

AUDIT CIVICO di **CITTADINANZATTIVA** Umbria 2009/2011

La valutazione civica delle Aziende Sanitarie in Umbria



"Con gli occhi del cittadino"

 *Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali*

 Direzione Regionale
Sanità e Servizi Sociali
della Regione Umbria

 Servizio Accreditamento
e Valutazione Qualità

 CITTADINANZATTIVA



- ☐ Otorinolaringoiatria
- ☐ Odontoiatria
- ☐ Reumatologia
- ☐ Cardiologia
- ☐ Oncologia
- ☐ Fisiatria

 **AUDIT CIVICO**
di
CITTADINANZATTIVA

Info: www.cittadinanzattiva.umbria.it

Indice

Introduzione	4
Capitolo 1 - La struttura dell'Audit civico	6
L'indice di adeguamento agli standard e il benchmarking	7
L'efficacia dell'Audit civico: quesiti, competenze e motivazioni degli auditors	8
Le strutture sanitarie pubbliche coinvolte: le aziende e il piano locale dell'equipe	9
I livelli di applicazione e le componenti dell'Audit civico	9
Capitolo 2 – Componente Orientamento ai cittadini	11
Livello 1 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini	11
Fattore accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 1	12
Fattore Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Liv. 1	13
Livello 2 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini	14
Fattore accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 2	15
Fattore Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Liv. 2	17
Fattore Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti – Liv. 2	19
Fattore Informazione e comunicazione – Liv. 2	23
Fattore Comfort – Liv. 2	30
Livello 3 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini	37
Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3a – Sede di distretto	38
Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3b – Poliambulatorio	42
Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3c – CSM e SERT	44
Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3a – Sede di distretto	46
Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3b – Poliambulatorio	48
Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3c – CSM/SERT	50
Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Liv. 3a – Sede di distretto	52
Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Liv. 3b – Poliambulatorio	53

Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti - Liv. 3c – CSM/SERT	55
Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3a – Sede di distretto	57
Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3b – Poliambulatorio	60
Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3c – CSM/SERT	63
Fattore - Comfort - Liv. 3a – sede di distretto	66
Fattore - Comfort - Liv. 3b – Poliambulatorio	69
Fattore - Comfort - Liv. 3c – CSM/SERT	71
Capitolo 3 – Componente Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario	74
Livello 1 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario	75
Fattore Sicurezza dei pazienti Liv. 1	76
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv. 1	77
Fattore Malattie croniche e Oncologia - Liv. 1	78
Fattore Gestione del dolore Liv. 1	80
Fattore Prevenzione - Liv. 1	82
Livello 2 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario	85
Fattore Sicurezza dei pazienti - Liv. 2	86
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti - Liv. 2	89
Fattore Gestione del dolore Liv. 2	91
Fattore Prevenzione Liv. 2	93
Livello 3 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario	95
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv3a – distretto	96
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv3b – poliambulatorio	97
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv3c - CSM/SERT	98
Fattore Prevenzione Liv3a – Distretto	99
Fattore Prevenzione Liv3b – poliambulatorio	100
Fattore Prevenzione Liv3c - CSM/SERT	101
Capitolo 4 - Componente Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali	102
<i>Fattore Attuazione e Funzionamento degli istituti di partecipazione – Liv. 1</i>	104
Fattore – Altre forme di partecipazione dei cittadini e di Interlocazione cittadini/azienda	106
Capitolo 5 - Dall'analisi alle proposte	107
Conclusioni e Ringraziamenti	116

Introduzione

L'Audit civico nella regione Umbria nasce a seguito di una convenzione stipulata tra Cittadinanzattiva Nazionale Onlus e la Direzione Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria allo scopo di verificare e migliorare la qualità dei Servizi Sanitari pubblici del territorio. Nel giugno 2009 il Comitato per l'Attuazione del progetto Audit civico (Co.A.C.) ovvero il gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria, rappresentanti di Cittadinanzattiva Umbria e membri designati dalle Aziende Sanitarie pubbliche¹, discute e condivide gli obiettivi ed i criteri del progetto, valuta il campo di applicazione dello stesso, delinea il cronogramma delle attività, i ruoli e le responsabilità degli auditors, l'assegnazione delle risorse, gli aspetti soggetti a vincoli di riservatezza, le azioni a seguire. L'Audit civico è fin dall'inizio considerato una pratica democratica poiché cittadini comuni ed operatori sanitari delle aziende oggetto di Audit, si avvalgono di un metodo e di uno strumento di valutazione partecipando attivamente alla raccolta di dati ed informazioni. L'Audit civico si snoda lungo un percorso triennale come da P.S.R. ed è scandito da precise fasi operative. Durante le operazioni preliminari si costituisce il gruppo di lavoro scelto tra risorse che da anni si occupano di volontariato. Cittadinanzattiva Umbria nomina un referente civico per ogni azienda sanitaria la quale a sua volta sceglie i propri referenti aziendali. Tra le principali attività espletate durante la prima fase c'è la formulazione e comunicazione del bando regionale di adesione al progetto. Al fine di rendere trasparente ed istituzionalizzare il reclutamento degli auditors, il Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria diviene il destinatario delle domande di adesione mentre a Cittadinanzattiva Umbria spetta il compito di selezionare il numero delle adesioni pervenute dai cittadini.

Fig. 1 – Il depliant fronte-retro

L'avviso pubblico con locandina e depliant distribuiti sul territorio umbro. La diffusione avviene mediante il sito internet di Cittadinanzattiva Umbria e della Regione, social network, blog, affissione del materiale cartaceo presso URP, sedi dei comuni, dei TDM, farmacie, studi di MMG, luoghi di interesse pubblico quali palestre e punti di ristorazione.

Domanda di partecipazione al progetto Audit civico

Il sottoscritto _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente/domiciliato in Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Sesso ☐ M ☐ F

Fascia di età ☐ 18-30 ☐ 31-50 ☐ 51-70 ☐ > 70

Titolo di studio ☐ Scuola secondaria di primo grado (Scuola Media)

☐ Scuola secondaria di secondo grado (Scuola Superiore)

☐ Università _____

Laureato (specificare) _____

Professione ☐ studente ☐ operaio ☐ impiegato

☐ libero professionista ☐ casalinga ☐ disoccupato

altro _____

Esperienze di volontariato ☐ meno di 1 anno ☐ tra 1 e 2 anni ☐ più di 3 anni

Conoscenza della lingua italiana ☐ base ☐ media ☐ alta

Conoscenza informatiche ☐ base ☐ media ☐ alta

Motivazione alla partecipazione _____

Dichiaro di:

- > voler partecipare al progetto Audit civico della Regione Umbria;
- > essere residente o domiciliato nella Regione Umbria;
- > non essere dipendente del Servizio Sanitario Regionale con qualità di dipendente e titolare di posizione organizzativa e/o di coordinamento;
- > avere la maggior età ed almeno un titolo di studio di scuola secondaria di primo grado (ex scuola media);
- > avere disponibilità di tempo da dedicare al corso di formazione ed a tutte le attività di raccolta dati e redazione del rapporto;
- > essere disponibile a svolgere l'attività di Audit civico gratuitamente e volontariamente, non essendo previste per tale collaborazione alcun compenso, eccezion fatta per il rimborso di eventuali spese sostenute e per la copertura assicurativa;
- > accettare le regole deontologiche e tecniche dell'Audit civico (così come riportate nel Bando);
- > avere una buona conoscenza della lingua italiana parlata e scritta, buone capacità relazionali e comunicative ed una conoscenza di base del PC (in particolare di Word, Excel, Posta elettronica e Navigazione Internet).

DATA E FIRMA _____

Con gli occhi del cittadino

Per migliorare la qualità dei servizi sanitari dell'Umbria

Partecipa anche TU!

DOVE E QUANDO CONSEGNARE LA PRESENTE CARTOLINA

La presente cartolina ovvero la domanda, redatta in carta semplice secondo il modello presente sul sito internet www.sanita.regione.umbria.it collegandosi al link "Accreditamento e valutazione di qualità" e quindi al link "Audit civico", dovrà essere inviata alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria:

- ▶ **a mano o per posta ordinaria al seguente indirizzo:** Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Servizio VIII - Accreditamento e Valutazione di Qualità, Via Mario Angeloni, 61 - 06128 Perugia (per la trasmissione postale va apposta all'esterno della busta la dicitura "Bando Audit civico" o "fax free (il numero dell'Ufficio Postale));
- ▶ **ovvero per fax al numero 075-5855589** specificando nell'oggetto la dicitura "Bando Audit civico";
- ▶ **ovvero per e-mail all'indirizzo di posta elettronica:** auditcivico@regione.umbria.it specificando nell'oggetto la dicitura "Bando Audit civico".

Le domande dovranno pervenire entro il **30 novembre 2009**.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI RIVOLGERSI A

- ▶ Cittadinanzattiva Umbria Via Penzianina n° 22 - Spello, tel. 0743 450711 e-mail: cittadinanzattiva@regione.umbria.it;
- ▶ Cittadinanzattiva Perugia - Via Campo di Marte n° 5/A, tel. 075 5001524 e-mail: perugia@cittadinanzattiva.umbria.it;
- ▶ Cittadinanzattiva Terni - Via Amintore n° 24, tel. 0744 522233 e-mail: terni@cittadinanzattiva.umbria.it;
- ▶ Regione Umbria - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Servizio VIII - Accreditamento e Valutazione di Qualità, tel. 075 585 5273 / 5282 e-mail: auditcivico@regione.umbria.it

info

¹ Cfr. Determina Dirigenziale N. 7896 del 31/08/2009

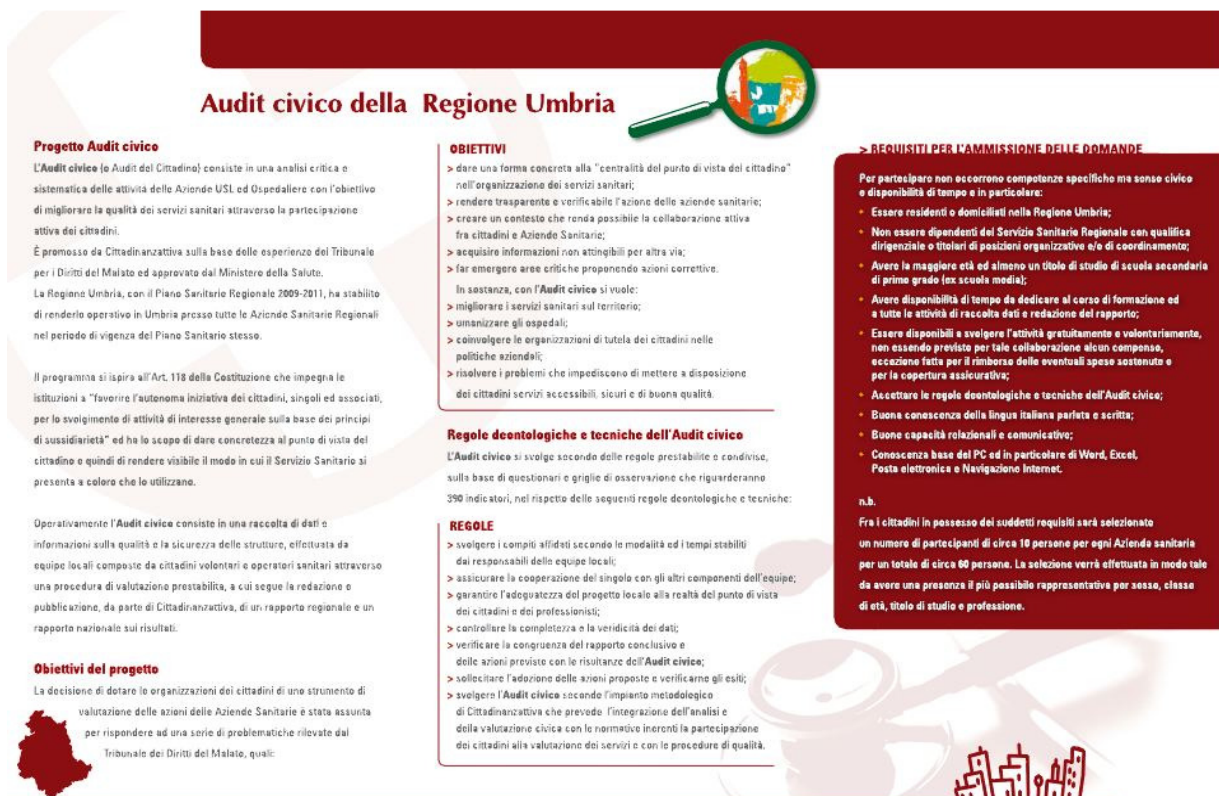


Fig. 2 La locandina

Con gli occhi del cittadino
Per migliorare la qualità dei servizi sanitari dell'Umbria

PROGRAMMA REGIONALE PER L'AUDIT CIVICO
Partecipa anche TU!

AUDIT CIVICO NELLA REGIONE UMBRIA

L'Audit civico (o Audit del Cittadino) consiste in una analisi critica e sistematica delle attività delle Aziende USL ed Ospedaliere con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari attraverso la partecipazione attiva dei cittadini, monitorare gli esiti, coinvolgere le organizzazioni di tutela dei cittadini nelle politiche aziendali, risolvere i problemi che impediscono di mettere a disposizione dei cittadini servizi accessibili, sicuri e di buona qualità.

È promosso da Cittadinanzattiva sulla base delle esperienze del Tribunale per i Diritti del Malato ed approvato dal Ministero della Salute.

La Regione Umbria, con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, ha stabilito di renderlo operativo in Umbria presso tutte le Aziende Sanitarie Regionali nel periodo di vigenza del Piano Sanitario stesso.

Il programma si ispira all'Art. 118 della Costituzione che impegna le istituzioni a "favorire l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli ed associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base dei principi di sussidiarietà".

Operativamente l'Audit civico consiste in una raccolta di dati e informazioni sulla qualità e la sicurezza delle strutture, effettuata da équipe locali composte da cittadini volontari e operatori sanitari attraverso una procedura

di valutazione prestabilita, a cui segue la redazione e pubblicazione, da parte di Cittadinanzattiva, di un rapporto regionale e un rapporto nazionale sui risultati.

> REQUISITI DI PARTECIPAZIONE PER I CITTADINI
Per partecipare non occorrono competenze specifiche ma senso civico e disponibilità di tempo e in particolare:
• essere residenti o domiciliati nella Regione Umbria;
• non essere dipendenti del Servizio Sanitario Regionale con qualifica dirigenziale o titolari di posizioni organizzative o di coordinamento;
• avere la maggiore età ed almeno un titolo di studio di scuola secondaria di primo grado (ex scuola media);
• avere disponibilità di tempo da dedicare al corso di formazione ed a tutte le attività di raccolta dati e redazione del rapporto;
• essere disponibili a svolgere l'attività gratuitamente e volontariamente, non essendo previste per tale collaborazione alcun compenso, eccezione fatta per il rimborso delle eventuali spese sostenute e per la copertura assicurativa;
• accettare le regole deontologiche e tecniche dell'Audit civico;
• buona conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
• buona capacità relazionale e comunicativa;
• conoscenza base del PC ed in particolare di Word, Excel, Posta elettronica e Navigazione Internet.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI INVIARE LA DOMANDA A:
Cittadinanzattiva Umbria - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Cittadinanzattiva Umbria - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Cittadinanzattiva Umbria - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it

INVIARE LA DOMANDA A:
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it

INVIARE LA DOMANDA A:
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it
Servizio Civile - Via "Pio Jannone" n° 10 - 00187 Roma (RM)
tel. 06/4780121 - e-mail: info@citadinanzattiva.it

Diffusione: comunicato stampa su alcuni quotidiani, trasmissioni locali e pubblicità su Radio Subasio con lo spot: "Vuoi sentirti un cittadino attivo? Mostra il tuo senso di comunità e partecipa al progetto Audit civico. - Misura la qualità del tuo ospedale e della tua ASL in Umbria. Bando pubblico di invito a presentare domande di partecipazione al progetto Audit civico "Con gli occhi del cittadino". Per informazioni: www.sanita.regione.umbria.it al link "Audit civico" oppure <http://www.cittadinanzattiva.umbria.it>"

La fase di preparazione interessa l'ufficializzazione delle equipe locali o gruppi di lavoro², la formazione di tutti i soggetti coinvolti, la definizione e condivisione dei piani locali e la validazione finale dal Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria. Nella fase di esecuzione si procede alle attività operative presso le strutture individuate e si entra nel vivo del progetto: i cittadini con griglie di osservazione e questionari iniziano la raccolta dati.

Il primo anno di Audit civico termina in linea con gli obiettivi prefissati: caricamento dei dati su supporto informatico, elaborazione e restituzione degli stessi, stesura da parte di ogni responsabile civico del rapporto locale.

Il 10 febbraio 2011 siamo nel pieno del secondo anno di Audit civico. Obiettivo è un capillare lavoro di promozione e comunicazione del lavoro svolto. Esce il comunicato stampa con l'anteprima dei risultati: *"I risultati raccolti in sei rapporti locali descrivono in modo dettagliato la realtà di un mondo che fino a ieri era considerato autoreferenziale... I risultati medi conseguiti dalle sei aziende umbre si collocano tutti tranne un'eccezione, nella fascia di punteggio discreto. Prima tra le Aziende l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia con un punteggio medio di 76 seguita dalla Asl 3 con IAS 74. Il divario si accentua con la ASL 1 e ASL 2 che ottengono entrambe uno IAS 62 e gradualmente a seguire con l'Ospedale Santa Maria di Terni con IAS 61. Nella fascia di punteggio mediocre si colloca la ASL 4 con IAS 60".*

Il rapporto regionale è articolato in capitoli dove il primo ha carattere esplicativo, il secondo terzo e quarto sono titolati dalle componenti principali che costituiscono l'analisi civica. Ogni capitolo infine approfondisce la componente analizzando i fattori per ciascun livello di applicazione. L'ultimo capitolo è dedicato alle proposte di miglioramento riportate su ogni rapporto locale e che sono state formulate sulla base delle necessità territoriali e dei risultati emersi.

² Il 2 marzo 2010 le parti coinvolte nell'Audit civico Umbria hanno partecipato alla presentazione ufficiale del progetto presso Villa Umbra. L'incontro è stato un importante momento pubblico di confronto: l'adesione dei cittadini è stata incoraggiante così come di enorme importanza sono stati gli interventi dei rappresentanti istituzionali della Regione Umbria, di Cittadinanzattiva Nazionale e Regionale.

Capitolo 1 - La struttura dell'Audit civico

Si definisce Audit civico *l'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni di cittadini*. L'Audit nasce nel 2000 e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere. Le prime sperimentazioni hanno lo scopo di definire e testare sul campo il quadro teorico e metodologico, successivamente l'adesione ed il coinvolgimento delle aziende sanitarie aumenta fino ad arrivare alla stipula di specifiche convenzioni tra Cittadinanzattiva e gli Assessorati alla Salute delle Regioni cui segue l'avvio di cicli regionali come nel caso della Regione Umbria.

Una delle ragioni fondamentali per sperimentare una tale procedura di valutazione sta nel considerare l'Audit civico come un'esperienza di empowerment dove l'azione dei cittadini si manifesta attraverso:

- una raccolta di dati, in quanto le persone acquisiscono informazioni circa il problema;
- un lavoro di mobilitazione in quanto le persone imparano a condividere il problema;
- uno sforzo di abilità costruttiva in quanto le persone lavorano per risolvere il problema.

La struttura dell'Audit civico è articolata in maniera tale da offrire informazioni su aspetti concreti della realtà e informazioni su aspetti generali della realtà valutata. Sono individuati principalmente **tre livelli di applicazione e tre componenti** o aree tematiche generali quali: orientamento ai cittadini, impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario e coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali.

Ogni componente è suddivisa in **fattori di valutazione** ovvero aspetti principali che qualificano il rapporto instaurato dai cittadini con la realtà valutata.

Infine ad un livello più analitico, ogni fattore di valutazione comprende un **gruppo di indicatori** intesi come variabili quantitative o parametri qualitativi, che consentono di esprimere un giudizio sul fattore osservato. Ogni fattore di valutazione è quindi collegato a un grappolo di indicatori che permettono di osservare fenomeni elementari i quali a loro volta esprimono in modo significativo il modo di essere o di funzionare della realtà esaminata o la sua corrispondenza a norme e regole di buone prassi.

L'indice di adeguamento agli standard e il benchmarking

Attraverso il calcolo dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) è possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti prese in considerazione. **Lo IAS è un valore medio compreso tra 0 e 100** che esprime in quale misura i valori raccolti per gli indicatori raggruppati in un "fattore di valutazione" corrispondono ai "valori attesi". Lo IAS quindi esprime in quale misura l'azienda rispetta i livelli di qualità delle prestazioni erogate sulla base del possesso dei requisiti minimi previsti dal D.P.R. del 14/01/97. Per convenzione è stata stabilita una classe di punteggi dello IAS con relativa valutazione al fine di orientarsi chiaramente sui risultati ottenuti.

Classe di punteggio IAS	Eccellente - IAS compreso tra 91 e 100 Buono - IAS compreso tra 81 e 90 Discreto - IAS compreso tra 61 e 80 Mediocre - IAS compreso tra 41 e 60 Scadente - IAS compreso tra 21 e 40 Pessimo - IAS uguale o inferiore a 20
--------------------------------	--

L'attribuzione ad ogni indicatore di un valore compreso fra 0 e 100, **dove 100 indica la totale corrispondenza allo standard di riferimento e 0 la totale difformità**, permette di praticare la metodologia del benchmarking e quindi di promuovere una valutazione comparativa tra le singole realtà oggetto della valutazione civica con l'obiettivo di:

- fornire l'opportunità d'interpretare i risultati della valutazione civica in un contesto più ampio e quindi individuare eventuali aree di eccellenza o ritardi rispetto ad altre realtà analoghe;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori *performance*.

Da qui fino al **benchmarking** che non è soltanto una scelta metodologica ma anche strategica. L'esame delle tavole di *benchmarking* permette di rilevare in quali ambiti il comportamento dell'azienda è conforme a quello generale del sistema e dove invece si distacca da esso.

L'efficacia dell'Audit civico: quesiti, competenze e motivazioni degli auditors

L'Audit civico scaturisce dalla necessità di rispondere a tre quesiti fondamentali:

- come dare forma concreta alla **"centralità del punto di vista del cittadino"** nell'organizzazione dei servizi sanitari e quindi come promuovere forme efficaci di **partecipazione**.
- come **rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie**.
- Individuare una procedura di valutazione al fine di **prevenire il rischio di produrre** cittadini di serie A e di serie B con meno diritti e servizi più scadenti come conseguenza dell'autonomia dei governi regionali.

L'Audit Civico non sostituisce certificazioni di qualità o procedure di accreditamento ma è senza dubbio un sostegno importante in quanto invita alla collaborazione cittadini e aziende sanitarie, produce informazioni non attingibili per altra via, mette in evidenza aree critiche favorendo l'individuazione di azioni correttive praticabili.

La qualità e l'efficacia di un Audit pertanto dipendono dalla corretta formulazione dei quesiti ma anche dal bagaglio di competenze e motivazioni degli auditors.

Le domande principali da cui ha preso le mosse l'Audit civico sono legate all'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari sia come partecipante esterno coinvolto nella malattia di un familiare o di una persona cara, sia nel ruolo di malato. Inoltre l'Audit civico indaga sull'esercizio dei diritti di cittadinanza.

In un processo dinamico di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione i quesiti principali pongono il problema di capire *quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i **cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari**; 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; come è considerata dalle aziende sanitarie la **partecipazione attiva dei cittadini**, aprendo un dibattito sui cittadini come risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o come semplice adempimento burocratico previsto da alcune leggi; quali **risposte** fornisce l'azienda sanitaria **ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale***. Rispondere ai quesiti implica necessariamente l'individuazione di auditors competenti dove per competenze si intendono "il saper fare e il saper essere".

La competenza di chi effettua l'attività di Audit civico influenza in modo determinante la fiducia e l'affidabilità dei risultati³. Le caratteristiche di un auditor sono pertanto l'essere

³ La Norma UNI EN ISO 19011 traccia le Linee guida per gli Audit del Sistema di Gestione per la Qualità.

rispettoso dei principi etici, la mentalità aperta, la diplomazia nei rapporti interpersonali, lo spirito d'osservazione, la versatilità, la risolutezza, e l'autonomia. Il profilo dell'auditor civico che emerge è quello di **un cittadino che vuole** partecipare ad un'azione pubblica, desidera conoscere metodo e strumenti di riferimento ed è disposto a collaborare condividendo le proprie conoscenze con il gruppo rinunciando ad un sapere spesso vuoto e fine a se stesso.

Le strutture sanitarie pubbliche coinvolte: le aziende e il piano locale dell'equipe

L'Audit civico in Umbria è contenuto nel Piano Sanitario Regionale 2009/11 dove viene rimarcata la valenza di tale pratica democratica. L'Audit civico ha visto aderire al ciclo regionale 6 strutture sanitarie, di cui 4 Aziende Sanitarie Locali e 2 Aziende Ospedaliere:

1. Azienda Ospedaliera di Perugia: Santa Maria della Misericordia
2. Azienda Ospedaliera di Terni: Santa Maria
3. ASL n°1: area Alto Tevere - Alto Chiascio
4. ASL n°2: area Perugia – Assisi – Trasimeno – Medio Tevere
5. ASL n°3: area Foligno – Spoleto - Valnerina
6. ASL n°4: area Terni – Narni - Amelia – Orvieto.

