per così dire, "catalitico", quando, come è avvenuto a Roma E, l'équipe anziché formulare raccomandazioni proprie impegnava i responsabili nella analisi dei dati prodotti per la definizione delle misure da assumere.

L'Azienda che ha valorizzato più di ogni altra l'Audit civico - fondando la redazione e la verifica dei piani di miglioramento sul monitoraggio organizzato realizzato dai cittadini - è stata la Asl di Nuoro che ha ottenuto, per il programma "Involving citizens in monitoring health services", un premio europeo nella 5QC 5th Quality Conference for public administration in EU tenuta a Parigi il 20-22 ottobre 2008.³⁵ Il Tale applicazione sistematica ha portato a definire i *Livelli essenziali di informazione* e i *livelli essenziali di comunicazione* che devono essere garantiti ai cittadini, creando un precedente estremamente interessante.

Un altro caso di politica sistematica, nel quale l'Audit civico ha svolto una funzione di catalizzatore, è stata la revisione della Carta dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento³⁶. Gli standard operativi dei singoli sono stati definiti e condivisi con i cittadini con consultazioni capillari. A Parma allo sviluppo della partecipazione civica è stato dedicato uno specifico progetto, denominato "Ponte".

A Lucca gli esiti della rilevazione hanno prodotto una radicale revisione della medicina del dolore con un adeguamento generale delle procedure, degli strumenti e delle stesse strutture. Interessante anche l'esperienza della Asl di Legnago dove, nel quadro di un programma generale di adeguamento agli standard, l'istituzione del registro dei ricoveri programmati presso la direzione sanitaria ha portato ad una riorganizzazione delle modalità di accesso, da una gestione medico-dipendente ad una gestione equipe-dipendente con effetti benefici sulle liste d'attesa.

A Montalbano Jonico la segnalazione di un elevato numero di non conformità ha indotto un programma generale di messa a norma con interventi sulle Unità operative di Ortopedia, Chirurgia e Medicina e su due sale operatorie. A Bari sono stati revisionati nel 2008 e 2009 i piani di emergenza degli ospedali San Paolo (Bari), San Giacomo (Monopoli) e Iaia (Conversano).

In dieci aziende, infine, sono stati insediati gruppi di lavoro con la presenza dei cittadini che hanno proceduto alla verifica, revisione e riprogettazione degli strumenti informativi con particolare riferimento alla segnaletica interna ed esterna e agli opuscoli informativi. Negli Ospedali riuniti di Foggia, per esempio, è stato avviato il programma di adeguamento delle bacheche di reparto agli standard proposti dall'Audit civico.

35 (<http://www.5qualiconference.eu/bp.php?l=2&bp=286&p=18&c=1&t=0&k=>)

36 Il processo è dettagliatamente descritto in Corbosanto C., Passerini A. - La costruzione partecipata della carta dei servizi – Franco Angeli 2002

CONCLUSIONI

Le ragioni fondanti dell'Audit civico e cioè le necessità di dare una dimensione concreta al punto di vista del cittadino, di aumentare la trasparenza del sistema e di contrastare la frammentazione del servizio sanitario conservano una piena attualità.

Le criticità messe in evidenza dall'analisi dei punti di forza e di debolezza.infatti, confermano **la perdurante difficoltà – segnalata da tempo dal Tribunale per i diritti del malato³⁷ - a interpretare il rapporto con i cittadini come una risorsa e non solo come un problema.** Rischia di essere, così, sprecata una risorsa strategica per una efficace fruizione dei servizi, per la prevenzione dei conflitti e per lo sviluppo del sistema dei controlli e cioè per il governo di questioni cruciali e generalmente reputate critiche.

Esiste, in linea di principio, un consenso generale sulla possibilità di contenere la spesa sanitaria migliorando l'appropriatezza delle cure e contrastando abusi e sprechi. Si ha però la sensazione che sia ancora troppo difficile passare dalle ipotesi di lavoro ad una azione sufficientemente sistematica. Lo sviluppo dei sistemi di valutazione (compresi quelli di valutazione civica) ha messo a disposizione una strumentazione importante che però stenta a trovare una collocazione stabile e appropriata nei sistemi di governance.

Lo scenario della crisi – destinato a durare a lungo – teoricamente dovrebbe dare un forte impulso verso il superamento delle difficoltà e per la messa a regime di circoli virtuosi, ma, soprattutto nell'immediato, **rischia di aggravare i problemi di sostenibilità** che già oggi affliggono molti malati e di rendere più problematico l'accesso alle prestazioni, come sta avvenendo, per esempio, con il riconoscimento dell'invalidità.

Una politica generale della partecipazione, della tutela, della qualità e della informazione potrebbe favorire l'ottimizzazione delle risorse riducendo i disagi per i cittadini e deve essere praticata. In concreto, a partire dai dati contenuti in questo rapporto si individuano **quattro campi di intervento** particolarmente significativi: lo sviluppo dell'empowerment nel modello della cronicità, la costruzione dei livelli essenziali di informazione e di comunicazione nel territorio, la gestione dei conflitti, la costruzione dei sistemi di trasparenza e di controllo.

L'empowerment dei malati cronici, inteso come sviluppo della capacità di conoscere e gestire la propria malattia, ha dato finora ottimi risultati e deve essere generalizzato. Deve essere accompagnato da un analogo empowerment nei confronti dell'organizzazione dei servizi. Nel caso delle cronicità i pazienti e le loro famiglie maturano, anche in questo campo, competenze che possono essere messe a frutto anche per una gestione più efficace dei percorsi di cura e di riabilitazione, migliorando la tutela dei diritti e riducendo gli sprechi.

Si potrebbe pensare alla **costruzione condivisa di una linea guida** in proposito che raccolga le migliori esperienze. La posta in gioco è rilevante perché coinvolge, come è già stato osservato una parte cospicua della spesa sanitaria. A questo proposito, deve essere smentita l'idea che la complicazione delle procedure sia fonte di risparmi effettivi. È vero, piuttosto, che

³⁷ Cfr. in particolare la Comunicazione del Tribunale per i diritti del malato al Congresso nazionale di Cittadinanzattiva – Roccella Jonica, ottobre 2006, paper.

facilitano l'insorgere di fenomeni corruttivi mentre una saggia semplificazione riduce gli sprechi, come ha dimostrato l'esperienza già citata del Friuli Venezia Giulia.

La definizione dei Livelli essenziali di informazione e di comunicazione deve essere intesa come una azione propedeutica allo sviluppo dei sistemi di cura primarie. Con grande concretezza e con grande attenzione alle esperienze migliori devono essere affrontati vari problemi, come:

- la precisazione delle informazioni che devono essere messe facilmente a disposizione nei distretti, anche con l'utilizzazione di strumenti informatici (per esempio postazione connesse con il sito aziendale);
- la possibilità di fare viaggiare le informazioni nei sistemi informatici prima di obbligare le persone (operatori o professionisti non conta) a spostarsi solo per ritirare o recapitare carte;
- la costruzione di protocolli operativi che garantiscano la comunicazione fra i medici curanti;
- la comunicazione ai malati e alle famiglie;
- altro.

In questo caso la strada da percorrere potrebbe essere quella di sperimentare, nelle realtà più avanzate, un confronto organizzato fra i responsabili aziendali, i professionisti, i cittadini per la definizione e la sperimentazione degli standard e delle procedure da adottare. Un gruppo nazionale di lavoro potrebbe seguire le sperimentazioni e favorire la loro diffusione.

Per quanto concerne la **gestione dei conflitti**, l'analisi del contenzioso in sede giurisdizionale è stata, in tempi recenti, oggetto di numerosi studi e convegni³⁸ e ha messo in evidenza che, molto spesso, i conflitti stessi sono generati, o quanto meno favoriti, da difetti di comunicazione. La legge 28/2010 prefigura un sistema più snello di trattazione dei casi con procedure conciliative ma non interviene nella prevenzione.

Una ripresa intelligente dell'esperienza delle Commissioni miste conciliative (eventualmente con diverso nome per evitare confusioni) invece potrebbe intercettare il contenzioso nelle fasi iniziali e prevenire l'accesso alle sedi giurisdizionali. Naturalmente bisogna pensare a forme snelle di funzionamento capaci di agire in modo efficace ma leggero anche con la microconflittualità che si genera negli uffici, negli ambulatori e nei servizi. Favorire l'attività di segnalazione e di reclamo, con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche può essere un modo, tutto sommato, molto semplice per migliorare la qualità dei servizi.

La costruzione dei piani **per la trasparenza**, previsti dal d.lgs. 150/2009, può essere l'occasione per dare impulso a due azioni strategiche. La prima è lo sviluppo dei **sistemi di integrazione fra valutazione civica e indagini di soddisfazione** che rendano sistematica la rappresentazione del punto di vista nel cittadino nella definizione e nella verifica degli esiti e degli obiettivi. La seconda riguarda il coinvolgimento degli utenti e dei cittadini in operazioni come la **verifica della qualità di protesi e di ausili o del rispetto dei capitolati di appalto di servizi**. Questa prassi è già presenti nel 20% delle aziende e può essere analizzata e diffusa.