Il campo di applicazione dell'Audit civico, cioè l'elenco dettagliato delle strutture da sottoporre a valutazione, è stato formulato dai cittadini e dagli operatori sanitari delle Aziende, organizzati in equipe locali. La scelta delle strutture è stata pensata con il contributo del referente civico ed aziendale⁴ al fine di ottenere un campione rappresentativo. Ognuno dei 6 piani locali è stato poi sottoposto all'attenzione della direzione generale e in ultimo accolto dal Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria. Per un approfondimento sulle singole strutture di ogni azienda si rimanda ai rapporti locali disponibili su: www.cittadinanzattiva.umbria.it e sui siti web aziendali.

I livelli di applicazione e le componenti dell'Audit civico

L'Audit civico viene applicato su tre livelli principali:

- a - L1 - ambito aziendale ovvero l'azienda sanitaria nel suo complesso;
- b - L2 - ambito dell'assistenza ospedaliera;
- c - L3 - ambito delle cure primarie;

Il livello L3 a sua volta è suddiviso in ulteriori tre livelli:

- L3a - assistenza sanitaria di base (distretti, medicina di famiglia, cure domiciliari),
- L3b - assistenza specialistica territoriale (poliambulatori),
- L3c - l'assistenza specialistica territoriale e semiresidenziale (CSM/SERT).

Le componenti principali dell'Audit civico sono 3 e sono sviluppate secondo un approccio unitario e universalistico volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche, promuovere l'esperienza di benchmarking e giungere alle "buone pratiche":

a - **l'orientamento ai cittadini** cioè l'attenzione che l'Azienda pone sugli ambiti ritenuti problematici dai cittadini e la cui cura favorisce una maggiore fiducia nel SSN. Questa componente raccoglie 5 fattori principali che sono:

⁴ Si tratta di coordinatori dell'equipe locale che si sono costantemente interfacciati durante l'intera attività.

- Accesso alle prestazioni sanitarie
- Tutela dei diritti e miglioramento della qualità
- Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
- Informazione e comunicazione
- Comfort

b - l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario ovvero le azioni messe in pratica dall'Azienda in risposta a situazioni vissute come rilevanti dai cittadini. Anche questa componente raccoglie 5 fattori principali:

- Sicurezza dei pazienti
- Sicurezza delle strutture e degli impianti
- Malattie croniche e oncologia
- Gestione del dolore
- Prevenzione

c - il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali cioè quanto l'Azienda si impegna a coinvolgere i cittadini con azioni volte a coniugare tutela, qualità e partecipazione. Questa componente riguarda solo il livello aziendale (L1) e presenta due fattori:

- Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti;
- Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda.

Analizzare l'orientamento ai cittadini dell'azienda significa indagare su cosa si sta facendo per garantire una buona informazione sui servizi, quanto sono rispettati i diritti dei malati, rese confortevoli e accoglienti le strutture, sostenute le famiglie dei malati gravi, ecc. Per ciò che concerne la seconda componente si prendono in considerazione gli interventi di adeguamento strutturale, provvedimenti concernenti l'individuazione e la prevenzione degli eventi avversi, misure per la gestione del dolore dei pazienti e attività volte a facilitare l'utilizzazione dei servizi da parte dei malati cronici e terminali. La terza componente, che domanda di fatto quanto i cittadini e le organizzazioni civiche sono realmente coinvolte nella gestione delle politiche aziendali, è più complessa. Infatti laddove l'Audit civico permette di fare un punto sull'attuazione di alcune disposizioni legislative che favoriscono la partecipazione dei cittadini emerge che il rapporto cittadino/azienda ha un profilo prettamente burocratico e non strategico.

Capitolo 2 – Componente Orientamento ai cittadini

L'Orientamento ai cittadini può essere sinteticamente definito come l'attenzione da parte dell'Azienda a rendere agevole la fruizione dei servizi. Costituita da 5 fattori di valutazione, fornisce indicazioni relative ad aspetti che riguardano il rapporto tra strutture sanitarie e cittadini.

Mappa dei giudizi

I COMPONENTE - "Orientamento ai cittadini"

	L1	L2	L3a	L3b	L3c
Accesso alle prestazioni sanitarie	buono	buono	discreto	discreto	buono
Tutela dei diritti e miglioramento della qualità	buono	discreto	scadente	scadente	scadente
Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	-	discreto	discreto	buono	discreto
Informazione e comunicazione	-	mediocre	scadente	mediocre	scadente
Comfort	-	discreto	discreto	discreto	mediocre

Livello 1 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini

A livello 1 e pertanto a livello di direzione generale l'orientamento ai cittadini viene valutato attraverso 2 fattori:

1. accesso alle prestazioni sanitarie
2. tutela dei diritti e miglioramento della qualità.

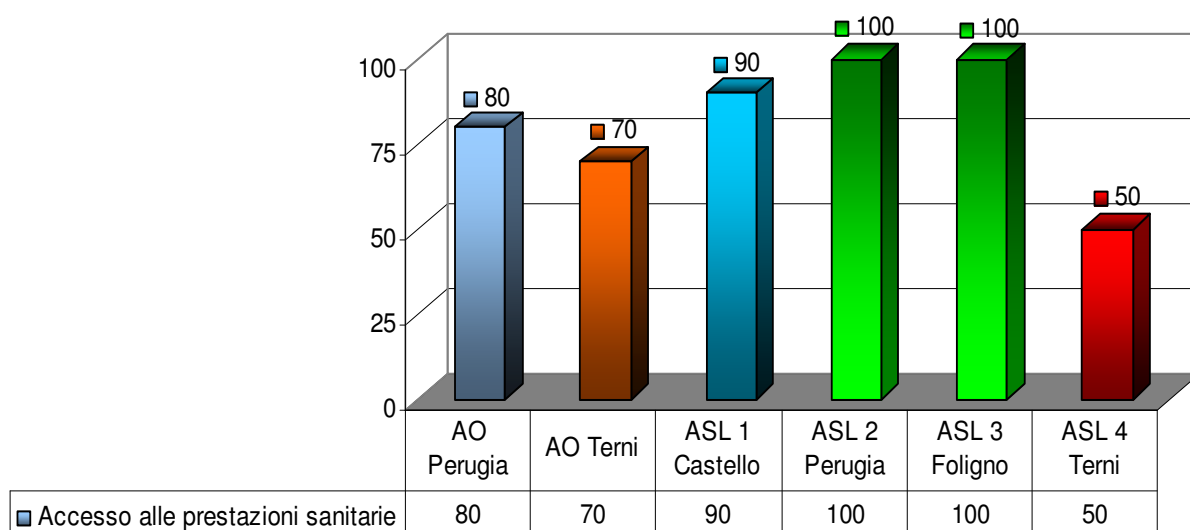
Fattore accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 1

Il grado di adeguamento allo standard è buono con un punteggio IAS medio di 82. Due aziende su 6 conseguono tutti gli standard. Lo scarto tra le due aziende migliori è evidente solo in un caso, mentre per le restanti il divario è contenuto. Qui non sono riportati i risultati dell'indagine pilota sulle liste di attesa in quanto attualmente i report non sono disponibili.

Tab. 1 Indicatori valutati

<i>Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi</i>
<i>Numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico</i>
<i>Sito web aziendale con tutti i seguenti contenuti: elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione</i>
<i>Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate (aggiornate agli ultimi 30 gg.)</i>
<i>Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)</i>

Grafico 1 – Accesso alle Prestazioni Sanitarie (valori indicizzati) – Liv. 1



Un valore che contribuisce negativamente nella valutazione generale è l'indicatore: "Sito web aziendale con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate". Tre aziende su sei ottengono uno IAS 0.

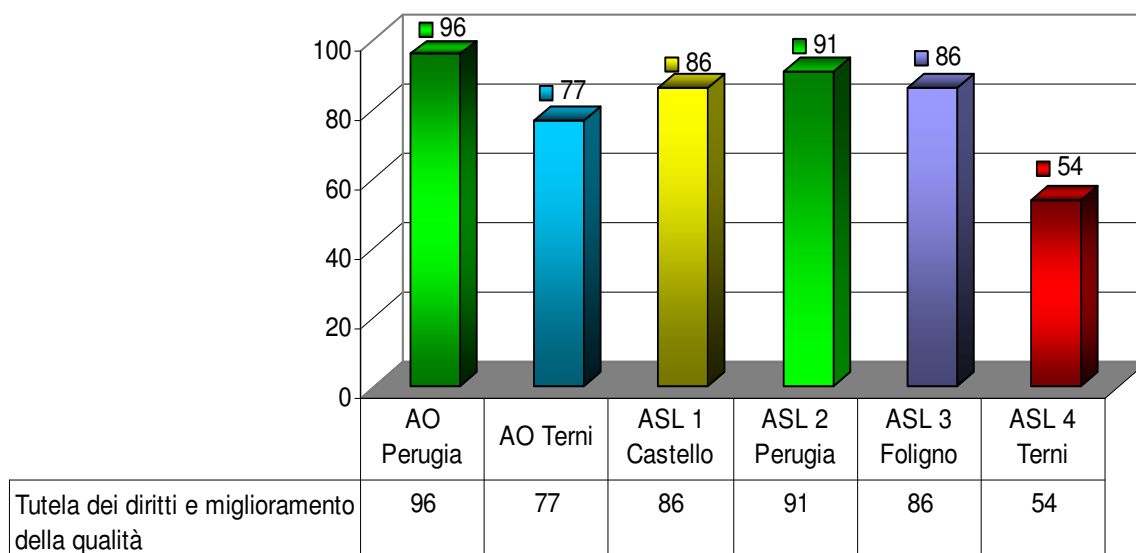
Fattore Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Liv. 1

Il grado di adesione agli indici di riferimento consente di inserire il fattore nella classe di punteggio buono con uno IAS medio di 82. Nessuna azienda consegue completamente tutti gli standard, tuttavia lo scarto tra le aziende è moderato tranne in un caso.

Tab. 2 Indicatori valutati

<i>Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30 gg. dall'invio all'azienda, su totale reclami ricevuti nel mese di marzo dell'anno precedente</i>
<i>Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nell'anno precedente</i>
<i>Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP:</i> - analisi dei reclami per esito; - adozioni di provvedimenti in seguito ad analisi reclami
<i>Standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi aggiornati con il coinvolgimento di una commissione/gruppo di lavoro aziendale</i>
<i>Procedura scritta per il contenzioso extragiudiziale</i>
<i>Ufficio qualità a livello aziendale</i>
<i>Funzione aziendale dedicata alla qualità percepita</i>
<i>Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine aziendale sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici;</i> <i>azioni di miglioramento della qualità in seguito all'indagine di soddisfazione</i>

Grafico 2 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 1



Un'analisi approfondita della base dati permette di osservare come all'interno del fattore in oggetto, l'indicatore "Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30 gg. dall'invio all'azienda, su totale reclami ricevuti nel mese di marzo dell'anno precedente" tutte le aziende ottengano uno IAS 0. La metà delle aziende inoltre non rilascia una "risposta esaustiva entro il numero di giorni previsto dalla Carta dei servizi su totale reclami ricevuti nell'anno precedente".

Livello 2 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini

Il livello 2 con il quale si intende l'analisi dell'assistenza ospedaliera è valutato attraverso tutti e 5 i fattori:

1. Accesso alle prestazioni sanitarie
2. Tutela dei diritti e miglioramento della qualità
3. Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
4. Informazione e comunicazione
5. Comfort

I punteggi medi ottenuti accorpano i valori delle due Aziende Ospedaliere agli Ospedali minori (stabilimenti e/o presidi ospedalieri). Questi ultimi infatti non costituiscono Aziende indipendenti e appartengono alle gestioni delle Aziende Sanitarie Locali.

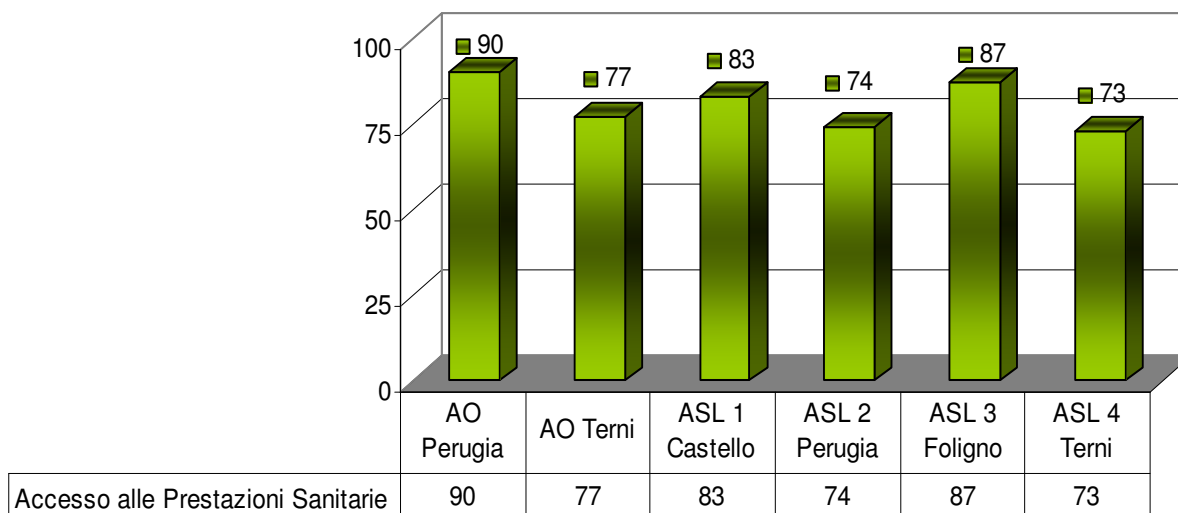
Fattore accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 2

Il grado generale di adeguamento allo standard è buono con uno IAS medio di 81. Si può affermare quindi che l'adeguamento ad un certo numero di standard importanti è entrato nella routine delle aziende sanitarie.

Tab. 3 - Indicatori valutati

<i>Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano</i>
<i>Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero</i>
<i>Agenda dei Ricoveri programmati presso la Direzione Sanitaria o le Unità Operative, consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti</i>
<i>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio</i>
<i>Sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file</i>
<i>Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)</i>
<i>Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso</i>
<i>Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso</i>
<i>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).</i>
<i>Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale</i>

Grafico 3 - Accesso alle Prestazioni Sanitarie (valori indicizzati) – Liv. 2



Nessuna Azienda ottiene un punteggio eccellente poiché influiscono negativamente i punteggi pessimi dei seguenti indicatori evidenziati in giallo nella tabella 4:

Tab. 4 – Indicatori critici

	AO Perugia	AO Terni	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano</i>	100	0	100	0	100	100
<i>N° "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero</i>	100	67	97	93	98	66
<i>Agenda Ricoveri programmati c/o Direzione Sanitaria o U. O. consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti</i>	100	100	80	100	75	80
<i>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio</i>	100	100	55	50	83	77
<i>Sportelli per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file</i>	100	100	67	100	67	43
<i>Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)</i>	0	0	67	100	50	0
<i>Procedura scritta del triage al Pronto Soccorso</i>	100	100	100	50	100	100
<i>Area dedicata allo svolgimento del triage per i pazienti in attesa nel Pronto Soccorso</i>	100	100	100	50	100	100
<i>Assenza di barriere architettoniche</i>	100	100	100	100	96	100
<i>Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale</i>	100	100	67	100	100	100

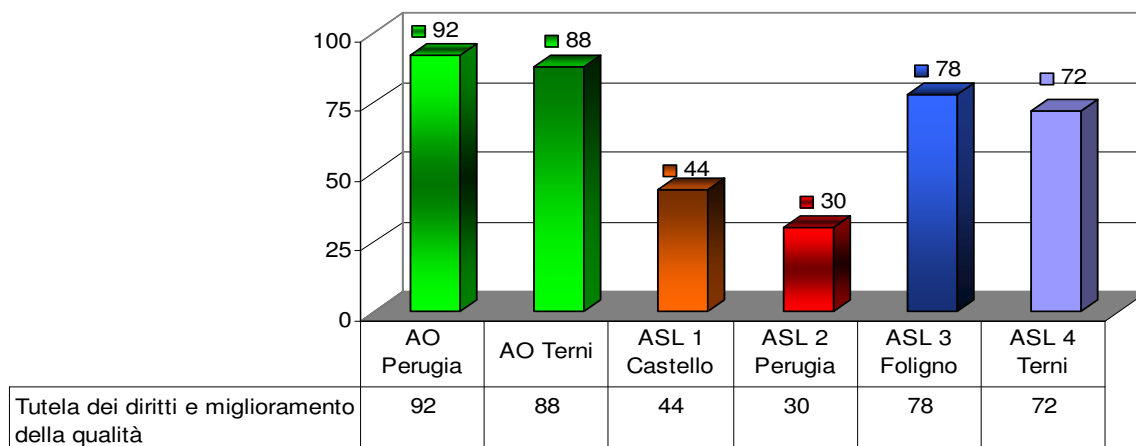
Legenda:

- IAS pessimo, scadente
- IAS mediocre
- IAS discreto

Fattore Tutela dei diritti e miglioramento della qualità – Liv. 2

Il valore medio IAS ottenuto da questo fattore è 67. Nessuna Azienda risponde perfettamente a tutti gli standard. Tra le due aziende ospedaliere lo scarto dei punteggi non è elevato: l'Azienda sanitaria di Perugia ottiene uno IAS che la inserisce a pieno titolo nella classe di punteggio eccellente mentre l'Azienda Ospedaliera di Terni ottiene uno IAS che le permette di raggiungere un giudizio molto buono.

Grafico 4 – Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 2



Se si prova invece a scorporare dalle Aziende Ospedaliere i valori raggiunti dalle Aziende Sanitarie Locali si evince chiaramente che il fattore "Tutela dei diritti e miglioramento della qualità" si pone su una classe di punteggio degna di nota. Due Aziende sanitarie locali si inseriscono nella classe di punteggio discreto grazie alla performance ottenuta dai seguenti Ospedali/Presidi Ospedalieri:

1. Ospedale di Foligno;
2. Presidio Ospedaliero di Spoleto;
3. Presidio Ospedaliero di Narni.

Tab. 5 - indicatori valutati

Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei familiari; utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort; risultati resi pubblici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.

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

Locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini

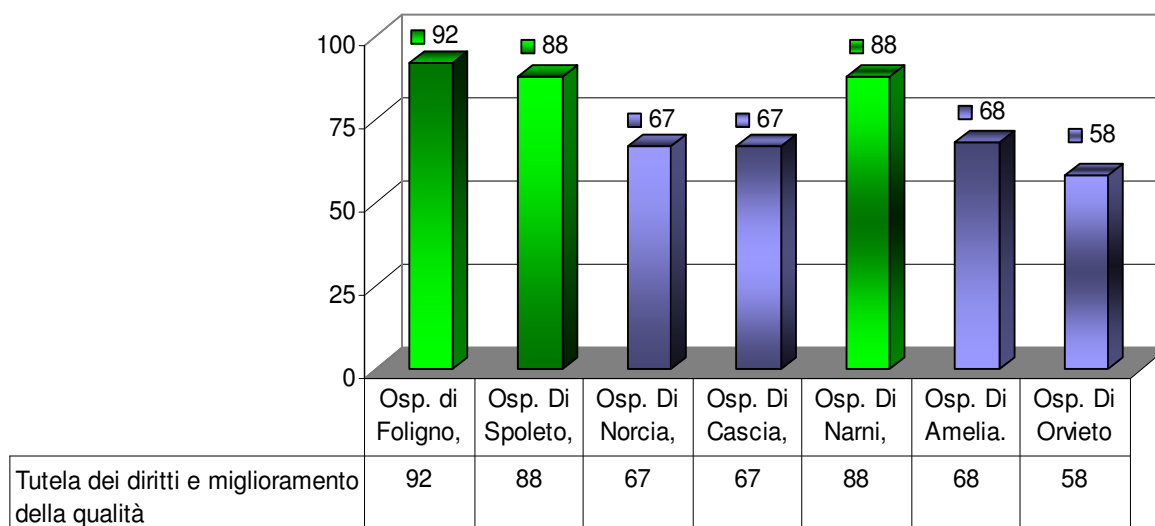
Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami

Schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti

Punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti

Il grafico 5 oltre ad inserire a pieno titolo l'Ospedale di Foligno tra i fuoriclasse delle strutture in grado di rispondere adeguatamente alla Tutela dei diritti e miglioramento della qualità mette in luce come anche il Presidio ospedaliero di Narni e l'Ospedale di Spoleto siano attenti alle procedure di qualità e sostengano l'attività di segnalazione e reclamo dei cittadini.

Grafico 5 – Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 2



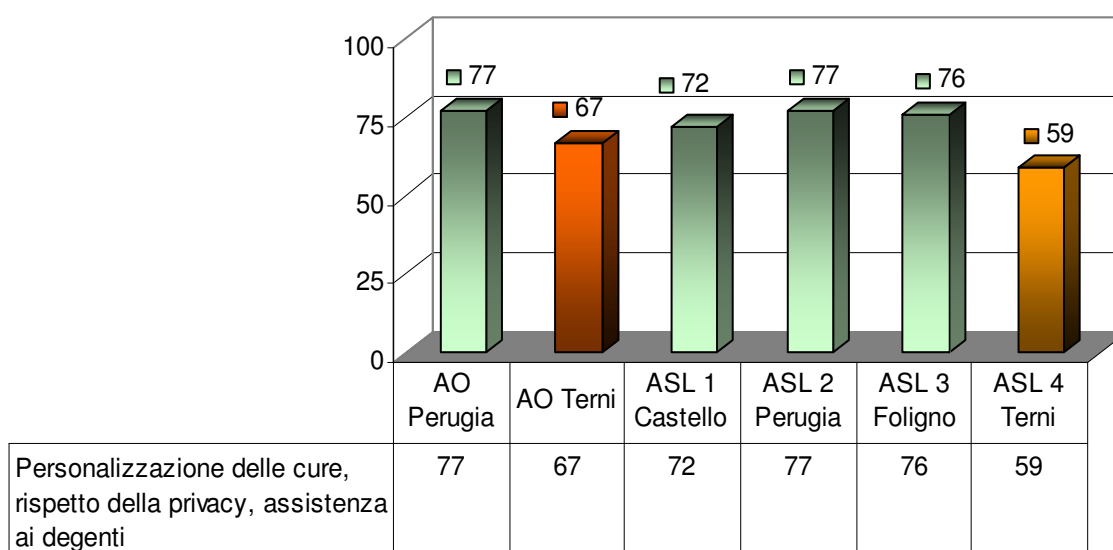
Un'analisi mirata sugli indicatori della tabella 5 evidenzia quasi la totalità delle Aziende sanitarie abbia realizzato *“negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e/o dei familiari”* e che **ad esclusione di una sola** siano stati rispettati i seguenti parametri: *“utilizzo di personale addestrato, domande su argomenti quali accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, comfort, risultati resi pubblici, azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine”*.

Inoltre risultano discrete *“le esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione”*; 4 Aziende su 6 non prevedono *“locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini”*, in un'Azienda non c'è traccia *“al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o avvisi circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami”*; nelle Aziende con un'ampia copertura del territorio sono ridotti *“i punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti”*, costringendo spesso il cittadino a rivolgersi alla sede centrale dell'Azienda dove solitamente è presente l'URP.

Fattore Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti – Liv. 2

Il fattore personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti riguarda l'attenzione generale verso gli aspetti dell'umanizzazione. Il punteggio medio ottenuto è 71 con uno IAS che si inserisce nella classe di punteggio buono per 4 Aziende su 6 tra quelle considerate. Si segnala che la maggior parte delle omissioni per quanto concerne il fattore in oggetto è da riferire ad entrambe le Aziende della Provincia di Terni.

Grafico 6 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti (valori indicizzati) – Liv. 2



Tab. 6 - Indicatori valutati

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

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

Esperienze vincenti – Liv. 2

Nella tabella 7 sono riportate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 7 – Indicatori con punteggio massimo

Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno	IAS 100 per tutte le Aziende oggetto di Audit civico - Liv. 2
Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno	
Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno	
Procedura per assicurare il rispetto della privacy	
Procedura per l'attivazione delle dimissioni protette	
Procedura per l'attivazione delle dimissioni programmate	
Scelta tra due o più opzioni per il menù, per i pazienti a dieta libera	

Rispetto alla totalità degli indicatori riportati nella tabella 6, di seguito sono evidenziati in giallo quegli indicatori con IAS 0. A confronto sono messe solo le due Aziende Ospedaliere. L'unico valore critico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è l'assenza di una "Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico".

In un tessuto sociale sempre più caratterizzato dalla progressiva presenza di soggetti provenienti da diverse aree del mondo, appare un punto di debolezza osservare punteggi inadeguati relativi a Servizio di interpretariato e Servizio religioso per non cattolici.

Tab. 8 – Indicatori critici

	AO PERUGIA	AO TERNI
<i>Servizio di interpretariato</i>	100	0
<i>Servizio di mediazione culturale</i>	100	100
<i>Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)</i>	100	0
<i>Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico</i>	0	100
<i>Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati</i>	30	30

I dati ricavati dalla valutazione civica mettono inoltre in evidenza nette discrepanze in relazione all'indicatore "servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche: oncologia, trapianti, violenza verso donne". Due Aziende su 6 ottengono un grado di adeguamento allo standard eccellente.

Per ciò che concerne la distribuzione dei pasti si consideri la tabella 9.

Tab. 9 - Indicatori critici

Orario della distribuzione	AO Perugia	AO Terni	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>della colazione ai pazienti</i>	100	100	67	50	100	0
<i>del pranzo ai pazienti</i>	0	100	67	50	25	0
<i>della cena ai pazienti</i>	0	0	0	50	0	0

Tab. 10 – Indicatori critici

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 PERUGIA	ASL 3 Foligno	ASL 4 TERNI
<i>Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i ricoverati in rianimazione</i>	0	0	0	N.P.	0	0
<i>Assistenza da parte dei parenti senza limiti di orario per i pazienti in terapia intensiva neonatale</i>	100	0	N.P.	N.P.	0	N.P.
<i>Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune</i>	100	100	67	50	75	67
<i>Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi due anni dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti</i>	100	0	100	100	100	67
<i>Procedura per l'identificazione dei pazienti a rischio di dimissioni difficili nelle Unità operative di: chirurgia, medicina generale, geriatria, lungodegenza</i>	100	100	100	100	75	67
<i>Regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento</i>	100	100	67	0	50	100
<i>Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali</i>	50	50	67	50	25	0
<i>Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi</i>	100	100	83	100	75	0

Tab. 10 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 PERUGIA	ASL 3 Foligno	ASL 4 TERNI
U.O. di medicina generale che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari riservando loro una stanza	20	15	58	100	33	50
U.O. con divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori dell'ospedale	88	100	67	50	29	56
U.O. dotate di aree di socializzazione per i degenti	47	15	67	63	61	48
U.O. di oncologia e/o diabetologia con procedure per favorire l'inserimento del caregiver nella gestione della malattia da parte della famiglia del paziente	33	100	50	N.P.	50	0
U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti mediante posto letto/poltrona letto e mensa	68	38	38	19	96	78
U.O. che utilizzano la cartella integrata	53	77	100	100	95	83

Legenda:

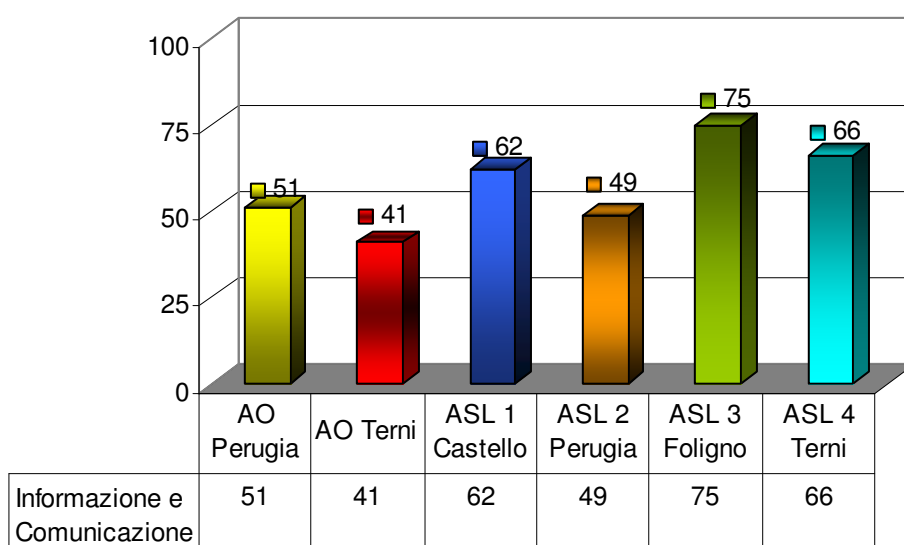
- IAS pessimo, scadente
- IAS discreto

Fattore Informazione e comunicazione – Liv. 2

Il fattore è misurato solo a livello di assistenza ospedaliera (L2) e a livello delle cure primarie (L3). Gli indicatori si riferiscono all'informazione logistico organizzativa (materiali informativi, cartellonistica interna alle sedi, segnaletica ecc...) e all'informazione sanitaria (cartelle cliniche, consenso informato ecc...).

Il comportamento generale del fattore espresso in valori medi presenta uno IAS 57 e si sistema nella classe di punteggio mediocre. Nessuna Azienda garantisce la completa attuazione degli standard proposti. Lo scarto tra le due Aziende ospedaliere non è esagerato mentre lo diventa se si confrontano le aziende ospedaliere con le Aziende sanitarie locali.

Grafico 7 - Informazione e Comunicazione (valori indicizzati) – Liv. 2



Tab. 11 - Indicatori valutati⁵

Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale
Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente
Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)
Consegna a domicilio cartella clinica
Consegna a domicilio referti di esami diagnostici
Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet
Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente
Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti

⁵ Alla voce “consenso informato” sono stati considerati i seguenti parametri: 1. informativa dettagliata sulla diagnosi; 2. natura e scopo del trattamento; 3. prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto; 4. percentuale di rischio associata al trattamento; 5. composizione équipe chirurgica; 6. alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio; 7. dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza dell'informazione ricevuta; 8. indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia; 9. presenza firma congiunta medico e paziente; 10. possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa le responsabilità dei pazienti
Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
Cartellonistica esterna entrata principale
Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale
Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria
Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano
Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di adenotonsillectomia
Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di appendicectomia nel minore
Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di prostatectomia radicale
Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di isterectomia radicale
Modulo scritto di consenso informato per l'intervento di taglio cesareo programmato
Comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico.
Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici
Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico
Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con gli orari della giornata
Unità Operative di degenza dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale
Unità Operative in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento
Unità Operative che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: -diagnosi; -procedure e terapie effettuate; -terapia prescritta; -prescrizioni su comportamenti/precauzioni.
Unità Operative con cartella clinica completamente informatizzata

Esperienze vincenti – Liv. 2

Nella tabella 12 sono riportate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 12 – Indicatori con punteggio massimo

Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria	IAS 100 per tutte le Aziende oggetto di Audit civico - Liv. 2
Cartellonistica esterna entrata principale	
Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo dell'anno precedente	
Consegna a domicilio cartella clinica	

Nella tabella 13 sono evidenziati in giallo gli indicatori con IAS 0. I valori che contribuiscono negativamente alla valutazione generale sono molteplici; i punteggi inoltre mostrano come in alcuni casi il grado di adeguamento allo standard tra le diverse Aziende non sia evidente in quanto quasi tutte ricadono in una comune classe di punteggio. In altri casi una sola azienda su 6 presenta uno scarto marcato.

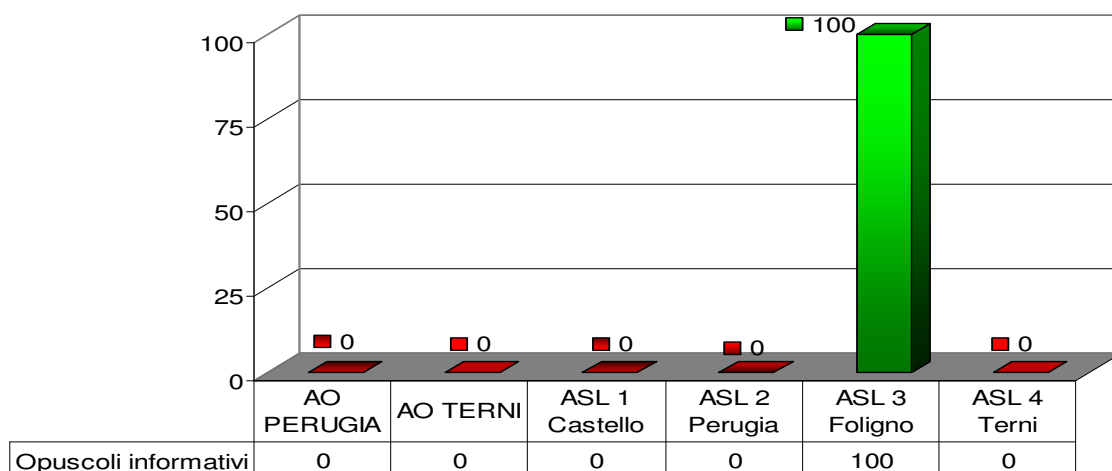
Tab. 13 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Consegna a domicilio referti di esami diagnostici</i>	100	100	67	100	100	100
<i>Copia/CD delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)</i>	0	0	67	50	75	0
<i>Trasmissione ai pazienti dei risultati delle analisi ambulatoriali tramite internet</i>	0	0	0	0	50	0
<i>Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale</i>	100	100	67	100	50	100
<i>Prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria</i>	100	0	67	100	100	100
<i>Ascensori per il pubblico con indicazioni sulle Unità Operative/Servizi presenti a ogni piano</i>	100	0	100	35	43	100
<i>Procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale</i>	0	100	100	0	75	100
<i>Comunicazione scritta circa i criteri di attribuzione dei codici di priorità (triage) e del relativo ordine cronologico di presa in carico.</i>	100	100	100	50	100	100

Legenda:

IAS pessimo
 IAS scadente, mediocre

Grafico 8 - Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente, i diritti dei pazienti e le loro responsabilità.



Un approfondimento sulle Unità Operative evidenzia un eccellente grado di adeguamento (IAS 100) comune a tutte le Aziende come nel caso dell'indicatore "scheda di dimissioni in cui sono indicate: diagnosi, procedure e terapie effettuate, terapia prescritta, prescrizioni su comportamenti/precauzioni".

Valori non omogenei si riscontrano invece nei casi specificati nella tabella 14.

Tab. 14 – Indicatori in evidenza – Unità Operative

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
U.O. di degenza dove è presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici	63	29	50	35	50	90
U.O. di degenza dove è presente un cartello con indicati il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico	65	23	50	38	38	88
U.O. di degenza dove è presente un cartello con gli orari della giornata	81	54	100	0	75	96
U.O. di degenza dove è presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale	47	46	63	38	43	96
U.O. in cui è presente una procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento	29	23	8	0	10	4
U.O. con cartella clinica completamente informatizzata	6	0	0	0	54	7

Legenda:

 IAS pessimo, scadente

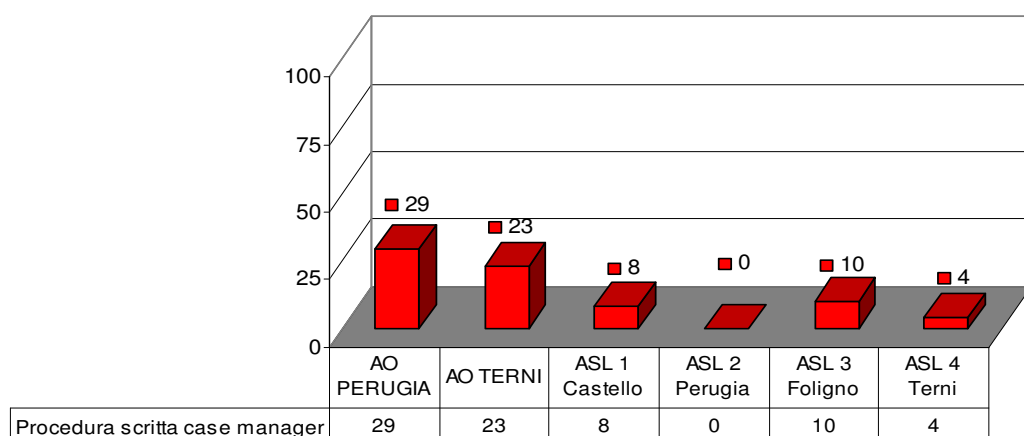
Solo un'Azienda su 6 ha all'interno dei propri Ospedali "cartelli che indicano nominativi e qualifiche dei medici e nominativo qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico". Il dato stupisce in quanto non fa riferimento alle Aziende Ospedaliere bensì ad una Azienda sanitaria Locale (IAS 90, IAS 88).

Il punteggio minore sempre in riferimento all'indicatore sopra è ottenuto da un'Azienda Ospedaliera. "I cartelli con gli orari della giornata" sono presenti in 5 Aziende su 6 ad eccezione di una sola Azienda dove se ne segnala la totale assenza.

I cartelli non sono infatti esposti nel Presidio Ospedaliero di Assisi e di Castiglione del Lago. Andamento mediocre per l'indicatore "cartello con l'orario di ricevimento del personale"

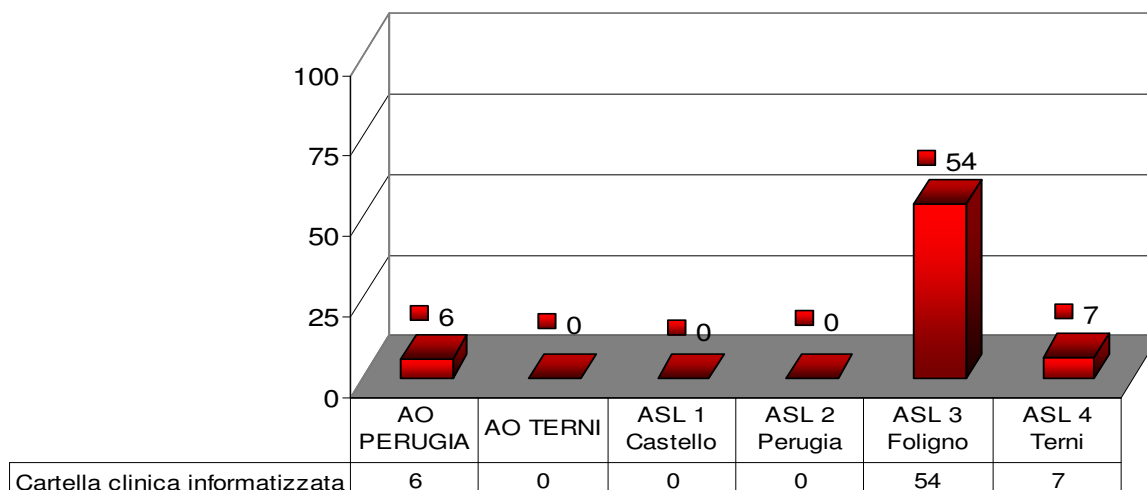
Nella classe di punteggio tra pessimo e scadente si inseriscono tutte le Aziende in riferimento all'indicatore "presenza procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico". I punteggi sono visibili oltre che nella tabella 14 nel grafico 9.

Grafico 9 - Procedura scritta per cui i pazienti sono affidati ad un tutor (o case manager) operatore medico/infermieristico di riferimento.



Il grafico 10 indica le Aziende che dispongono della "cartella clinica completamente informatizzata". Da notare come il grado pessimo di adeguamento sia comune ad eccezione di una sola Azienda sanitaria locale.

Grafico 10 - U.O. con cartella clinica completamente informatizzata



Il fattore informazione e comunicazione è costituito da alcuni indicatori che riferiscono al consenso informato.

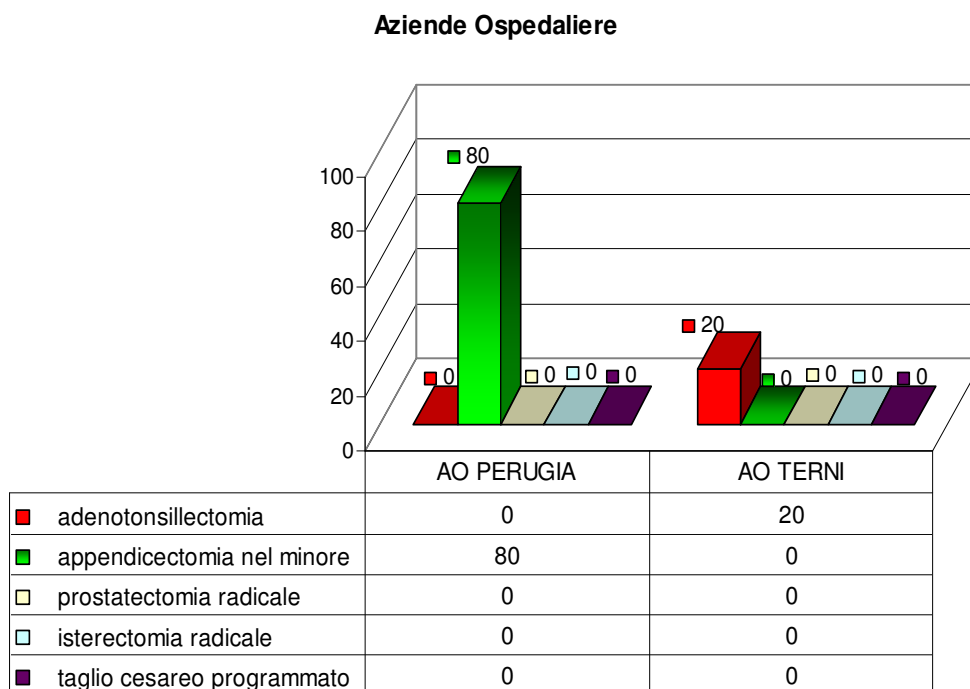
Premesso che il consenso informato⁶ è

- la manifestazione di volontà che il paziente, previamente informato in maniera esauriente dal medico su natura e possibili sviluppi del percorso terapeutico, dà per l'effettuazione di interventi di natura invasiva sul proprio corpo
- è un momento importante nel rapporto che il terapeuta intrattiene con il paziente. Esso è funzionale, da un lato, a fondare la fiducia del paziente nel terapeuta e, dall'altro, a rendere partecipe, responsabilizzandolo, il paziente sulle ragioni e la fondatezza del percorso terapeutico individuato, secondo scienza e coscienza, dal medico.
- Tale aspetto, nella attuale evoluzione sia della scienza medica che della legislazione, non si fonda più solo sulla maggiore o minore sensibilità del medico ma si configura soprattutto come un preciso diritto del cittadino nella sua veste di paziente.

Dalla lettura combinata dell'art. 13 e 32 della Costituzione, secondo i quali "la libertà personale è inviolabile" e "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" si desume che l'informazione si inserisce nella corretta maturazione della volontà del soggetto di scegliere sul suo stato di salute quale aspetto della sua più generale libertà personale.

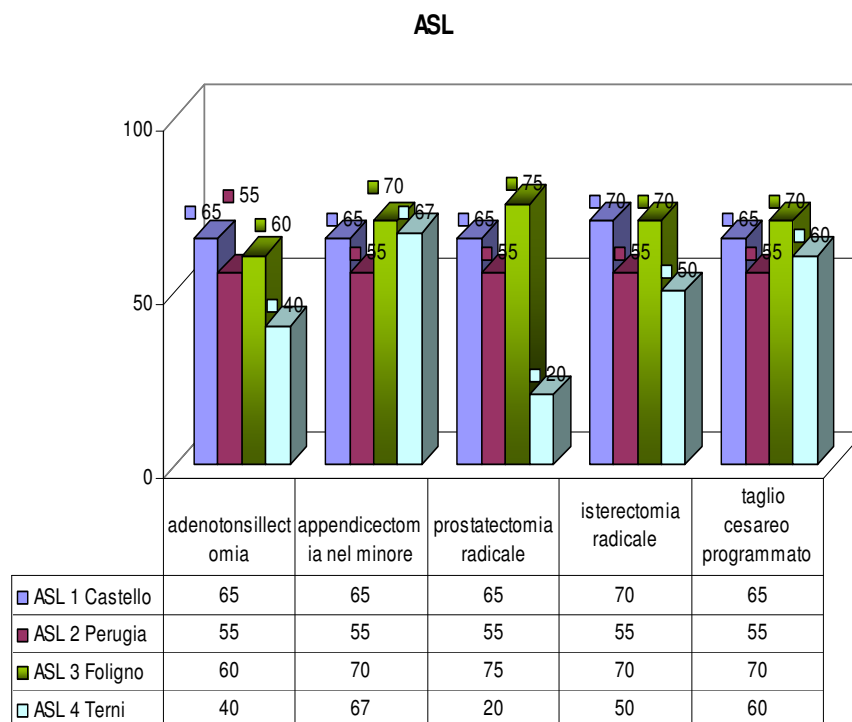
L'Audit civico ha indagato la formulazione del consenso informato secondo specifici parametri e i risultati ottenuti sono rappresentati nel grafico 11 e 12.

Grafico 11 – Il consenso informato



⁶ Cfr: <http://www.assimedici.it/esperti/Avv.-Paola%20Ferrari/ConsensoInformato.pdf>

Grafico 12 – Il consenso informato



Fattore Comfort – Liv. 2

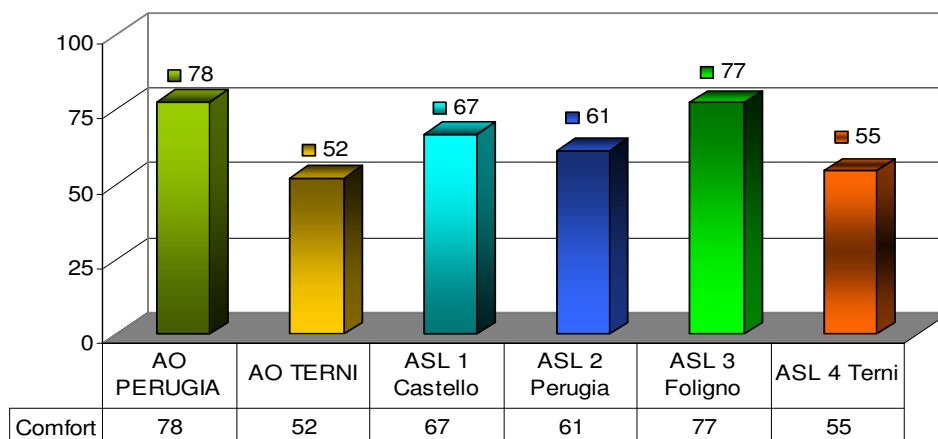
Per il fattore comfort sono stati utilizzati indicatori relativi alla presenza di servizi negli ospedali (bar, sportelli bancomat ecc...), alla qualità dei servizi igienici, alle dotazioni dei reparti di degenza. Nel corso dell'osservazione è stata anche rilevata la fatiscenza delle strutture, la scarsa manutenzione (vetri rotti, rubinetti guasti ecc...) e la trascuratezza dei luoghi (biancheria e rifiuti abbandonati ecc...). In questi casi si è parlato di "eventi sentinella" ovvero di indicatori particolari che hanno contribuito negativamente nell'analisi. Il valore medio ottenuto è di 65 posizionandosi sulla classe di punteggio discreta.

Tab. 15 - Indicatori valutati

<i>Numero posti letto in camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza, su tot di posti letto</i>
<i>Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria</i>
<i>U.O. con lavapadelle a ciclo di disinfezione</i>
<i>Richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte</i>
<i>Bar accessibile ai pazienti</i>
<i>Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona</i>
<i>Barbiere e parrucchiere (operanti a tempo pieno o a orario fisso nel presidio, o a chiamata)</i>
<i>Possibilità di acquistare giornali e riviste</i>
<i>Sportello Bancomat (o sportello bancario)</i>
<i>Parcheggio interno per il pubblico</i>
<i>Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale</i>
<i>Parcheggio interno con posti riservati a disabili</i>
<i>Posti a sedere nell'atrio dell'ospedale</i>
<i>Elementi decorativi nell'atrio principale (quadri, piante)</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di vetri rotti</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di finestre che non si chiudono</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di rubinetti rotti</i>
<i>Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di servizi igienici fuori uso</i>
<i>Spazio di attesa con posti a sedere nel Pronto Soccorso</i>
<i>Bagno per disabili nel Pronto Soccorso</i>
<i>Bagno per il pubblico nel Pronto Soccorso</i>
<i>Bagni del Pronto Soccorso dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda; contenitori porta rifiuti; appendiabito.</i>
<i>Gabinetti del Pronto Soccorso dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero; carta igienica;appendiabito.</i>
<i>Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso</i>
<i>Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano)</i>
<i>Distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso (presenza al piano)</i>
<i>Possibilità per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso di avere acqua, in qualsiasi momento, e alimenti gratuiti</i>
<i>Ambulatori dotati di spazio d'attesa</i>
<i>Distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori</i>
<i>Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori</i>
<i>Ambulatori con bagni per disabili</i>
<i>Ambulatori con bagni per il pubblico</i>

Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito
Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito
U.O. con stanze di degenza con più di 4 posti letto
U.O. che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate e bicchiere)
U.O. in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata
U.O. con posti letto dotati di: sedia, comodino, armadietto
U.O. con bagni per disabili
U.O. con bagni per i degenti nelle stanze di degenza
U.O. con bagni dotati di: specchio; mensola; contenitore portarifiuti; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; appendiabito
U.O. con gabinetti dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di segni di fatiscenza alle pareti
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di vetri rotti
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di stanze di degenza senza finestre
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di finestre che non si chiudono
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale della presenza di insetti, scarafaggi, ecc.
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di rifiuti o altro materiale abbandonato
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di rubinetti rotti
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di servizi igienici fuori servizio
Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale dell'assenza di acqua calda

Grafico 13 - Comfort (valori indicizzati) – Liv. 2



Nonostante il livello medio che pone gli Ospedali dell'Umbria nella classe discreta di punteggio, sussistono situazioni negative. Lo IAS più basso appartiene infatti ad una Azienda Ospedaliera e non esistono situazioni con strutture eccellenti.

Tutte le Aziende possiedono uno spazio di attesa con posti a sedere, un bagno per disabili e per il pubblico nel Pronto Soccorso. Le Unità Operative dispongono di posti letto con sedia, comodino e armadietto, è presente al piano un distributore di bevande/alimenti nel Pronto Soccorso.