³⁸ Il tradizionale Forum sul risk management di Arezzo è soltanto l'espressione più organizzata e completa di una attività ampiamente diffusa.

L'intervento civico porterebbe trasparenza in un'area cruciali nella quale gli sprechi e i fenomeni corruttivi sono spesso presenti.

Quello che si va delineando è un programma vasto e articolato di assunzione di responsabilità da parte dei cittadini che deve trovare la necessaria accoglienza ma anche, se così si può dire, una adeguata contropartita con l'impegno delle istituzioni a mettere in atto **un regime di sanzioni proporzionato alla gravità delle omissioni**. Nelle pagine precedenti sono stati indicati vari casi in cui questo tipo di intervento è indispensabile e dovrebbe diventare obbligatorio. Cittadinanzattiva si impegna a formalizzare un repertorio analitico di tali casi e a sottoporlo all'attenzione dei responsabili istituzionali.

RINGRAZIAMENTI

La realizzazione del Rapporto è stata possibile grazie alle équipe locali che hanno realizzato l'Audit civico in ben 87 aziende sanitarie. Il loro lavoro ha testimoniato l'esistenza di una cittadinanza attiva competente e capace di essere una reale forza di cambiamento.

Un grazie particolare ai Segretari e ai Coordinatori regionali che hanno guidato le applicazioni in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Trentino, Abruzzo e Lazio: Gabriele Ideo ed Elisabetta Sasso, Alberto Trevisan, Pietro Fabbri e Meri Pederzolli, Aldo Cerulli, Giuseppe Scaramuzza e Francesca Diamanti. Ad essi bisogna aggiungere Franco Bagnarol, Giorgio Volpe e Martina Dreossi del MO.V.I. per la loro partnership intelligente ed appassionata in Friuli Venezia Giulia.

Giorgio Simon, Gabriele Calizzani, Sara Baruzzo, Carolina Devardo e Rosanna Cerri hanno messo la loro capacità di interpretare ad alto livello l'Audit civico nelle rispettive realtà al servizio dell'opera di aggiornamento della struttura di valutazione , guidata da Alessandro Lamanna, con la collaborazione anche di Andrea Gardini (presidente di Siquas), di Anna Vittori (vicepresidente nazionale) e di Melody Ross che ha portato l'esperienza del monitoraggio della Carta europea dei diritti del malato.

Giovanni Nicoletti e Alessandro Ghirardini, rappresentanti del Ministero della salute nel comitato paritetico dell'Audit civico hanno dato un contributo importante all'aggiornamento della metodologia e Teresa Petrangolini (Segretario Generale Cittadinanzattiva), Annalisa Mandorino (Vice Segretario Cittadinanzattiva), Antonio Gaudioso (Vice Segretario Cittadinanzattiva), Giuseppe Scaramuzza (Vice presidente nazionale) e Francesca Moccia (Coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato) hanno agevolato e sostenuto costantemente un'impresa tremendamente impegnativa. Angelo Tanese, della segreteria nazionale di Cittadinanzattiva ha portato il contributo essenziale dell'esperienza e della competenza maturate con la direzione della Collana Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica. Giovanni Moro, presidente di Fondaca, ha aiutato ad approfondire gli aspetti teorici e a trovare riferimenti internazionali. Vittorino Ferla (Responsabile delle relazioni istituzionali) ha collaborato alle relazioni istituzionali in vista della presentazione del Rapporto. Alessandro Cossu (Responsabile Ufficio Stampa di Cittadinanzattiva), Aurora Avenoso (Ufficio Stampa) e Nicoletta Cannata (Ufficio Comunicazione) hanno revisionato la redazione finale del rapporto.

A tutti un grazie di cuore.

Un grazie particolare a Roberta Romano che, insieme a Linda Cocciole, ha curato con dedizione tutto l'aspetto organizzativo.

Grazie inoltre a tutti coloro che lavorando negli uffici comunicazione, stampa, raccolta fondi e relazioni istituzionali di Cittadinanzattiva hanno reso possibile la realizzazione del presente lavoro.



TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO
COORDINAMENTO NAZIONALE
ASSOCIAZIONI MALATI CRONICI



PROCURATORI DEI CITTADINI



GIUSTIZIA PER I DIRITTI



SCUOLA DI CITTADINANZA ATTIVA



ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK



CITTADINANZA^{ATTIVA}

CittadinanzAttiva onlus
via Flaminia 53 - 00196 Roma
Tel. +39 06367181 Fax +39 0636718333
www.cittadinanzattiva.it