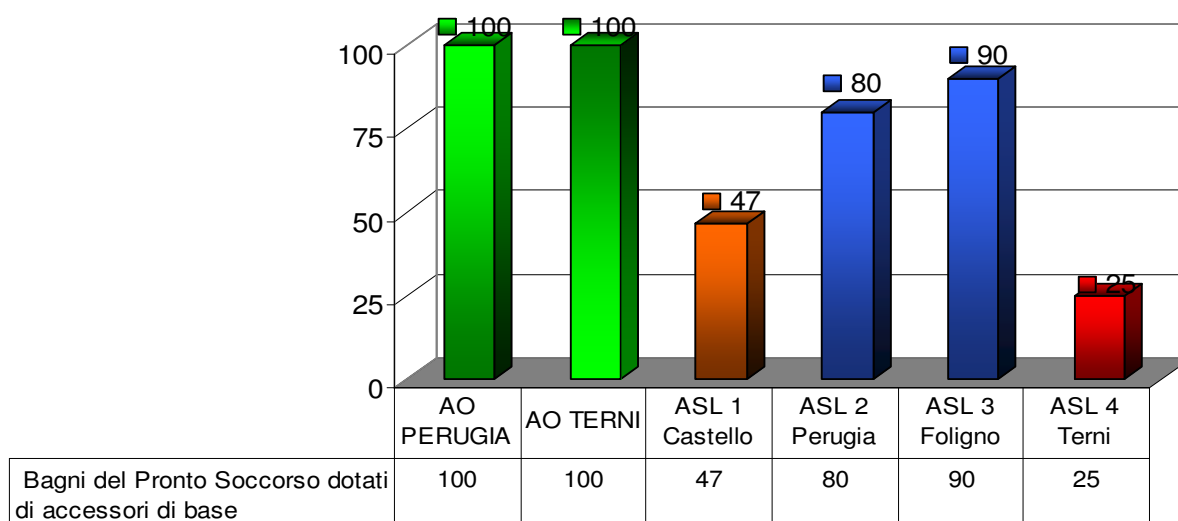
I progressi del comfort come segnala la tabella 16, 17 e 18 non sono entusiasmanti. Nonostante gli interventi di ristrutturazione eseguiti negli anni, soffre più di tutti l'Azienda Ospedaliera di Terni costruita sul finire degli anni '50⁷. Ottengono invece un giudizio quasi buono l'Azienda ospedaliera di Perugia e la ASL n°3 con l'Ospedale di Foligno di costruzione più recente.

Tab. 16 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Bar accessibile ai pazienti</i>	100	100	67	50	50	67
<i>Punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona</i>	100	100	67	0	100	33
<i>Barbiere e parrucchiere (operanti a tempo pieno o a orario fisso nel presidio, o a chiamata)</i>	0	0	0	50	75	100
<i>Possibilità di acquistare giornali e riviste</i>	100	100	100	50	75	67
<i>Sportello Bancomat (o sportello bancario)</i>	100	100	33	0	50	33
<i>Parcheggio interno per il pubblico</i>	100	100	100	50	100	67
<i>Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale</i>	100	0	33	0	75	0
<i>Elementi decorativi nell'atrio principale (quadri, piante)</i>	100	0	100	100	100	67

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente, mediocre

Grafico 14 - Bagni del Pronto Soccorso dotati di accessori di base



⁷ Cfr. <http://www.operepubbliche.regione.umbria.it/Mediacenter/FE/CategoriaMedia.aspx?idc=209&explicit=SI>

Tab. 17 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Gabinetti del Pronto Soccorso dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero; carta igienica; appendiabito.	83	76	65	68	85	67

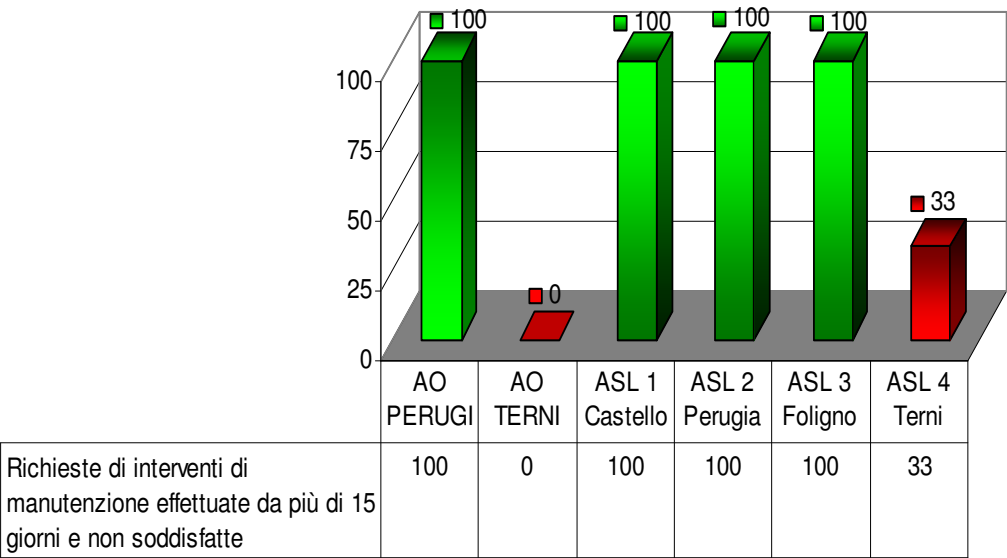
Legenda: _____ IAS discreto

Tab. 18 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Telefono pubblico presso il Pronto Soccorso	100	100	100	0	75	100
Distributore di acqua gratuita nel Pronto Soccorso (presenza al piano)	50	50	17	50	50	50
Possibilità per i pazienti in corso di visita al Pronto soccorso di avere acqua, in qualsiasi momento, e alimenti gratuiti	0	0	0	50	25	100
Ambulatori dotati di spazio d'attesa	100	30	23	100	100	100
Distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori	100	0	33	85	93	0
Distributori di acqua gratuita negli spazi d'attesa degli ambulatori	0	0	0	0	0	0
Ambulatori con bagni per disabili	100	100	0	50	75	43
Ambulatori con bagni per il pubblico	100	100	90	100	100	77
Bagni degli ambulatori dotati di: specchio; dispensatore di sapone; dispensatore di asciugamani a perdere o di aria calda; contenitori portarifiuti; appendiabito	100	70	58	80	84	85
Gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero; carta igienica; appendiabito	83	68	44	70	84	65

Legenda:
 _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Grafico 15 - Richieste di interventi di manutenzione effettuate da più di 15 giorni e non soddisfatte



L'informazione che emerge dal grafico 16 e 17 è relativa al fattore comfort, fortemente penalizzato dagli indicatori relativi alla trascuratezza strutturale degli Ospedali.

Grafico 16 - AO TERNI - Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di:

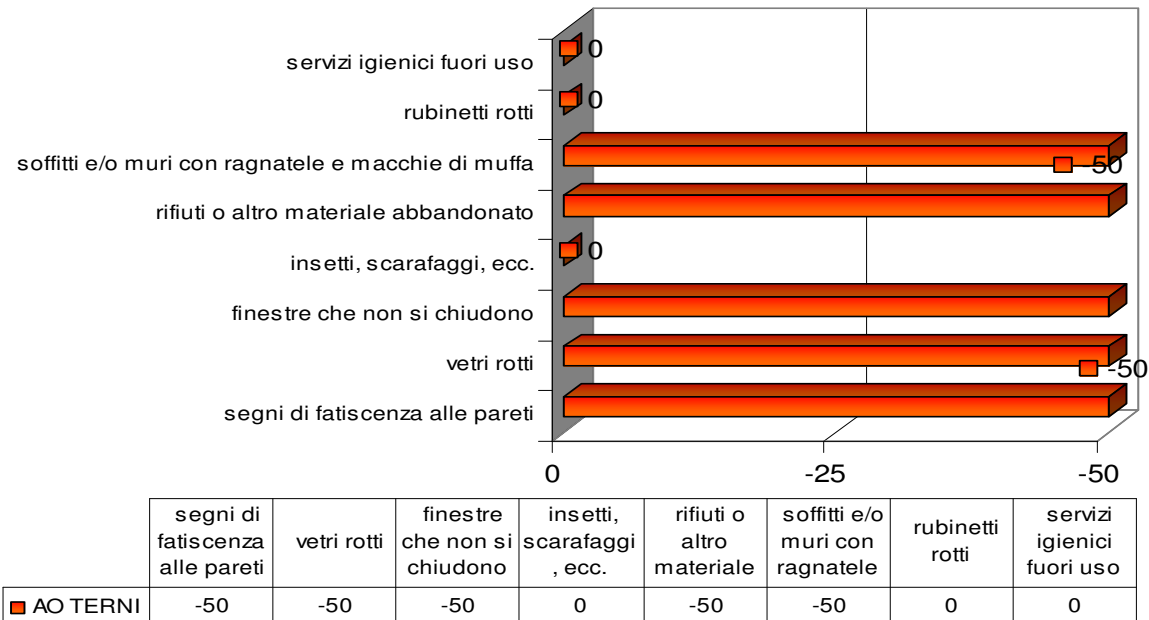
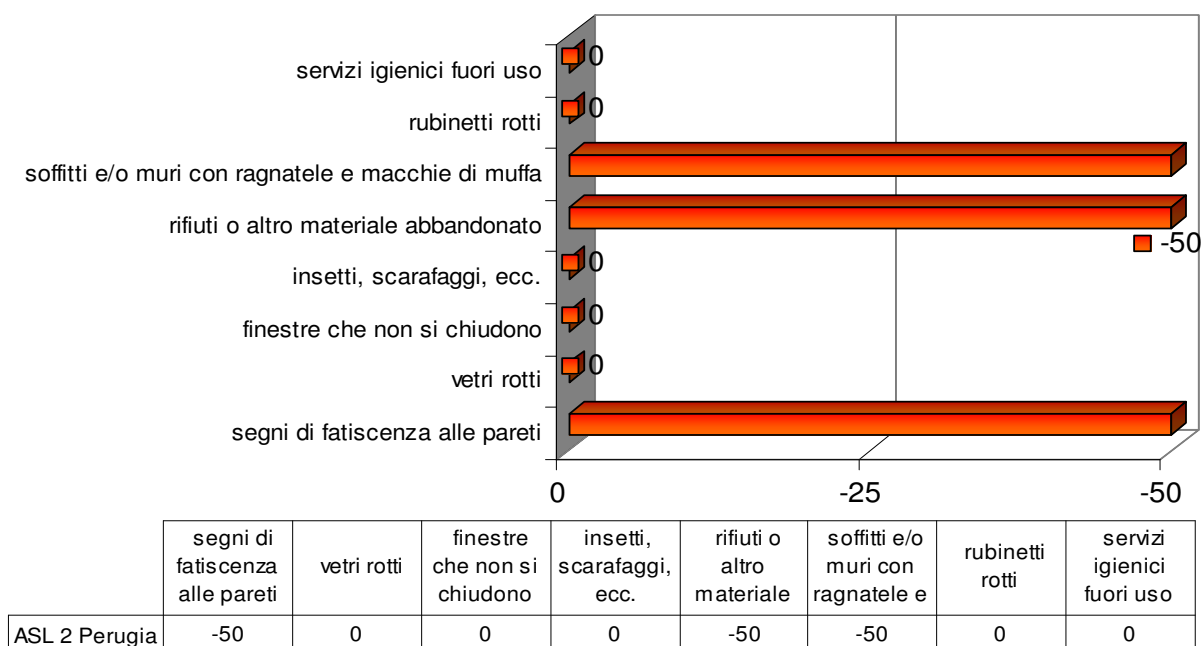


Grafico 17 – ASL n°2 - Rilevamento nelle parti comuni dell'ospedale di:



Il calcolo dello IAS è ulteriormente penalizzato se si indaga all'interno delle Unità Operative. La tabella 19 evidenzia la fatiscenza, la scarsa manutenzione e la trascuratezza nei reparti di degenza.

Tab. 19 – Indicatori critici – Eventi sentinella

Rilevamento nelle U.O. dell'ospedale di:	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
segni di fatiscenza alle pareti	-50	0	0	0	-50	-50
vetri rotti	0	0	0	0	0	-50
stanze di degenza senza finestre ⁸	0	0	0	0	-50	-50
finestre che non si chiudono	-50	0	0	0	0	-50
insetti, scarafaggi, ecc.	0	0	0	0	0	0
rifiuti o altro materiale abbandonato	0	0	0	0	0	0
soffitti e/o muri con ragnatele e macchie di muffa	0	-50	0	-50	0	-50
rubinetti rotti	0	0	0	0	0	0
servizi igienici fuori servizio	0	0	0	0	0	0
assenza di acqua calda	0	0	0	0	0	-50

Legenda:

_____ sotto la soglia minima – eventi sentinella

⁸ Non tenere conto della voce ASL n°3 in quanto è stato rilevato un errore di trasferimento dati dal cartaceo al portale.

Tab. 20 - Approfondimenti sulle Unità Operative

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
U.O. con lavapadelle a ciclo di disinfezione	100	100	80	35	25 ⁹	10
U.O. con stanze degenza con più di 4 posti letto	100	85	100	100	100	71
U.O. che forniscono ai degenti accessori completi pasti (posate e bicchiere)	100	100	80	100	94	83
U.O. in cui è possibile per i pazienti consumare i pasti in una sala da pranzo dedicata	12	0	17	13	33	0
U.O. con bagni per disabili	65	100	100	88	86	56
U.O. con bagni per i degenti nelle stanze di degenza	100	92	83	100	75	100
U.O. con bagni dotati di accessori base	93	59	78	68	89	63
U.O. con gabinetti dotati di accessori base	84	66	80	69	90	72
Numero posti letto in camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza, su numero totale di posti letto	100	59	96	100	75	83
Numero gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria	40	33	50	43	51	36

Legenda:

_____ IAS pessimo, scadente mediocre

⁹ Dato non corretto per errore di trasferimento dati dal cartaceo al portale.

Livello 3 – Aziende a confronto - Orientamento ai cittadini

Le Aziende Sanitarie locali in Umbria sono organizzate a livello territoriale in distretti le cui sedi operative direttamente a contatto con il cittadino sono i Centri di Salute. Si precisa pertanto che nella valutazione è stato utilizzato il termine distretto intendendo l'analisi dei centri di salute.

L'orientamento ai cittadini a livello 3 analizza l'ambito delle cure primarie e si struttura in tre sottolivelli:

- 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.).

Ognuno dei livelli è valutato attraverso gli stessi 5 fattori utilizzati per il Liv. 1 e Liv. 2:

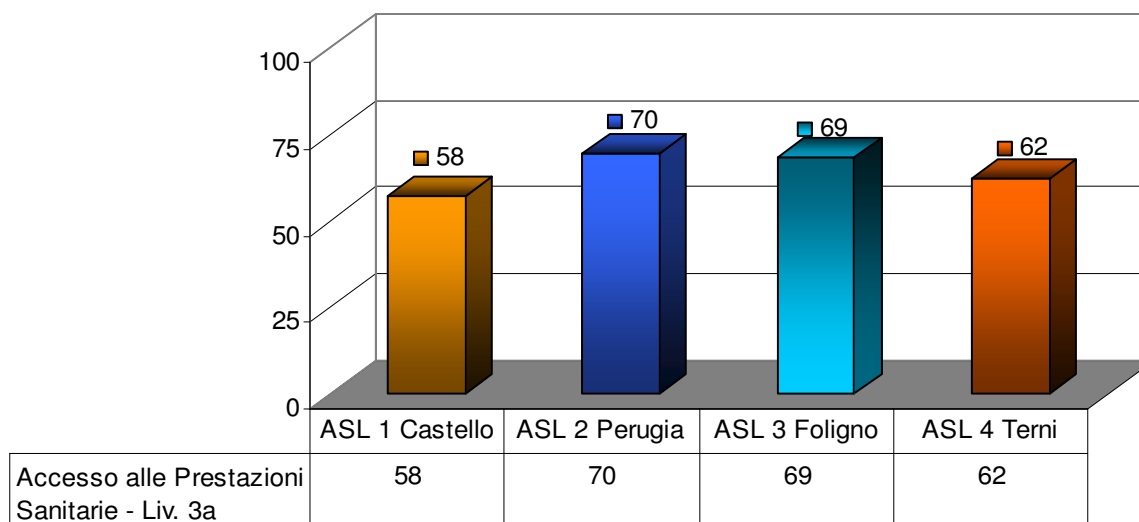
1. Accesso alle prestazioni sanitarie
2. Tutela dei diritti e miglioramento della qualità
3. Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
4. Informazione e comunicazione
5. Comfort

Sono ovviamente escluse dalla valutazione le Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni.

Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3 – Sede di distretto

L'accesso alle prestazioni sanitarie valutato su questo livello consegue uno IAS medio di 65 che si inserisce nella classe di punteggio discreto. Nessuna Azienda consegue livelli di qualità eccellenti. La comparazione mostra come lo scarto tra l'Azienda con punteggio maggiore e quella con punteggio minore non sia estremamente marcato. Il grafico 18 spiega nel dettaglio il grado di adeguamento allo standard.

Grafico 18 - Accesso alle Prestazioni Sanitarie (valori indicizzati) – Liv. 3 Distretto



Tab. 21 - Indicatori valutati

Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su totale medici medicina generale
Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri
Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP su totale medici medicina generale
Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri
Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale
Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria
Numero medici di medicina generale che hanno messo in atto la medicina di gruppo sul numero totale dei medici di medicina generale
Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto
Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
Tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche
Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto
Barriere architettoniche nella sede di distretto
Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede di distretto)
Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file

Esperienze vincenti – Liv. 3°

Gli indicatori valutati per le sedi di distretto sono 14. Le esperienze vincenti da annoverare nella classe di punteggio eccellente fanno riferimento a **3 indicatori** i cui punteggi sono compresi tra uno IAS 95 e IAS 100. Nella tabella 22 sono riportate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 22 – Indicatori con punteggio massimo

<i>Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)</i>	IAS 95 - 100 per tutte le Aziende oggetto di Audit civico - Liv. 3a
<i>Tempi di risposta della guardia medica alle chiamate telefoniche</i>	
<i>Barriere architettoniche nella sede di distretto</i>	

I dati riferiti ai MMG sono diversificati tra loro. Un'Azienda su 4 presenta "medici di medicina generale collegati telematicamente al CUP sul totale di MMG", la metà delle Aziende offre un servizio virtuoso in quanto dispone di "studi aperti dopo le ore 18 per almeno un'ora su totale medici medicina generale".

Mediocre è invece il valore dell'indicatore riferito al "Numero di ambulatori di medicina generale con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale".

"La medicina di gruppo" è presente ovunque con un punteggio al limite del buono solo per un'Azienda. Nelle altre invece l'indicatore presenta punteggi mediocri.

La situazione dei pediatri è fortemente critica. La tabella 23 indica i valori ottenuti.

Tab. 23 – Indicatori critici

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri</i>	71	58	49	56
<i>Numero di pediatri che sono collegati telematicamente al CUP su numero totale di pediatri</i>	0	22	0	0
<i>Numero di ambulatori dei pediatri di libera scelta con orario di apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di pediatria</i>	7	38	50	3

Legenda





	IAS pessimo
	IAS scadente
	IAS mediocre
	IAS discreto

Grafico 19 - Prenotazioni mediante CUP aziendale presente nella sede di distretto – Liv. 3a

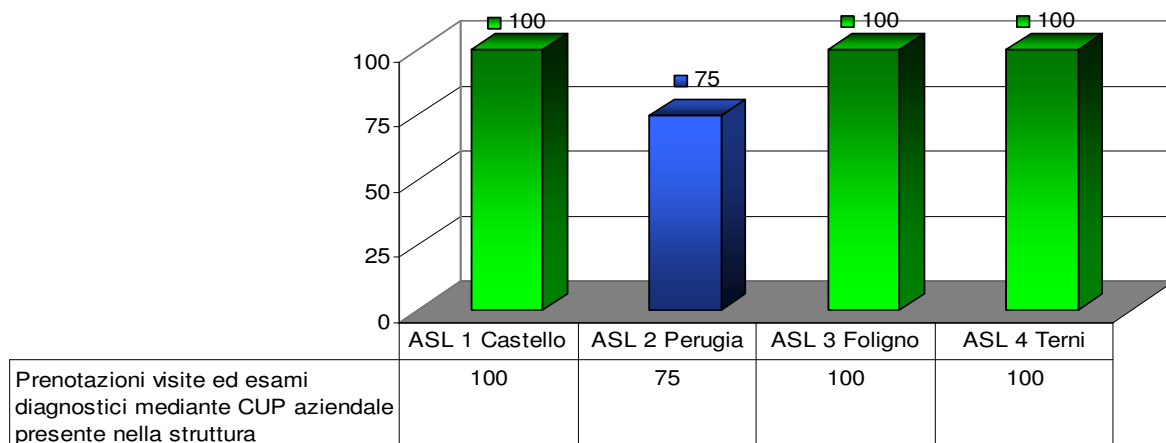


Grafico 20 - Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file

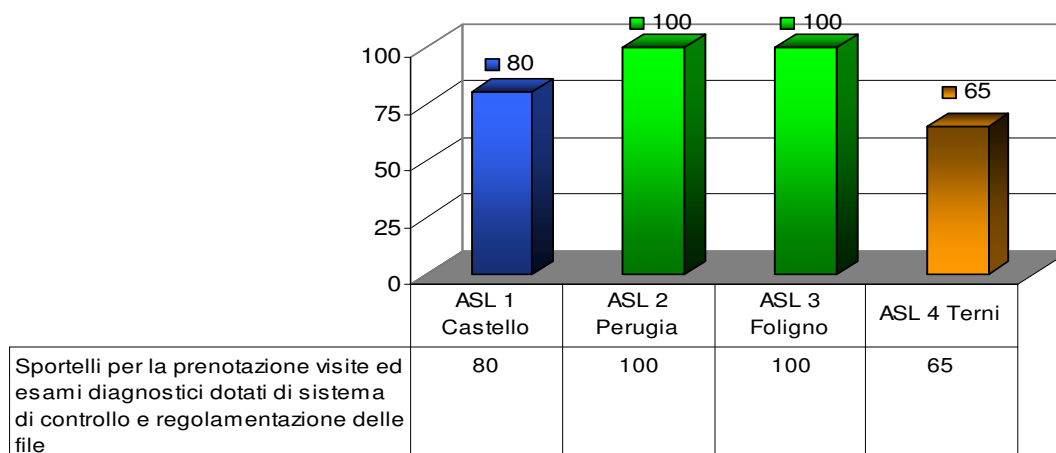


Grafico 21 - Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto

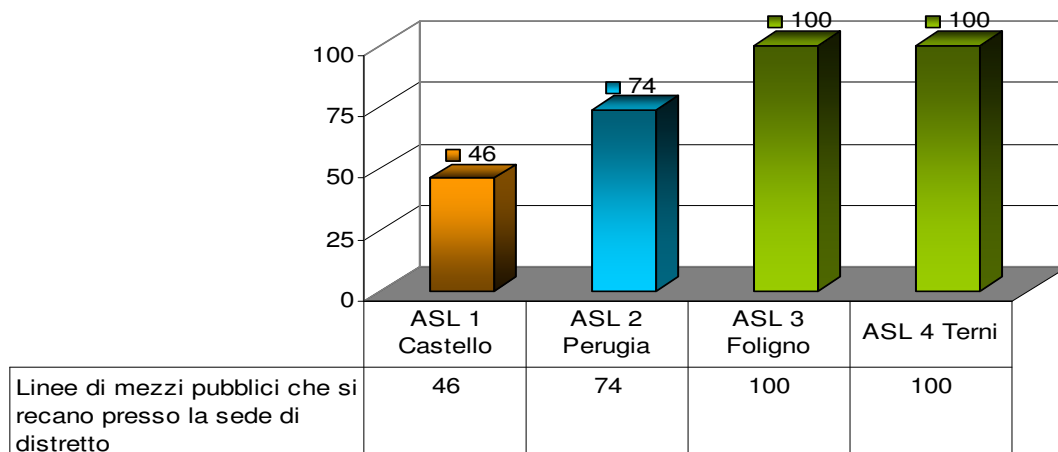
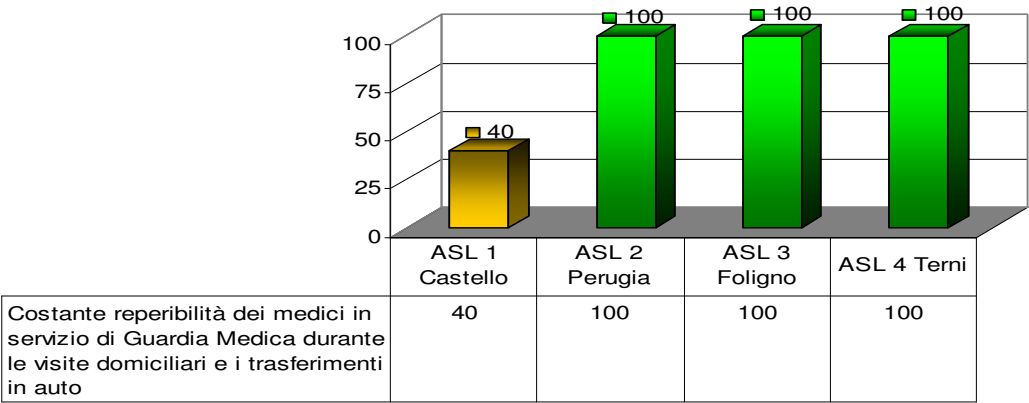


Grafico 22 - Costante reperibilità dei medici in servizio di Guardia Medica durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto



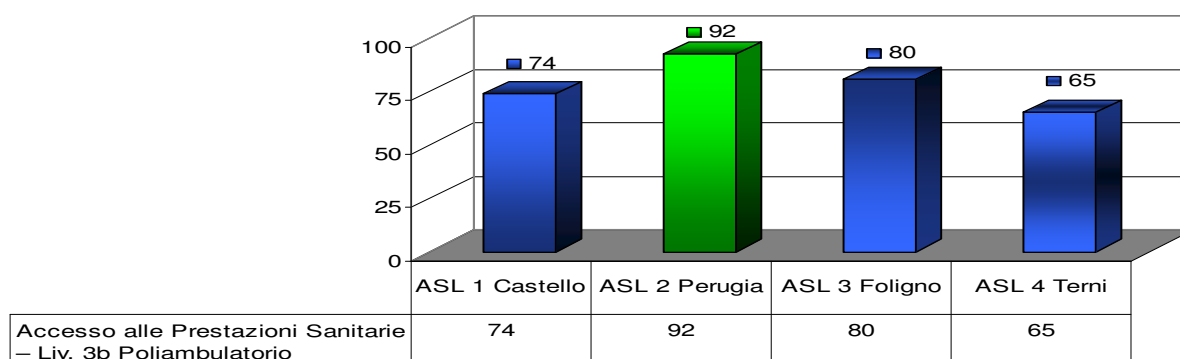
Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3b – Poliambulatorio

La valutazione media dei poliambulatori per il fattore in oggetto raggiunge un valore medio di 78. La classe di punteggio di appartenenza è discreto a pieno titolo, con un Azienda su 4 che raggiunge valori di eccellenza e vede le altre con punteggi medi il cui scarto non è rilevante.

Tab. 24 – Indicatori valutati

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

Grafico 23 - Accesso alle Prestazioni Sanitarie (valori indicizzati) – Liv. 3b Poliambulatorio



Tab. 25 – Indicatori in evidenza

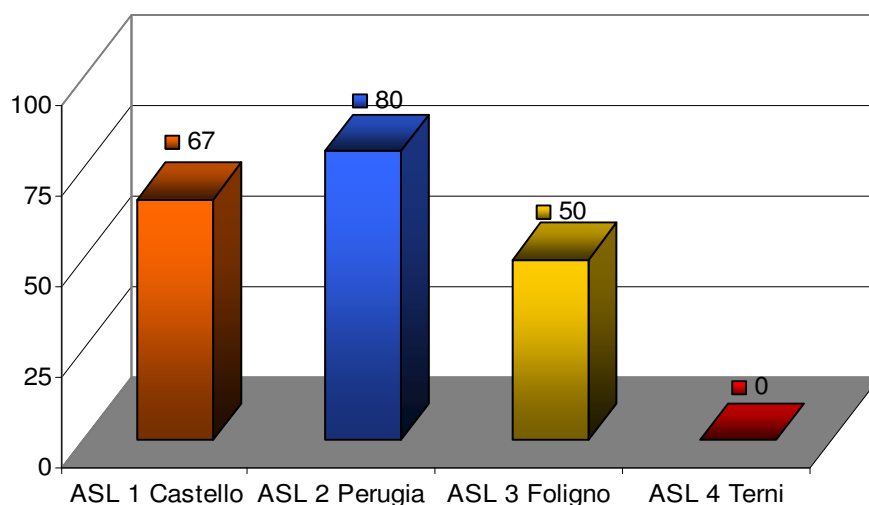
	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP sul totale delle agende disponibili nel poliambulatorio</i>	98	100	100	75
<i>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il poliambulatorio</i>	77	93	83	100
<i>Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio</i>	67	100	100	50
<i>Prenotazioni visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale presente nella struttura (sede del poliambulatorio)</i>	67	80	50	100
<i>Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file</i>	67	100	100	65
<i>Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)</i>	67	80	50	0

Legenda _____ IAS pessimo, scadente, mediocre

Se da un lato presso i poliambulatori risultano prenotabili tramite CUP numerose agende in funzione di quelle presenti ed esistono collegamenti pubblici per raggiungere la sede, dall'altro sono diffuse diverse omissioni: Barriere architettoniche nella sede del poliambulatorio, impossibilità di prenotare esami diagnostici e visite mediante CUP interno alla struttura.

Inoltre 2 Aziende su 4 non dispongono agli sportelli sistema di controllo e regolamentazione delle file e in un'Azienda non è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.) (Grafico 24)

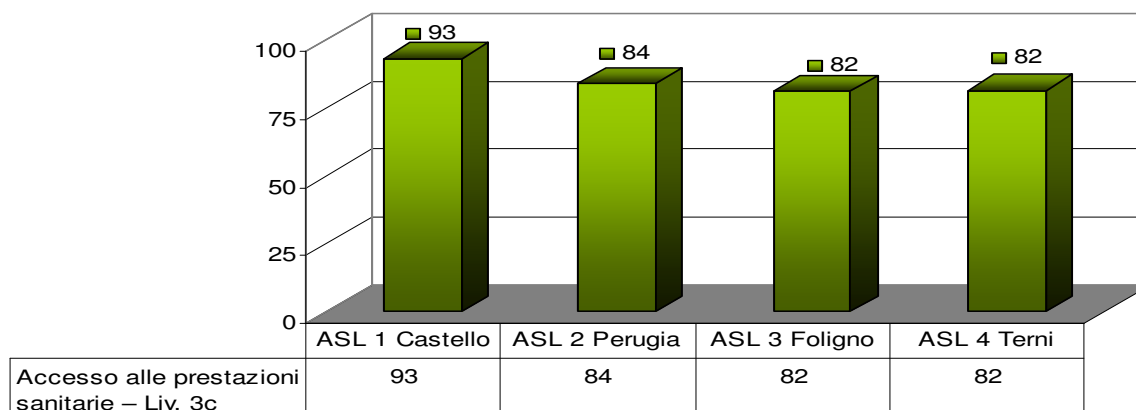
Grafico 24 - Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali



Fattore - Accesso alle prestazioni sanitarie – Liv. 3c – CSM e SERT

Il valore medio del fattore è buono. L'adeguamento agli standard è attuato e lascia pensare che alcune prassi siano ormai consolidate anche nei confronti di quei pazienti più a rischio o che necessitano di un'attenzione particolare data la fragilità dei soggetti.

Grafico 25 - Accesso alle Prestazioni Sanitarie (valori indicizzati) – Liv. 3c - CSM/Ser.T.



Tab. 26 – Indicatori valutati

<i>Numero ore al giorno di apertura del servizio</i>
<i>Numero giorni di apertura settimanale</i>
<i>Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)</i>
<i>Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta</i>
<i>Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale</i>
<i>Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura</i>
<i>Strutture residenziali (CSM) o comunità terapeutiche (Ser.T.) collegate</i>
<i>Strutture diurne collegate</i>
<i>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio</i>
<i>Barriere architettoniche nella struttura</i>

Approfondendo l'analisi si osserva come tra gli indicatori valutati quello che presenta un valore critico con uno scarto abnorme tra la situazione peggiore e quella migliore è: *numero ore al giorno di apertura del servizio*.

Grafico 26 - Numero ore al giorno di apertura del servizio

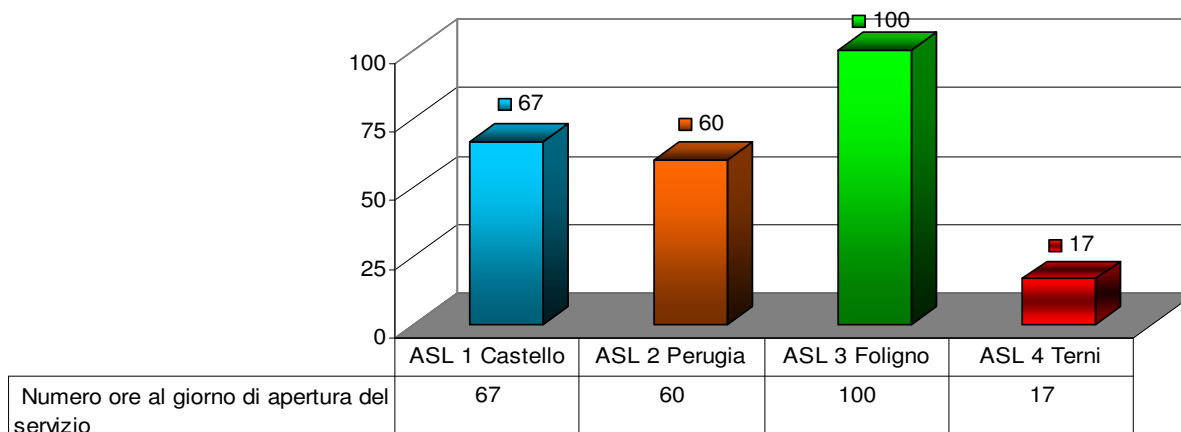
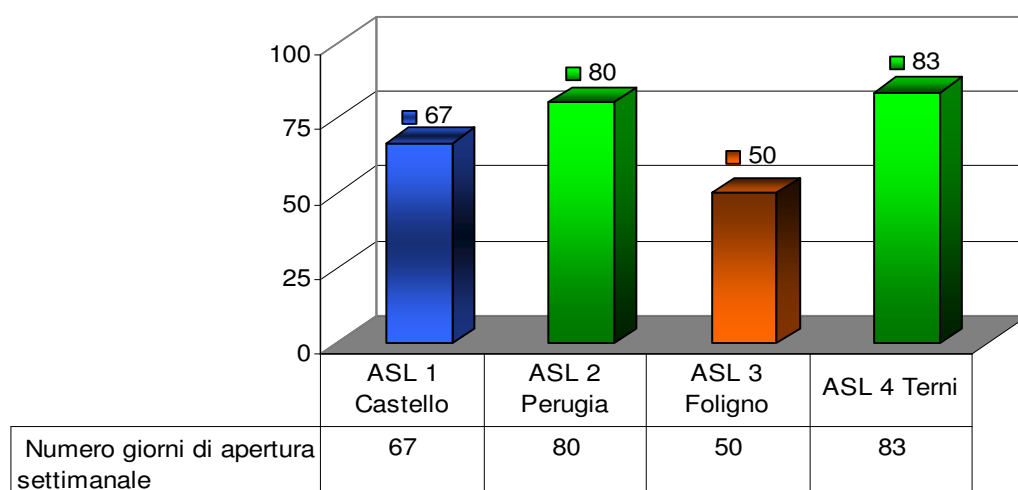


Grafico 27 - Numero giorni di apertura settimanale



La tabella 27 evidenzia i valori di quegli indicatori compresi nella fascia pessimo, scadente e mediocre il cui adeguamento ad una fascia superiore permetterebbe alle strutture del livello 3c di ottenere punteggi eccellenti.

Tab. 27

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Prenotazione per telefono (colloquio iniziale, visite e prestazioni specialistiche, ecc.)</i>	100	100	100	100
<i>Possibilità di un colloquio tecnico-orientativo immediato con un operatore sanitario al momento della richiesta</i>	100	100	100	100
<i>Differenziazione dei tempi di attesa in rapporto alla gravità e all'urgenza per l'inizio della valutazione diagnostica multidisciplinare dopo il colloquio iniziale</i>	100	70	50	67
<i>Fruizione di sedute di psicoterapia (individuali e/o collettive) presso la struttura</i>	100	100	100	100
<i>Strutture residenziali (CSM) o comunità terapeutiche (Ser.T.) collegate</i>	100	100	100	100
<i>Strutture diurne collegate</i>	100	60	100	100
<i>Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio</i>	100	79	65	83
<i>Barriere architettoniche nella struttura</i>	100	90	50	67

Legenda

IAS pessimo, scadente, mediocre

Una sola Azienda ottiene punteggi eccellenti nel fattore Accesso alle prestazioni sanitarie a Liv. 3c per i CSM e SERT e rappresenta l'esperienza vincente di riferimento.

Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3 – Sede di distretto

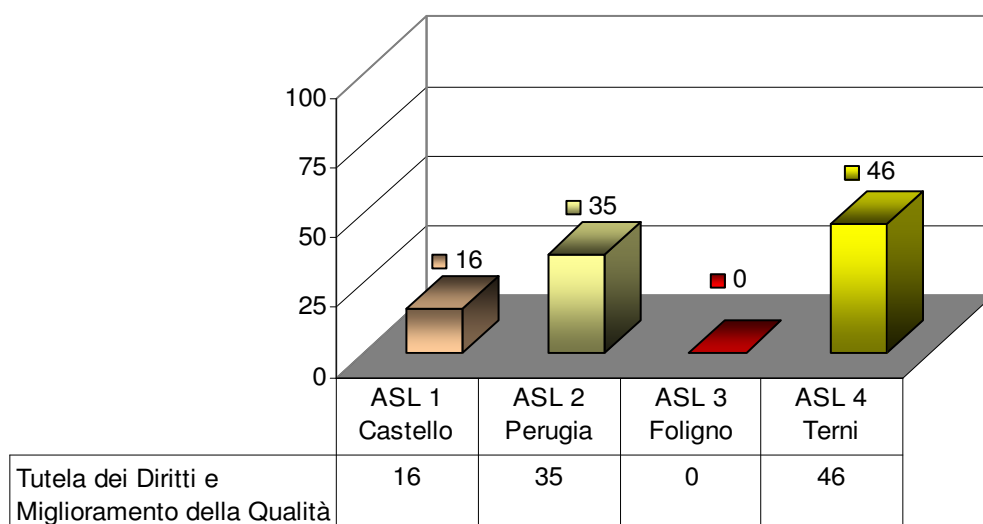
Il grado di adesione agli indici di riferimento è complessivamente scadente con un punteggio medio di 24. Tra i 5 indicatori presi in considerazione a livello di distretto, soltanto un'Azienda si avvicina alla classe discreta di punteggio con l'indicatore "l'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i MMG".

Nel caso dell'indicatore "Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini" solo un'Azienda ottiene un punteggio discreto.

In generale è possibile affermare che il rapporto con i cittadini resta un'area critica da migliorare.

Il grafico 28 mette in luce come in nessun distretto del territorio umbro sono rispettati gli standard di qualità. Il margine tra l'esperienza migliore e quella peggiore è di ben due classi di punteggio.

Grafico 28 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 3a - Distretto



Tab. 28 - Indicatori valutati

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.

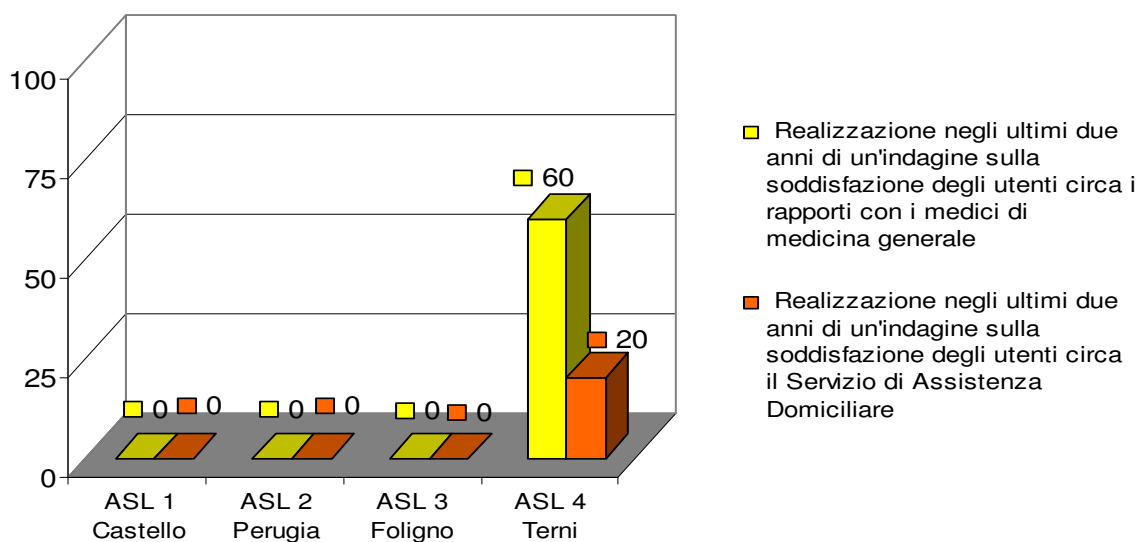
Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il Servizio di Assistenza Domiciliare: utilizzo di personale addestrato; domande su tutti i seguenti argomenti: accesso al servizio, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica;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

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto

Grafico 29 - Indagine sulla soddisfazione degli utenti



Tab. 29 – Indicatori in evidenza

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di:	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>documenti o avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami</i>	20	50	0	50
<i>schede per segnalazioni e reclami dei cittadini</i>	40	75	0	50
<i>punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto</i>	20	50	0	50

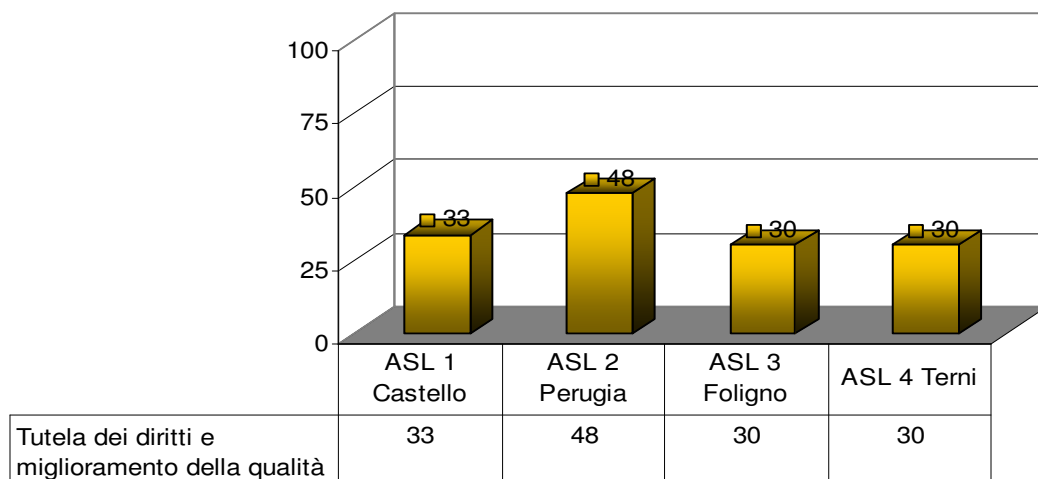
Legenda

—	IAS pessimo
—	IAS scadente
—	IAS mediocre

Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3 – Poliambulatorio

Il trend a livello dei poliambulatori per questo fattore si conferma scadente come per il distretto con IAS 35. In questo caso tuttavia il rischio di disparità nella tutela dei diritti dei cittadini non presenta un divario eccessivo poiché lo scarto tra le 4 aziende non è significativo.

Grafico 30 - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 3b – Poliambulatorio



Tab. 30 - Indicatori valutati

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.

Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)

Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio

Tab. 31 – Indicatori critici

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa le prestazioni erogate nei poliambulatori.</i>	0	28	0	0
<i>Esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)</i>	33	10	0	0
<i>Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami</i>	33	60	50	50
<i>Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini</i>	33	80	50	50
<i>Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di Punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede del poliambulatorio</i>	67	60	50	50

Legenda

	IAS pessimo
	IASscadente

Le indagini di Customer Satisfaction sono assenti a livello di distretto e non sono praticate ad eccezione di un unico caso nemmeno a livello dei poliambulatori.

Il comportamento lascia intendere come sia carente la politica della qualità a livello di cure primarie. Inoltre anche laddove è stata effettuata un'indagine qualitativa, si riscontra l'assenza di almeno uno dei seguenti parametri:

1. utilizzo di personale addestrato;
2. accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-medici, informazione, assistenza medica, comfort;
3. risultati resi pubblici;
4. azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine.

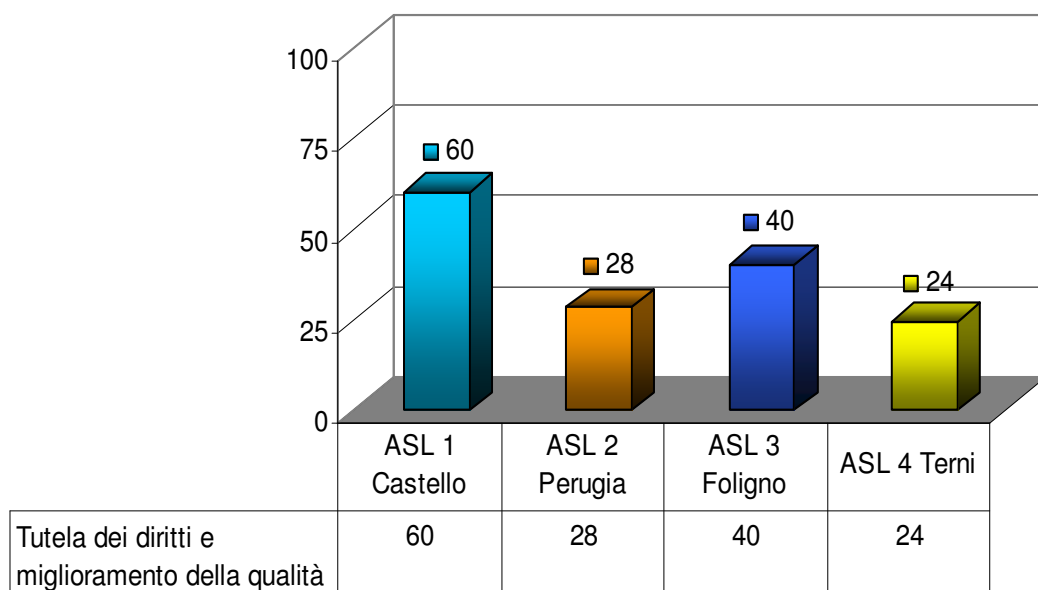
Fattore - Tutela dei diritti e miglioramento della qualità - Liv. 3 – CSM/SERT

Il grado di adesione agli indici di riferimento è scadente con uno IAS medio di 38 che valuta nel suo complesso sia CSM sia SERT.

Un approfondimento sul valore ottenuto dagli indicatori rileva che solo un'Azienda si inserisce nella classe discreto di punteggio mentre le altre presentano situazioni molto critiche. Tre aziende su 4 hanno realizzato negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti e coinvolgono il settore no profit nell'erogazione del servizio.

Il grafico 31 evidenzia la situazione generale sull'adesione agli standard di qualità.

Grafico 31 – Tutela dei diritti e miglioramento della qualità (valori indicizzati) – Liv. 3c – CSM/Ser.T.



Tab. 32 - Indicatori valutati

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

Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti

Coinvolgimento del settore non profit nell'erogazione del servizio

Disponibilità all'ingresso della struttura di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

Disponibilità all'ingresso della struttura di schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

Disponibilità all'ingresso della struttura di punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

L'attività di Customer Satisfaction nel caso dei CSM e SERT si modifica di poco rispetto alle due situazioni analizzate in precedenza. Risulta infatti che oltre all'indagine sui bisogni emergenti almeno 3 aziende su 4 hanno proceduto alla realizzazione di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti. Tuttavia ad eccezione di una sola azienda che raggiunge un punteggio eccellente, le altre non superano la soglia della classe di punteggio pessimo - scadente.

La tabella 33 semplifica l'interpretazione.

Tab. 33 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>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,</i>	27	0	90	13

Nei CSM e SERT sono bassi anche gli indici relativi alla presenza di *schede e punti raccolta* che invece potrebbero facilitare l'attività di reclamo/suggerimento dei cittadini. Il dato potrebbe essere giustificato dalla tipologia dell'utenza delle strutture ma come si è visto gli strumenti non sono così diffusi nemmeno a Liv. 3a e 3b.

E' contemplabile un miglioramento per il fatto che spesso un reclamo/suggerimento può essere fatto da persone che provvedono alla cura di un familiare che si trova in uno stato di fragilità psico-fisica.

Tab. 34 – Indicatori in evidenza

Disponibilità all'ingresso della struttura di:	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami</i>	67	0	0	33
<i>schede per segnalazioni e reclami dei cittadini</i>	67	10	0	33
<i>punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini</i>	0	10	0	17

Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
- Liv. 3a – Sede di distretto

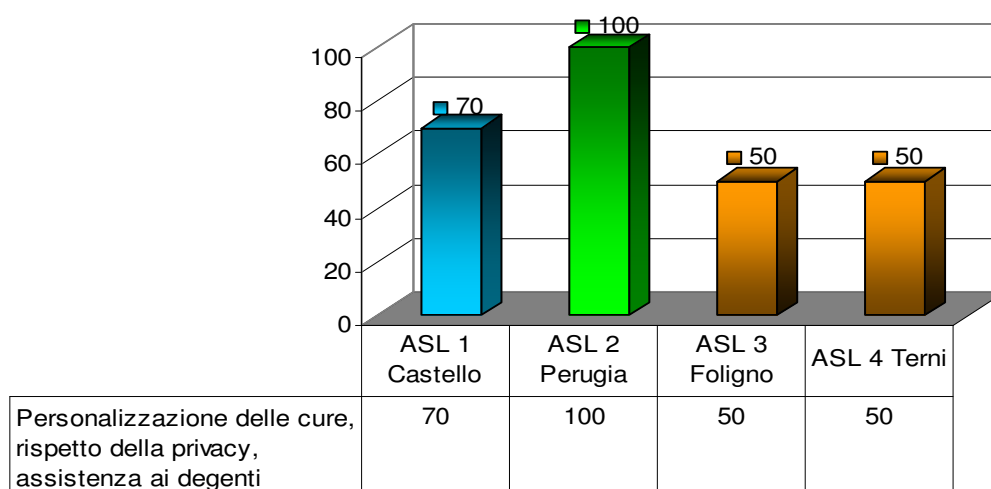
Due indicatori misurano il fattore a Liv. 3a. La situazione che si presenta è diversificata territorialmente. Tra l'unica Azienda che risponde perfettamente ai requisiti di qualità e quelle con lo IAS minore esiste uno scarto marcato.

Il valore medio conquistato dalle Aziende è definito discreto con uno IAS pari a 68.

Tab. 35 - Indicatori valutati

Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare
Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

Grafico 32 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti (valori indicizzati) – Liv. 3a – Distretto



La tabella 36 esprime chiaramente le criticità riscontrate in ogni azienda ed evidenzia l'unica esperienza vincente.

Tab. 36 – Indicatori critici

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare	100	100	50	50
Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie	40	100	50	50

Legenda: _____ IAS scadente, mediocre

I risultati mostrano un'omissione comune in 3 Aziende su 4: "l'assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie" con uno IAS mediocre non è un'attività diffusa.

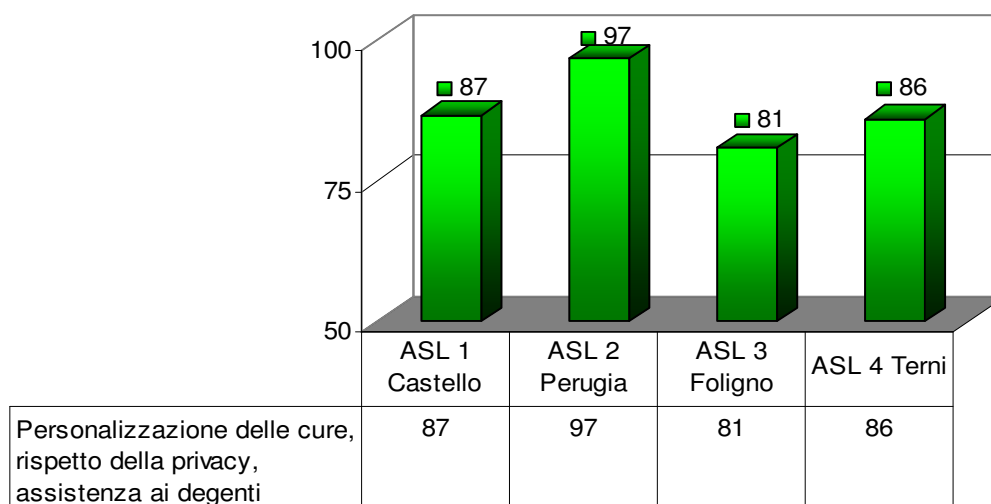
Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
- Liv. 3b – Poliambulatorio

L'andamento del fattore è decisamente buono con uno IAS medio di 88. Il livello di adeguamento agli standard è buono in tre Aziende su quattro. Una sola Azienda ottiene punteggi eccellenti con 5 indicatori su 6. Lo scarto di punteggio tra le Aziende non è significativo.

Tab. 37 - Indicatori valutati

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

Grafico 33 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti (valori indicizzati) – Liv. 3b – Poliambulatorio



La tabella 38 mostra alcune realtà positive il cui esito dipende dal rispetto delle norme sulla privacy.

Tab. 38 – Indicatori con punteggio massimo

<i>Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 3b
<i>Cartelle cliniche dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>	
<i>Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno</i>	

La tabella 39 rileva "procedure per personalizzare le prestazioni al fine di limitare i tempi di attesa" in una sola Azienda su 4. Il resto delle Aziende non supera la soglia della classe di punteggio discreto. Da segnalare inoltre un caso su 4 dove durante l'osservazione si è sentito nominare cognome e nome del paziente ad alta voce.

Tab. 39 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali (visite, esami, ecc.) con orari personalizzati per limitare i tempi d'attesa</i>	53	100	35	65
<i>Cognome e nome del paziente sentito nominare ad alta voce nel corso dell'osservazione</i>	100	100	100	50
<i>Divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori</i>	67	80	50	100

Legenda:

IAS scadente, mediocre
IAS discreto

Fattore - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti
- Liv. 3c – CSM/SERT

Il valore medio ottenuto dal fattore per questo livello è 78. Il grado di adesione agli standard è discreto con 2 indicatori su 6 soddisfatti pienamente da tutte le Aziende.

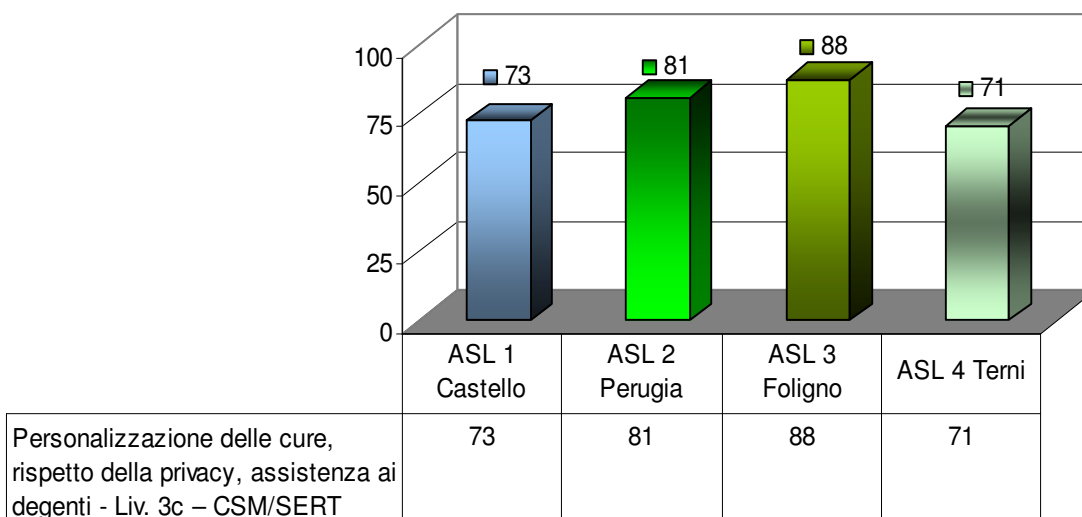
Tab. 40 - Indicatori valutati

<i>Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)</i>
<i>Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)</i>
<i>Servizio di mediazione culturale</i>
<i>Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>
<i>Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>
<i>Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno</i>
<i>Luogo visibile per le informazioni</i>
<i>Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata</i>

Tab. 41– Indicatori con punteggio massimo

<i>Violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS nell'ultimo anno</i>	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 3c
<i>Cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>	

Grafico 34 - Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti (valori indicizzati) – Liv. 3c - CSM/Ser.T.



Tab. 42 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Operatori di riferimento stabili (tutor o case manager)</i>	80	94	100	67
<i>Servizio di mediazione culturale</i>	0	70	50	0
<i>Informazioni mediche fornite a persone non autorizzate nell'ultimo anno</i>	100	100	50	100
<i>Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata</i>	100	80	100	50

Legenda _____ IAS pessimo
 _____ IAS mediocre

Grafico 35 - Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)

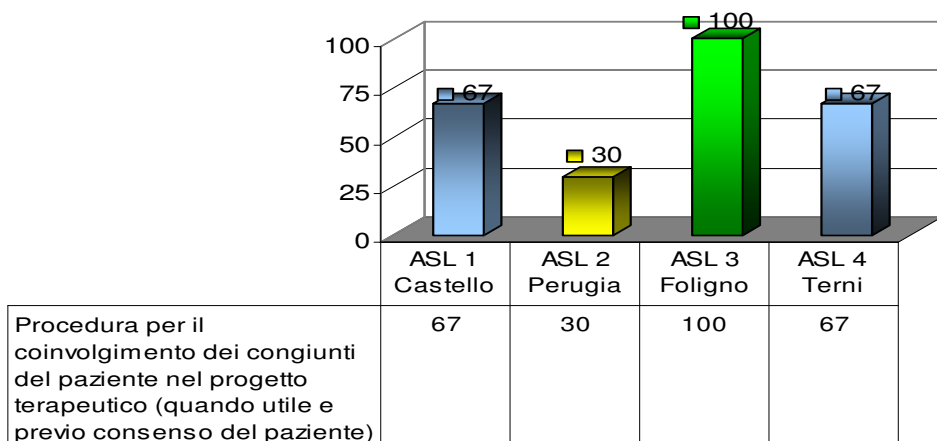
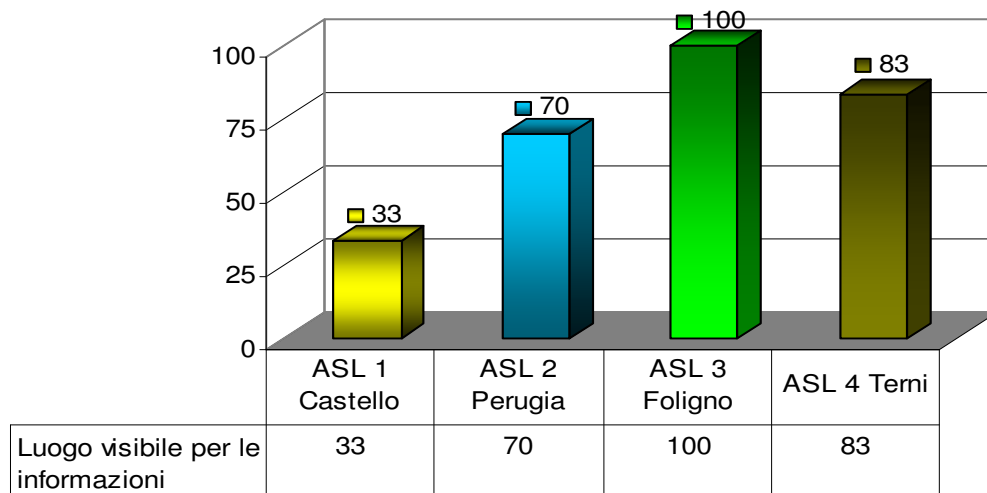


Grafico 36 – Luogo visibile per le informazioni

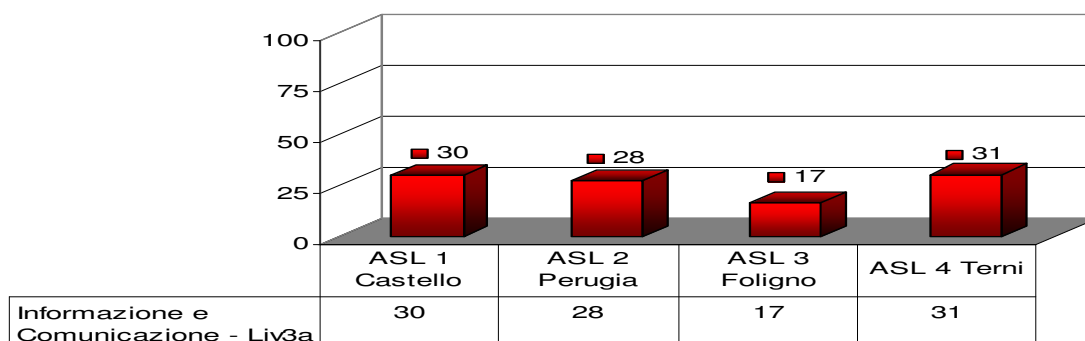


Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3 – Sede di distretto

Il fattore per questo livello presenta un valore medio che lo inserisce nella classe di punteggio scadente (IAS 26). La situazione è peggiore del livello 2, dove ricordiamo la media del fattore ricadeva nella fascia del mediocre.

Il fattore quindi sia a livello 2 sia a livello 3a è sicuramente un'area critica della valutazione civica. Nessuna Azienda attua gli standard proposti ma essendo lo scarto tra le 4 Aziende non significativo si può affermare come sono comuni omissioni evidenti.

Grafico 37 - Informazione e Comunicazione (valori indicizzati) – Liv. 3a - Distretto



Tab. 43 - Indicatori valutati

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

L'elenco degli indicatori critici è decisamente lungo con diverse realtà deficitarie.

Scarsa è la propensione a dare informazioni basilari al cittadino attraverso opuscoli informativi per la gestione e autorizzazione di ausili, per richiedere l'assistenza domiciliare e la scelta e revoca del MMG.

Ed ancora informazioni sulla modalità per la scelta e revoca del pediatra di libera scelta, sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale e del pediatra, sulle esenzioni per patologia e invalidità, sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero.

Tab. 44

Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo su	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
gestione e autorizzazione di ausili	20	0	0	0
modalità per richiedere l'assistenza domiciliare	20	0	0	0
modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale	0	0	0	50
modalità per scelta e revoca del pediatra di libera scelta	0	0	0	50
prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale	0	0	0	0
prestazioni gratuite e a pagamento del pediatra di libera scelta	0	0	0	0
esenzioni per patologia e invalidità	0	0	0	0
assistenza sanitaria gratuita all'estero	0	0	0	0

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente

La tabella 45 riferisce sulla presenza della cartellonistica presente in prossimità del distretto.

Tab. 45

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto	40	75	100	0
Cartellonistica esterna sede di distretto	100	50	50	100

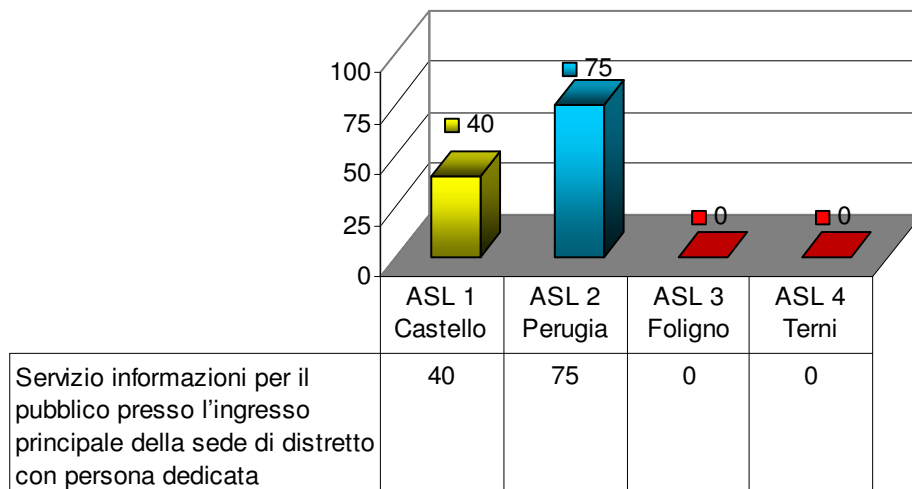
Legenda: _____ IAS pessimo, scadente

Tab. 46

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
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	60	75	0	100
Utilizzo della cartella integrata per l'assistenza domiciliare	100	50	50	100
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	0	50	0	50
Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio della sede di distretto dei servizi e degli uffici presenti	80	100	100	100

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente

Grafico 38 - Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto con persona dedicata



Tab. 47

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Invio ai MMG da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	0	25	0	0
Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di un opuscolo sull'ADI da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi	0	0	0	0

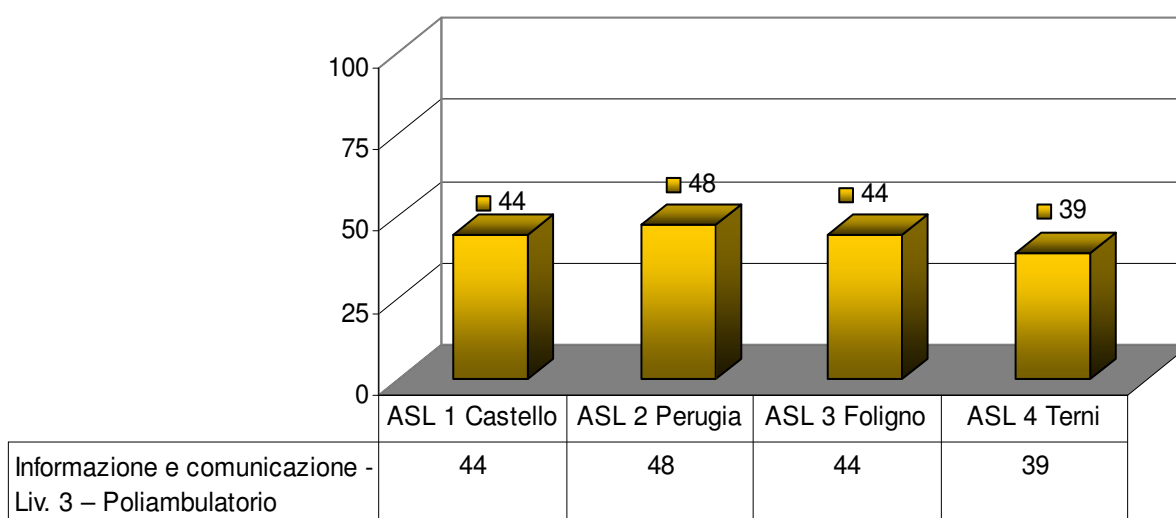
Legenda: _____ IAS pessimo, scadente

Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3 – Poliambulatorio

Il grado di adeguamento allo standard è mediamente mediocre con uno IAS pari a 44. A livello di poliambulatori per questo fattore, tutte le Aziende ottengono punteggi che non presentano tra loro scarti evidenti.

I livelli di informazione sono decisamente critici come nel livello 3a. Nove indicatori misurano il fattore. Nessuna azienda ottiene livelli eccellenti se non in casi sporadici.

Grafico 39 - Profilo delle Aziende Sanitarie relativo alla Informazione e Comunicazione (valori indicizzati) – Liv. 3b - Poliambulatorio



Tab. 48 - Indicatori valutati

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

Tab. 49 - Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Consegna a domicilio referti medici</i>	67	20	100	50
<i>Trasmissione dei risultati delle analisi ai pazienti tramite internet</i>	0	0	100	0
<i>Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa i diritti e le responsabilità dei pazienti</i>	33	30	0	0
<i>Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti</i>	67	100	100	100
<i>Cartellonistica stradale in prossimità della sede del poliambulatorio</i>	33	80	0	50
<i>Cartellonistica esterna sede del poliambulatorio</i>	67	60	50	100
<i>Disponibilità all'ingresso della sede del poliambulatorio di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte</i>	67	0	0	0
<i>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.</i>	33	60	0	0
<i>Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata</i>	33	80	50	50

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente

Il grafico 40 strutturato in base ai valori degli indicatori della tabella 49 mostra come una sola Azienda consegna i referti a domicilio. Questa stessa Azienda trasmette i risultati delle analisi ai pazienti tramite internet, pratica totalmente assente nelle altre Aziende. Si conferma a Liv. 3b la bassa diffusione di materiale cartaceo informativo mentre 3 Aziende su 4 espongono un prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio del poliambulatorio dei servizi e degli uffici presenti.

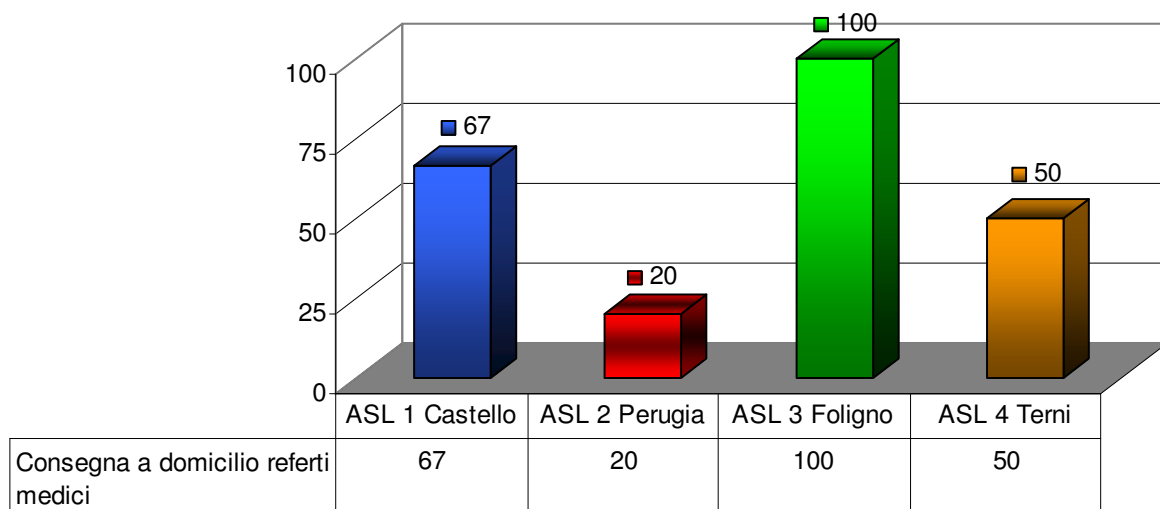
Grafico 40 – Consegna a domicilio dei referti medici

Grafico 41 - 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.

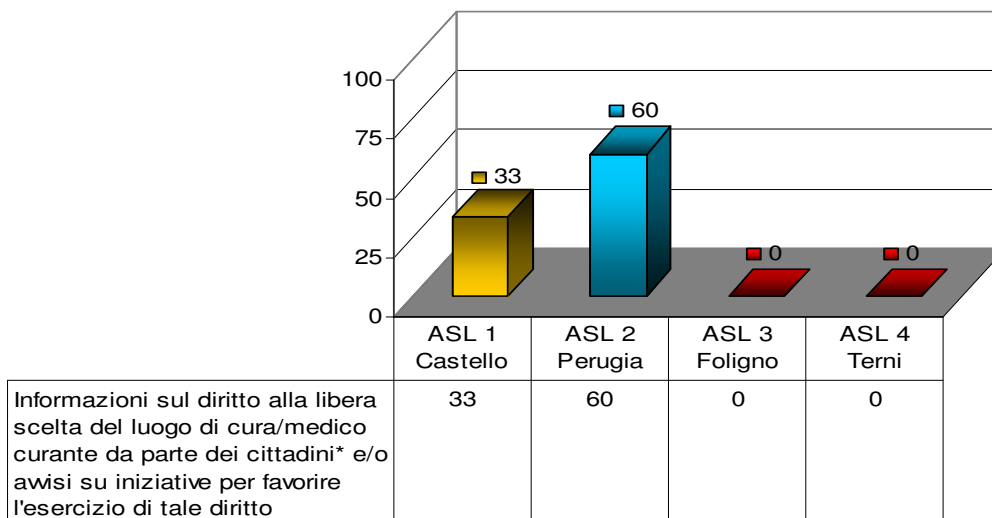
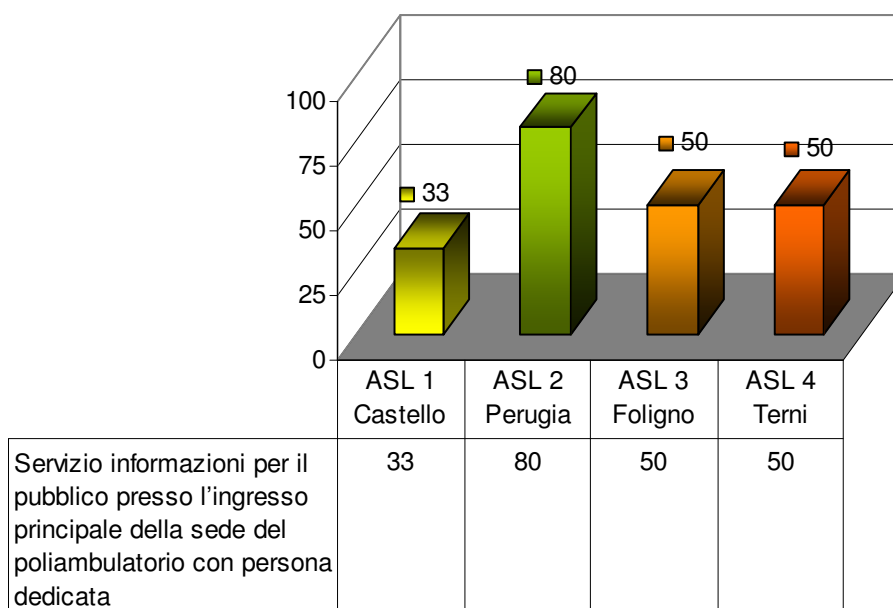


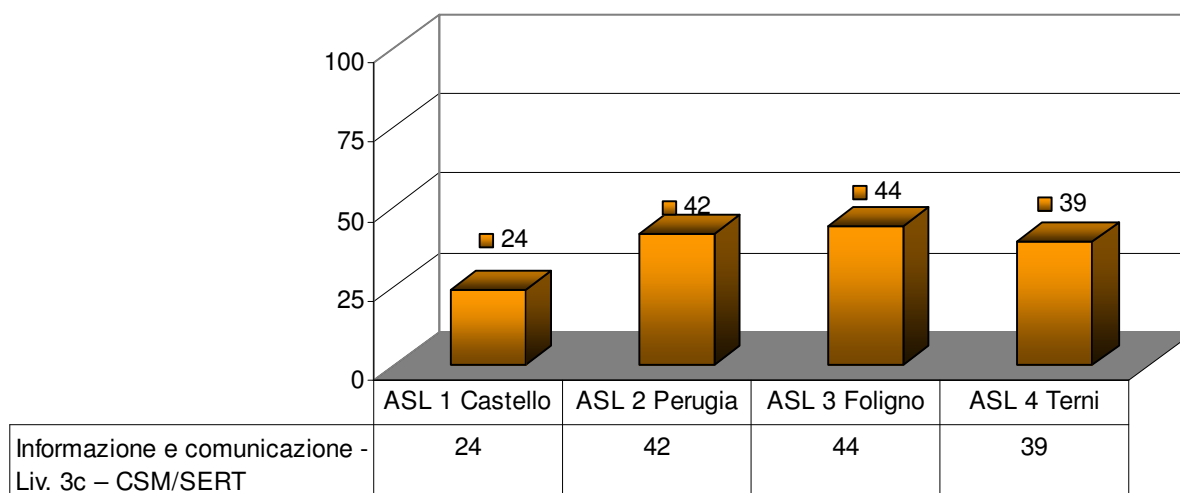
Grafico 42 – Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede del poliambulatorio con persona dedicata



Fattore - Informazione e comunicazione - Liv. 3c – CSM/SERT

Il grado medio di adeguamento agli standard per questo livello è scadente con un punteggio IAS di 37. Soffrono due Aziende su 4 con un punteggio che ricade nella classe scadente e due Aziende con un punteggio medio che le sistema nella classe mediocre. Si ricorda anche in questo caso come il punteggio medio è relativo ai Centri salute mentale e ai SERT.

Grafico 43 - Informazione e Comunicazione (valori indicizzati) – Livello 3c – CSM/Ser.T.



Tab. 50 - Indicatori valutati

<i>Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno (per Ser.T)</i>
<i>Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti</i>
<i>Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti</i>
<i>Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi con i nomi degli operatori</i>
<i>Disponibilità al momento dell'ingresso nella sede della struttura di opuscoli informativi circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti</i>
<i>Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla</i>
<i>Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento</i>
<i>Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori</i>
<i>Cartellonistica stradale in prossimità della struttura</i>

Solo un indicatore appartiene alla classe di punteggio tra il buono e l'eccellente: "Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento".

Due aziende su 4 ottengono punteggi eccellenti nel caso di "Presenza nel sito web aziendale di informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, ed indicazioni per raggiungerla" mentre le restanti ricadono all'interno della classe mediocre.

La quantità di standard uniformemente praticati nei casi riportati nella tabella 51 è sensibilmente modesta. In alcuni casi oltre ad un'informazione elettronica manca anche la Cartellonistica stradale in prossimità della struttura.

Nei casi di "Disponibilità all'ingresso di opuscoli informativi sui servizi offerti, nomi degli operatori e circa i diritti e circa le responsabilità dei pazienti" si precisa che nella maggior parte delle strutture oggetto di Audit civico, sebbene il materiale cartaceo non fosse disponibile, lo stesso era sostituito dalla presenza di bacheche costantemente aggiornate.

Tab. 51 - Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno (per Ser.T)	0	50	100	33
Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti	0	20	0	17
Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori	0	20	50	50

Legenda: _____ IAS pessimo
 _____ IAS scadente

Grafico 44 - Momenti formativi per operatori volontari/gestori discoteche ecc. nell'ultimo anno (per Ser.T)

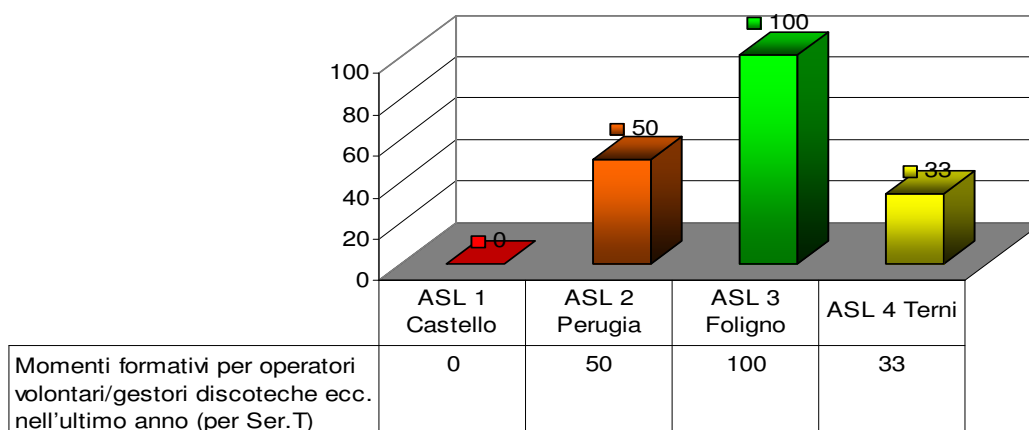


Grafico 45 - Procedura per favorire il raccordo tra operatori del Servizio e medici di medicina generale dei pazienti

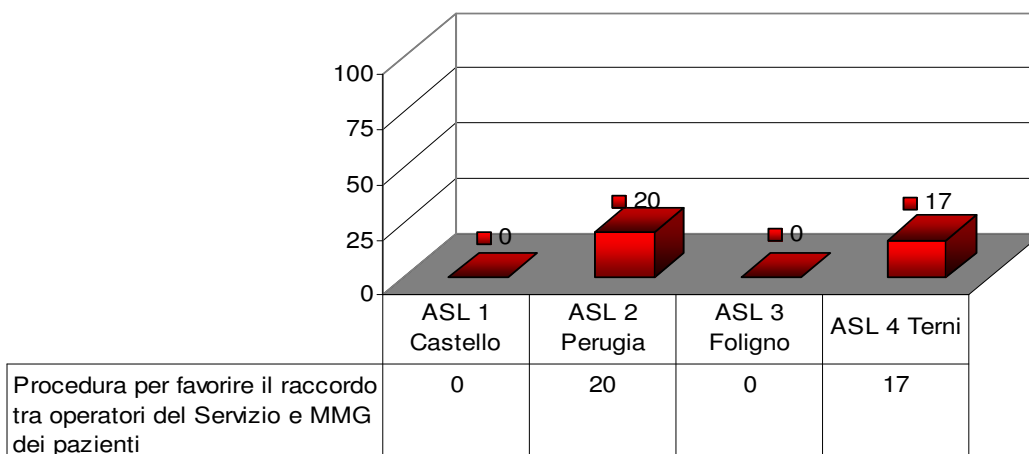
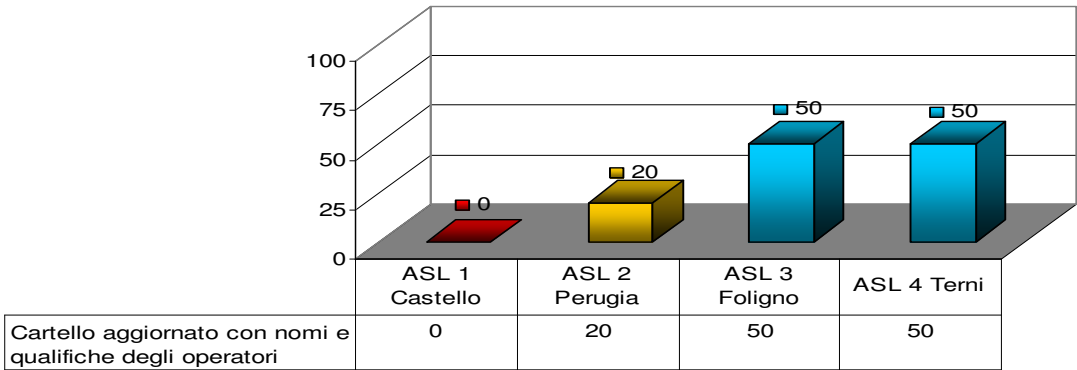


Grafico 45 - Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori



Fattore - Comfort - Liv. 3a – sede di distretto

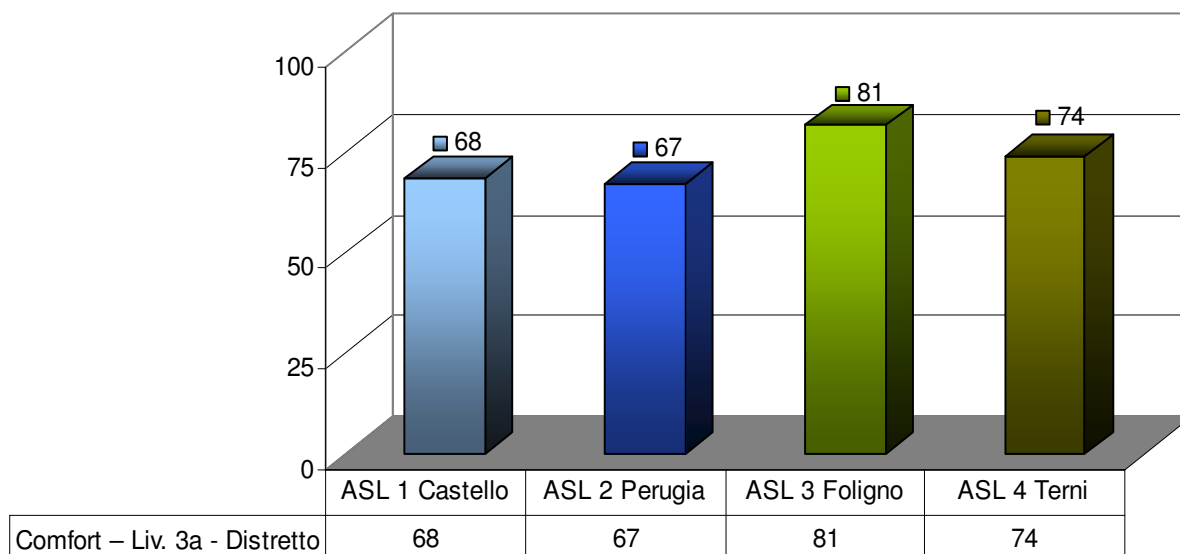
In generale il valore del fattore comfort a livello 3 tende mediamente a decrescere con uno IAS medio di 73 a livello 3a, seguito da livello 3b e 3c.

L'adeguamento medio agli standard di qualità dei tre sottolivelli è da ritenersi discreto.

Gli indicatori utilizzati hanno fatto riferimento alla presenza di servizi, alla qualità dei servizi igienici, ai parcheggi esterni e alla fatiscenza delle strutture.

Il livello 3a è da considerarsi appartenente alla classe di punteggio discreto.

Grafico 46 - Comfort (valori indicizzati) – Liv. 3a - Distretto



Tab. 52 - Indicatori valutati

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

Esperienze vincenti – Liv. 3a - comfort

Nella tabella 53 sono riportate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie a livello di distretto.

Tab. 53 - Indicatori con punteggio massimo

Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 3a
Spazio d'attesa nella sede di distretto	
Bagno per il pubblico nella sede di distretto	

La fatiscenza alle pareti e i servizi igienici fuori uso sono stati rilevati in due Aziende che rispettivamente ottengono un punteggio negativo con IAS -25.

Tab. 53 - Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto	20	25	50	50
Distributore di acqua gratuita nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	0	25	50	0
Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)	100	100	50	50
Bagno per disabili nella sede di distretto	60	50	100	100
Bagni della sede di distretto dotati di accessori base	80	75	90	90
Gabinetti della sede di distretto dotati di accessori base	74	51	93	73

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Grafico 47 - Distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)

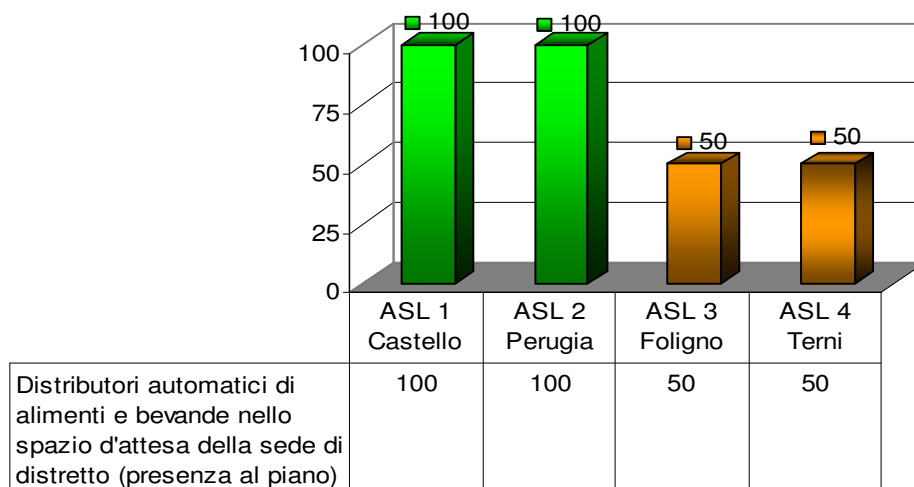


Grafico 48 - Bagni della sede di distretto dotati di accessori base

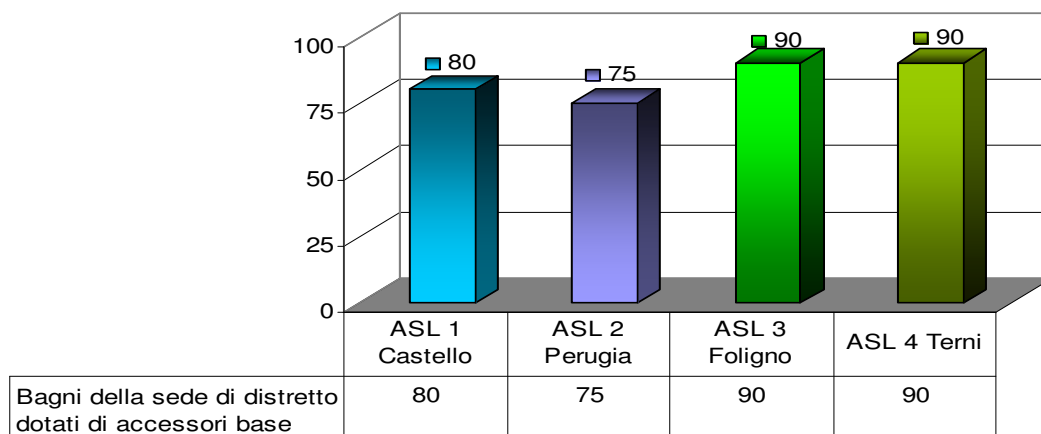


Grafico 49 - Bagni per disabili nella sede di distretto

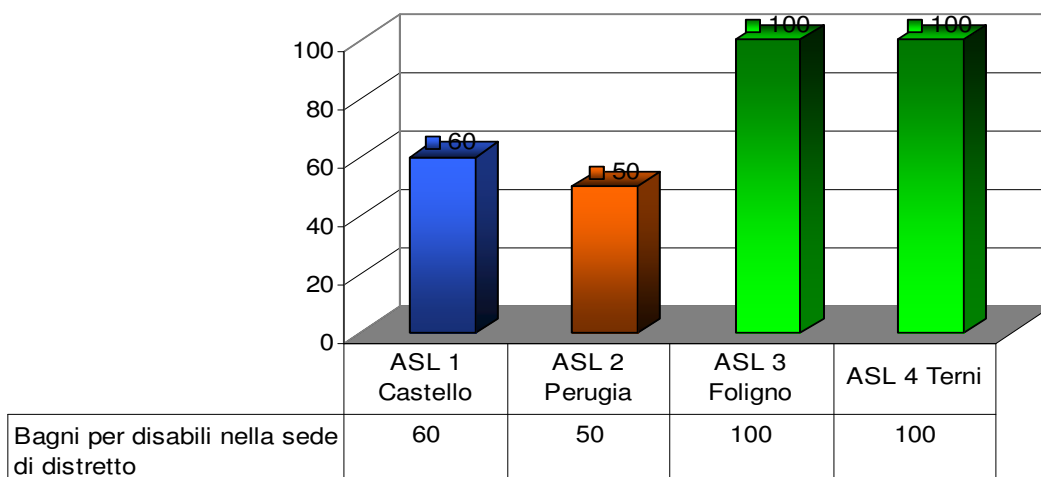
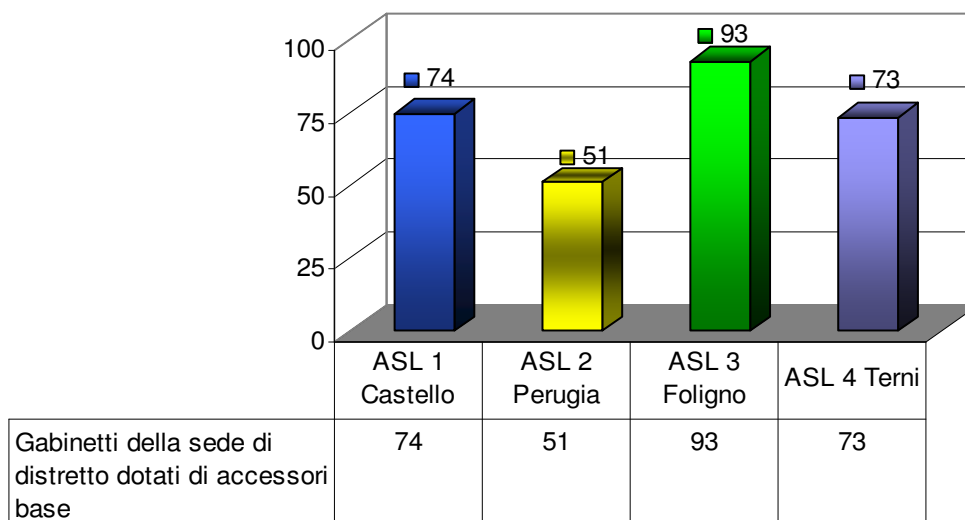


Grafico 50 - Gabinetti della sede di distretto dotati di accessori base

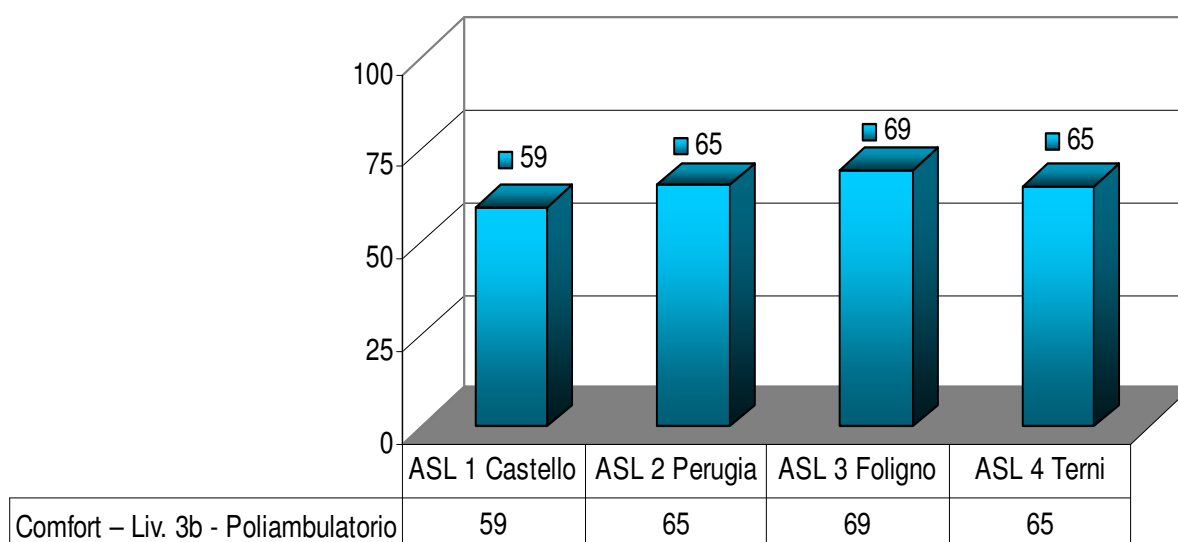


Fattore - Comfort - Liv. 3b – Poliambulatorio

Il valore medio per questo fattore a livello 2b è discreto con uno IAS pari a 65.

Gli indicatori fanno riferimento alla presenza di parcheggi, ai distributori di acqua e di alimenti, ai servizi igienici e alla fatiscenza delle strutture. Il valore medio rispetto alla situazione dei distretti decresce e non mostra uno scarto evidente nelle 4 Aziende considerate.

Grafico 51 - Comfort (valori indicizzati) – Liv. 3b - Poliambulatorio



Tab. 54 - Indicatori valutati

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

Esperienze vincenti – Liv. 3b - Poliambulatori

Nella tabella 55 sono riportate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 55

<i>Posti auto all'esterno della sede del poliambulatorio riservati a disabili</i>	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 3b
<i>Ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale</i>	

La tabella 56 mette in evidenza un indicatore con IAS 0 comune a tutte le aziende "Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)" e rileva come nonostante alcune situazioni possano definirsi in via di miglioramento, resta ancora da adeguare la situazione dei servizi igienici e l'assenza di parcheggi per i taxi, carenza che tuttavia non può essere imputata alle aziende sanitarie.

Non sono infine rilevati eventi sentinella ad eccezione di rifiuti o altro materiale abbandonato presso la sede di un solo poliambulatorio valutato.

Tab. 56 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Parcheggio taxi in prossimità della sede del poliambulatorio</i>	33	20	50	0
<i>Spazi d'attesa nella sede del poliambulatorio</i>	57	94	100	100
<i>Distributore di acqua gratuita negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)</i>	0	0	0	0
<i>Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)</i>	33	86	0	50
<i>Ambulatori dotati di bagni per disabili in prossimità del locale</i>	67	66	100	85
<i>Bagni della sede del poliambulatorio dotati di accessori base</i>	73	84	90	83
<i>Gabinetti della sede di poliambulatorio dotati di accessori base</i>	70	56	84	69

Legenda:

 IAS pessimo, scadente

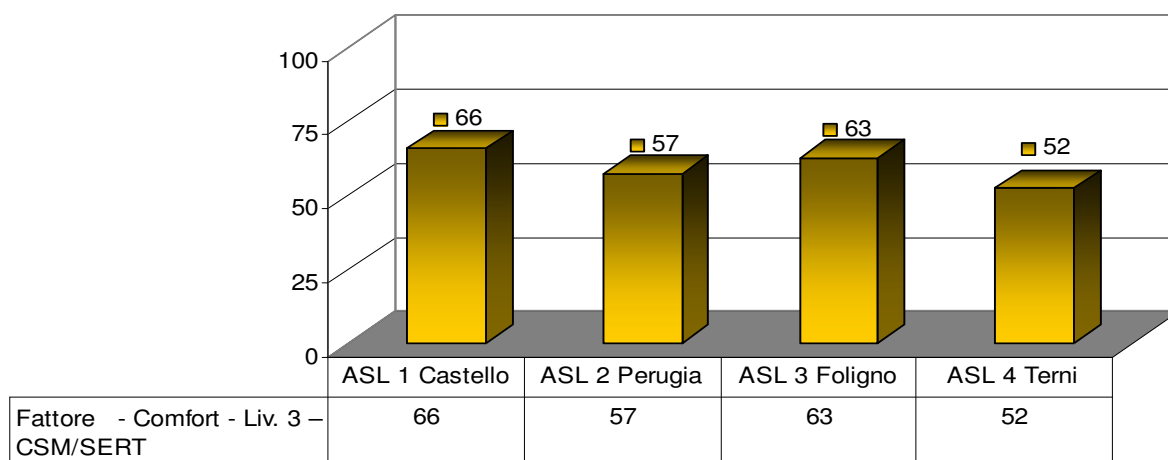
Fattore - Comfort - Liv. 3 – CSM/SERT

Anche in questo caso lo scarto dei punteggi ottenuti dalle Aziende non è fortemente significativo. Nessuna Azienda raggiunge punteggi di eccellenza.

Aumentano però gli eventi sentinella a dimostrazione del fatto che più le strutture sono decentrate dalla sede principale più sono soggette a numerose carenze strutturali.

Il punteggio medio ottenuto dalle 4 Aziende è 60 con un valore che inserisce le stesse nella classe di punteggio mediocre.

Grafico 52 - Comfort (valori indicizzati) – Liv. 3c – CSM/Ser.T.



Tab. 57 - Indicatori valutati

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

Punteggi molto buoni sono ottenuti per gli indicatori "posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili" e "spazi d'attesa nella sede della struttura".

La tabella 58 mostra come sia ridotta la quantità di standard eccellenti condivisi. Quello che maggiormente balza all'occhio è la situazione dei servizi igienici nei CSM e nei SERT. Anche laddove sono presenti bagni per il pubblico esistono carenze rilevanti nei gabinetti, inoltre le criticità aumentano quando ad essere valutata è la presenza di bagni per disabili.

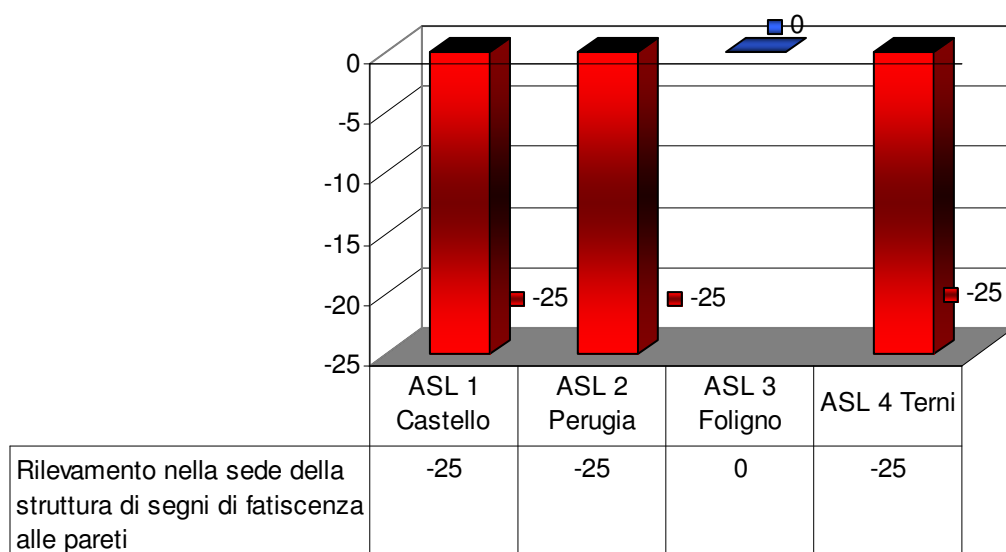
Tab. 58 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Parcheggio taxi in prossimità della struttura</i>	100	30	100	33
<i>Distributore di acqua gratuita negli spazi di attesa (presenza al piano)</i>	0	0	50	0
<i>Distributori automatici di alimenti/bevande negli spazi di attesa (presenza al piano)</i>	0	60	50	33
<i>Bagno per disabili nella sede (presenza al piano)</i>	67	60	50	50
<i>Bagno per il pubblico nella sede (presenza al piano)</i>	100	100	50	100
<i>Bagni della sede della struttura dotati di accessori base</i>	87	81	30	69
<i>Gabinetti della sede della struttura dotati di accessori base</i>	68	65	34	57

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Grafico 53 - Rilevamento nella sede della struttura di segni di fatiscenza alle pareti

Il valore 0 di un'Azienda è da ritenersi non significativo e va letto come l'unica Azienda che non presenta segni di fatiscenza alle pareti.

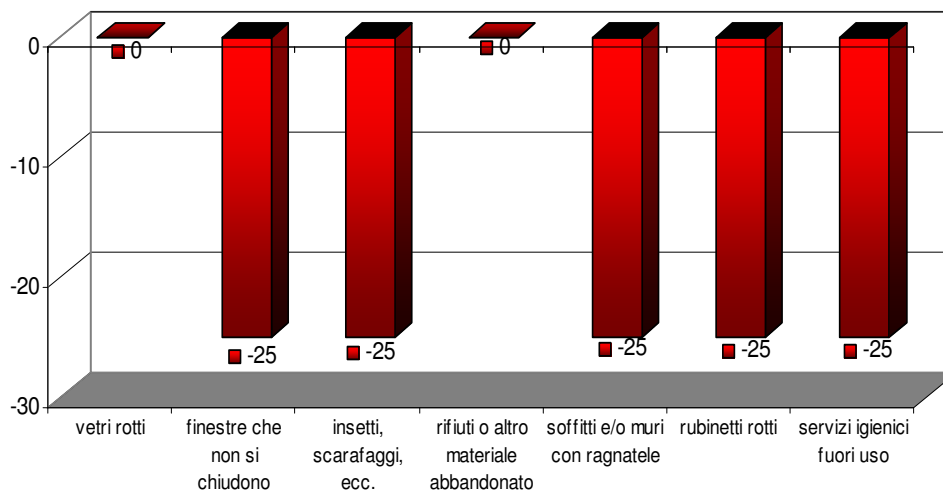


Tab. 59 – Eventi sentinella – ASL n°2

Rilevamento nella sede della struttura di:	ASL 2 Perugia
vetri rotti	0
finestre che non si chiudono	-25
insetti, scarafaggi, ecc.	-25
rifiuti o altro materiale abbandonato	0
soffitti e/o muri con ragnatele	-25
rubinetti rotti	-25
servizi igienici fuori uso	-25

Due Aziende su 4 non presentano eventi sentinella. In una sola Azienda è stata rilevata la presenza di insetti, scarafaggi, ecc. L'azienda con la situazione peggiore è quella mostrata nel grafico 54.

Grafico 54 – Eventi sentinella – ASLn°2



Capitolo 3 – Componente Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario

La componente è descritta attraverso le azioni messe in pratica dall'Azienda in risposta a situazioni vissute come rilevanti dai cittadini. Si tratta quindi di risolvere le omissioni segnalate dai cittadini.

Mappa dei giudizi

II COMPONENTE - "Impegno della azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"

	L1	L2	L3a	L3b	L3c
Sicurezza dei pazienti	buono	buono	-	-	-
Sicurezza delle strutture e degli impianti	eccellente	buono	mediocre	discreto	scadente
Malattie croniche e oncologia	discreto	-	-	-	-
Gestione del dolore	discreto	mediocre	-	-	-
Prevenzione	discreto	buono	eccellente	buono	scadente

Anche questa componente raccoglie 5 fattori principali:

- Sicurezza dei pazienti
- Sicurezza delle strutture e degli impianti
- Malattie croniche e oncologia
- Gestione del dolore
- Prevenzione

Solo il Livello 1 è indagato da tutti i fattori. Il livello 2 non considera "malattie croniche e oncologia", il livello 3 è indagato solo con due fattori: "Sicurezza delle strutture e degli impianti" e "Prevenzione".

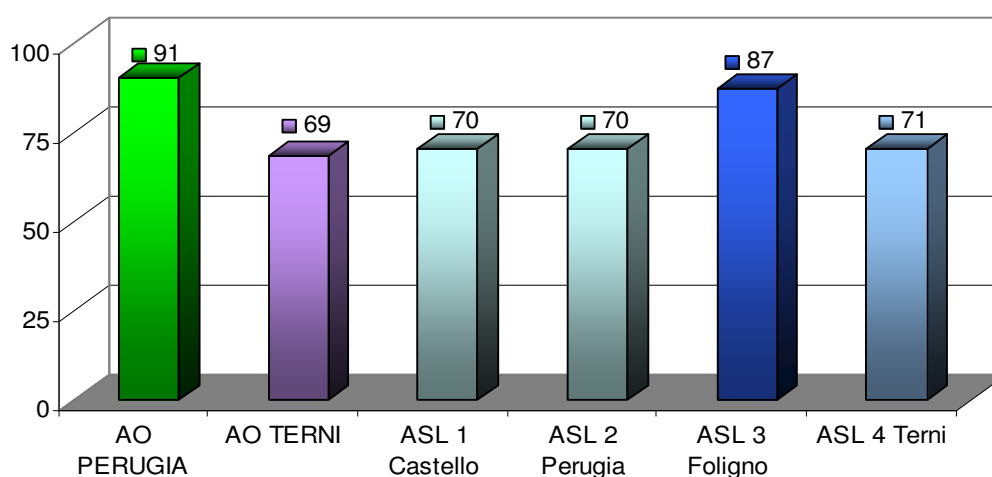
Livello 1 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario

Il valore medio raggiunto dalle Aziende è pari a IAS 76. Una sola Azienda ricade nella classe di punteggio eccellente, una sola Azienda nella classe di punteggio buona, le restanti 4 Aziende ottengono valori che appartengono alla classe di punteggio discreto.

Tab. 60 – Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario – media generale su 5 fattori

AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
91	69	70	70	87	71
Eccellente	Discreto	Discreto	Discreto	Buono	Discreto

Grafico 55 – Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario



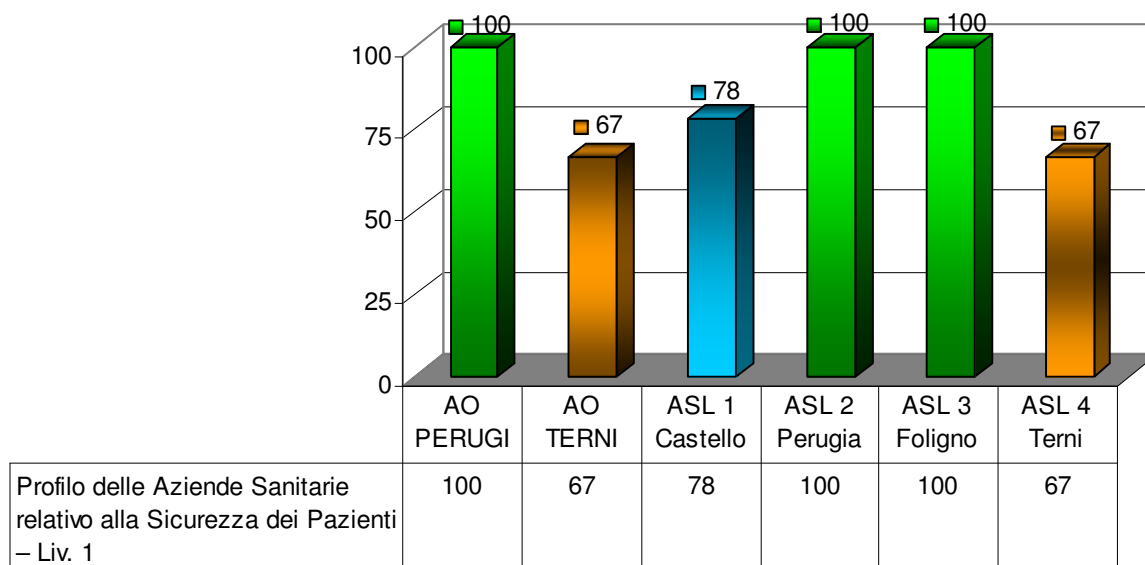
Fattore Sicurezza dei pazienti Liv. 1

Il punteggio medio per il fattore considerato è da ritenersi buono con uno IAS 85. I valori riscontrati sono generalmente buoni: 3 Aziende su 6 raggiungono livelli di eccellenza e le restanti ottengono un punteggio che ricade nella fascia del discreto.

Tab. 61 - Indicatori valutati

<i>Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico</i>
<i>Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere</i>
<i>Comitato per il buon uso del sangue</i>
<i>Corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti negli ultimi due anni rivolti agli operatori sanitari</i>
<i>Procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con Assistenza immediata al paziente ad alla famiglia in caso di evento avverso</i>
<i>Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari</i>

Grafico 56 - Profilo delle Aziende Sanitarie relativo alla Sicurezza dei Pazienti (valori indicizzati) – Liv. 1



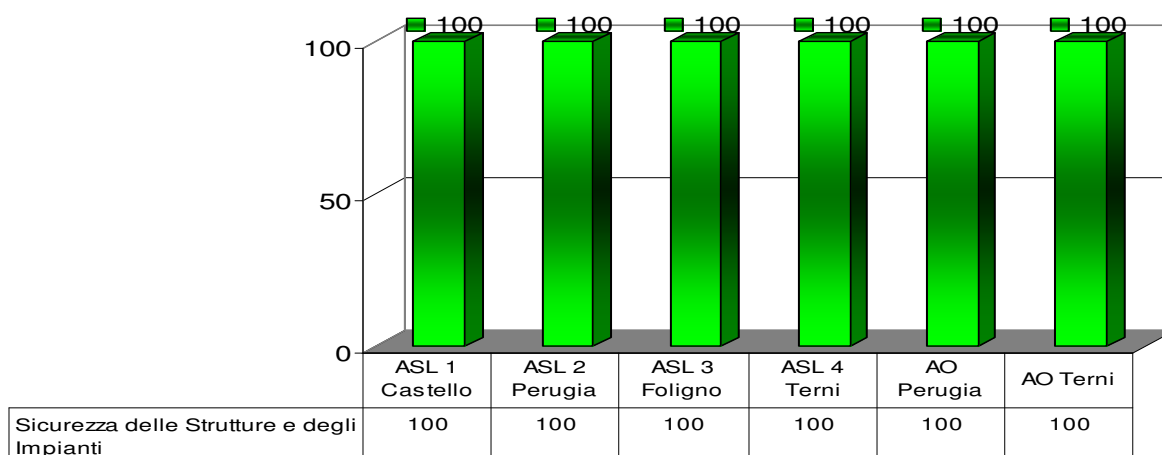
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv. 1

Lo IAS complessivo di ogni Azienda a livello 1 si attesta nella fascia eccellente. Tutti gli indicatori considerati e riportati nella tabella 62 ottengono infatti il massimo punteggio e lasciano intendere come nella *sicurezza delle strutture e degli impianti* non sia necessario alcun intervento.

Tab. 62 - Indicatori valutati

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

Grafico 57 - Sicurezza delle Strutture e degli Impianti (valori indicizzati) – Liv. 1

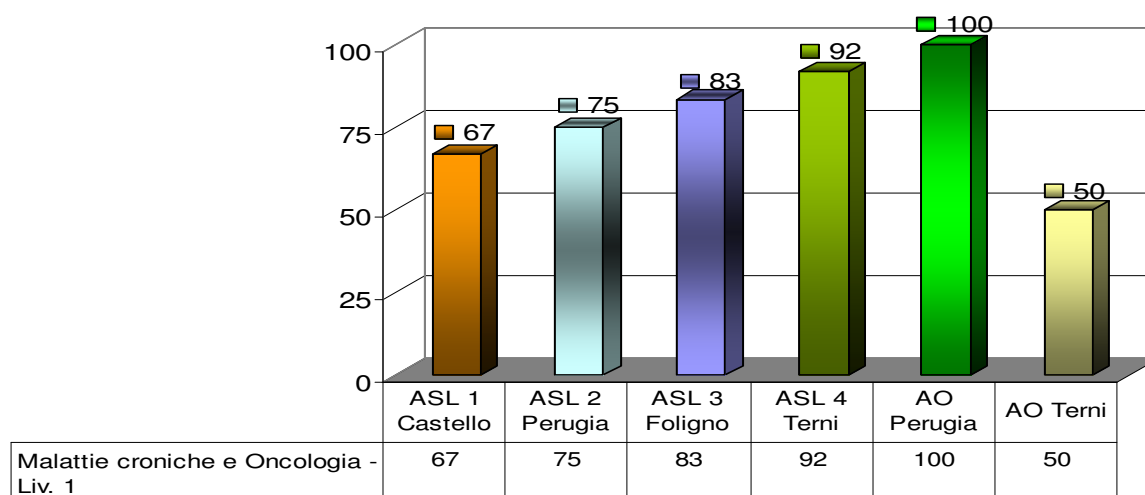


Fattore Malattie croniche e Oncologia - Liv. 1

La valutazione media è discreta con uno IAS pari a 78. Il risultato ci spinge a considerare la necessità di alcuni interventi da effettuare nella direzione di un miglioramento complessivo e di un adeguamento agli standard.

Solo un'Azienda ospedaliera mantiene un livello di eccellenza anche per questo fattore e si rileva un marcato scarto di punteggio se il confronto viene fatto con l'altra Azienda Ospedaliera.

Grafico 58 - Malattie Croniche e Oncologia (valori indicizzati) – Liv. 1



Gli indicatori della tabella 63 sono stati suddivisi in due sottotabelle (Tab. 64, tab. 65) poiché nel caso delle Aziende Ospedaliere, gli indicatori utilizzati da 12 sono scesi a 4. La legenda evidenzia un indicatore con punteggio pessimo comune alle 4 aziende: "Centri di counseling genetico per pazienti con patologie croniche o rare".

Tab. 63 - Indicatori valutati

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

Tab. 64 - Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche</i>	100	100	100	100
<i>Centri di counseling genetico per pazienti con patologie croniche o rare</i>	0	0	0	0
<i>Servizio di cure chemioterapiche</i>	100	100	100	100
<i>Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)</i>	0	100	100	100
<i>Centri di riferimento dell'azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi</i>	100	100	100	100
<i>Procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia</i>	0	0	100	100
<i>Procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia</i>	0	0	100	100
<i>Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità di presidi, ausili e protesi</i>	100	100	100	100
<i>Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi</i>	100	100	100	100
<i>Procedure per la distribuzione dei presidi presso sedi e con periodicità congrue per gli utenti</i>	100	100	100	100
<i>Servizio di dialisi domiciliare</i>	100	100	0	100
<i>Servizio di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati</i>	100	100	100	100

Legenda: _____ IAS pessimo

Tab. 65 - Indicatori in evidenza

	AO Perugia	AO Terni
<i>Attivazione di programmi di educazione terapeutica/autogestione per pazienti con malattie croniche</i>	100	0
<i>Centri di counseling genetico per pazienti con patologie croniche o rare</i>	100	0
<i>Servizio di cure chemioterapiche</i>	100	100
<i>Percorsi diagnostici terapeutici per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza (per le ASL si intende la gestione integrata territorio-ospedale)</i>	100	100

Legenda: _____ IAS pessimo

Fattore Gestione del dolore Liv. 1

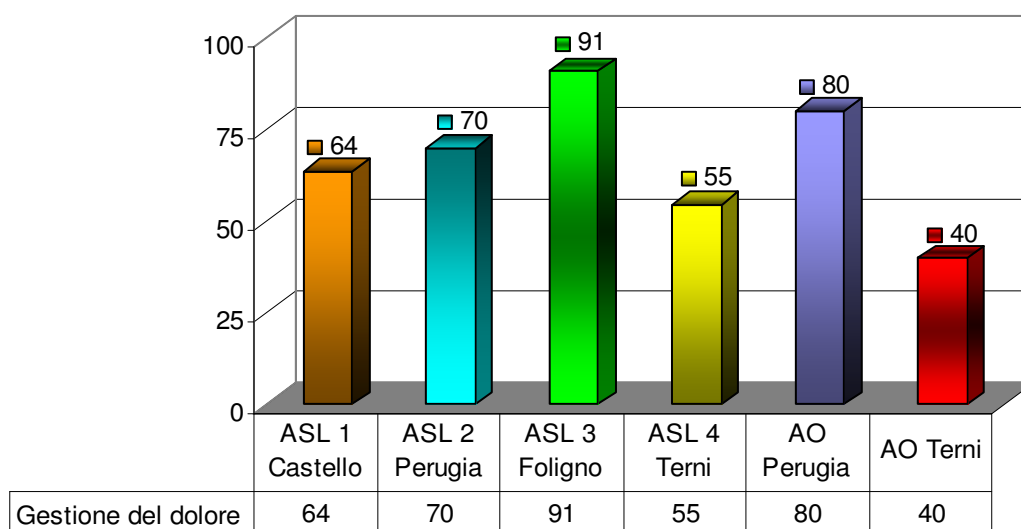
Il fattore ottiene mediamente un risultato discreto (IAS 67) che va letto in modo critico quando si leggono i valori delle Aziende ospedaliere.

Infatti il tema del dolore acuto o cronico, che dovrebbe avere in ambito ospedaliero un'attenzione privilegiata, non ottiene in realtà punteggi eccellenti ad eccezione di una Azienda Sanitaria locale.

Tab. 66 - Indicatori valutati

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

Grafico 59 - Gestione del dolore – Liv. 1



Tab. 67 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	AO Perugia	AO Terni
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Cure domiciliari	100	100	100	100	0	0
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio	100	100	0	100	100	0
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital	100	0	100	100	100	0
Strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)	0	100	100	0	0	0
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)	100	100	100	100	0	0
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti seguiti a livello ambulatoriale	100	100	100	100	100	100
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in ospedale	100	0	100	100	100	100
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso	0	0	100	0	0	0
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti ricoverati in Hospice	0	100	100	0	0	0
Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di medicina generale negli ultimi due anni	100	100	100	0	0	0
Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi due anni	0	0	100	0	0	0

Legenda: _____ IAS pessimo
 _____ IAS solo per le ASL o non valutati

Fattore Prevenzione - Liv. 1

Il fattore a livello 1 ottiene un risultato medio discreto (IAS 67) con punteggi in alcune situazioni da ritenersi critici. Solo un'Azienda ottiene un punteggio eccellente e due punteggi che ricadono nella fascia buona. Due aziende ottengono un punteggio medio discreto e una è da ritenersi pessima.

Lo IAS 0 di un'Azienda è un risultato che seppure indagato con un unico indicatore, rappresenta un grande elemento negativo. Trattandosi di un punteggio relativo ad una Azienda ospedaliera, si dovrebbe supporre un intervento risolutivo in funzione dei malati colpiti da ictus o emorragia cerebrale.

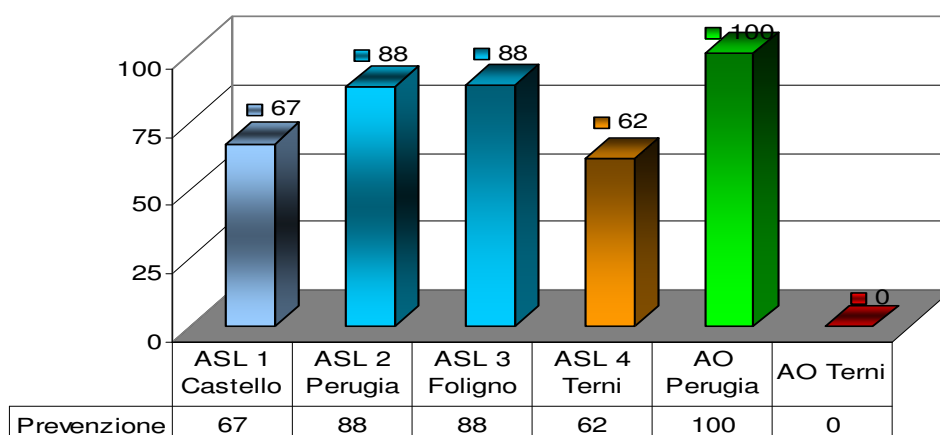
Tab. 68 – Indicatori valutati nelle Aziende Ospedaliere

	AO Perugia	AO Terni
<i>Stroke Unit nell'ospedale della AO e protocollo di assistenza</i>	100	0

Tab. 69 - Indicatori valutati nelle ASL

<i>Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118, e personale dei mezzi di soccorso</i>
<i>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, ri-orientamento di piani di formazione già previsti</i>
<i>Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza</i>
<i>Programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi: informazione/comunicazione; interventi di tipo cognitivo comportamentale che coinvolgono anche gli insegnanti; partecipazione al Global Youth Tobacco survey</i>
<i>Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: - counseling; - farmaci sostitutivi; - altri farmaci; - altri trattamenti</i>
<i>Programma per promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività: informazioni alle donne incinte o alle partorienti; opuscoli, lettere; formazione delle ostetriche e delle puericultrici dei punti nascita o dei servizi territoriali; tutoraggio delle neomamme per aiutarle nell'attaccamento al seno; tutoraggio delle mamme con visite a casa nei primi mesi di vita del neonato; monitoraggio su frequenza e durata dell'allattamento al seno</i>
<i>Programma per controllo e miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche</i>
<i>Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale</i>
<i>Programma per la promozione dell'attività fisica nella popolazione</i>
<i>Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra medicina generale, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste: costruzione di percorsi assistenziali in accordo tra i Centri di diabetologia e i medici di medicina generale; coinvolgimento eventuale dei distretti sanitari; formazione degli operatori sanitari coinvolti nei percorsi assistenziali; registro/database delle persone con diabete; richiamo attivo delle persone con diabete nell'ottica del case management; programma di educazione terapeutica delle persone con diabete; monitoraggio dell'assistenza al diabete attraverso indicatori specifici</i>
<i>Programma di formazione specifica per i medici di medicina generale sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, ecc)</i>
<i>Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito infarto del miocardio</i>
<i>Programma organizzato di screening mammografico</i>
<i>Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia</i>
<i>Programma organizzato di screening con il pap test</i>
<i>Percentuale di donne che si sottopone al pap test</i>
<i>Programma organizzato di screening del cancro del colon retto</i>
<i>Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto</i>

Grafico 60 – Prevenzione – Liv. 1



Tab. 70 - Indicatori in evidenza – solo ASL

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di MMG, medici di continuità assistenziale, operatori 118...</i>	100	100	100	0
<i>Attività previste nel Protocollo di riconoscimento dei sintomi dell'ictus...</i>	100	100	100	0
<i>Stroke Unit nell'ospedale della ASL e protocollo di assistenza</i>	100	100	100	0
<i>Programma di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione dei seguenti interventi...</i>	33	100	33	67
<i>Servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL con i seguenti servizi: - counseling; - farmaci sostitutivi; - altri farmaci; - altri trattamenti</i>	0	100	75	0
<i>Programma per la promozione dell'allattamento al seno con le seguenti attività</i>	100	100	100	100
<i>Programma per il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche</i>	0	100	100	100
<i>Percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale</i>	0	10	100	80
<i>Programma per la promozione dell'attività fisica...</i>	0	100	100	100
<i>Programma volto all'integrazione dell'assistenza diabetologica (tra MG, centro anti diabete, distretto, altre strutture) con le seguenti attività previste...</i>	100	86	100	86
<i>Programma di formazione specifica per i MMG sulla prevenzione in relazione ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari</i>	100	100	100	0

<i>Programma di educazione e riabilitazione per i soggetti che hanno subito un infarto del miocardio</i>	100	100	100	100
<i>Programma organizzato di screening mammografico</i>	100	100	100	100
<i>Percentuale di donne che si sottopone alla mammografia</i>	65	79	70	74
<i>Programma organizzato di screening con il pap test</i>	100	100	100	100
<i>Percentuale di donne che si sottopone al pap test</i>	66	55	60	45
<i>Programma organizzato di screening del cancro del colon retto</i>	100	100	100	100
<i>Percentuale di persone che si sottopone al test del sangue occulto</i>	41	50	50	58

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Livello 2 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario

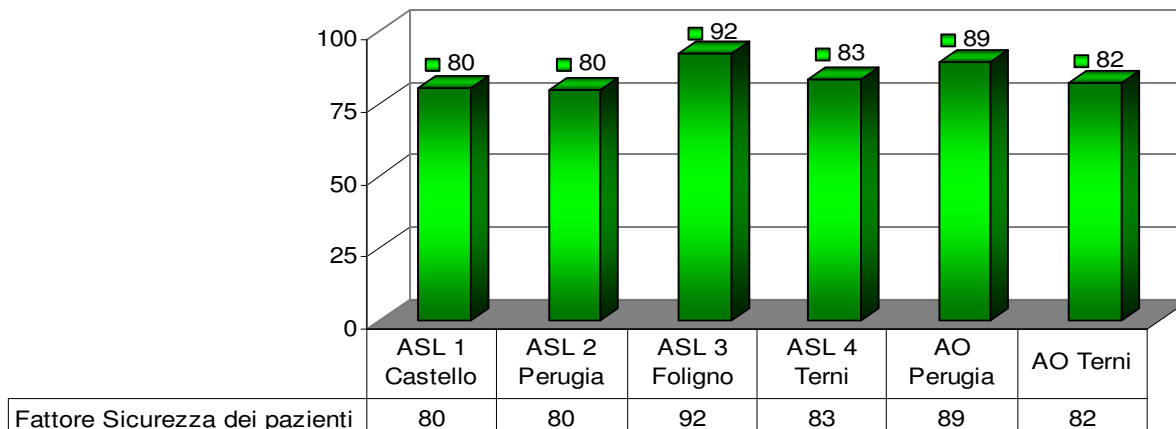
A livello 2 scompare il fattore *malattie croniche e oncologia*. La componente è indagata con 5 fattori:

1. Sicurezza dei pazienti
2. Sicurezza delle strutture e degli impianti
3. Malattie croniche e oncologia
4. Gestione del dolore
5. Prevenzione

Fattore Sicurezza dei pazienti - Liv. 2

A questo livello il fattore è decisamente buono con una tendenza stabile per tutte le Aziende e un punteggio medio di 84.

Grafico – 61 - Sicurezza dei Pazienti (valori indicizzati) – Liv. 2



Tab. 71 - Indicatori valutati

Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere
Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio
Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici
Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio
Protocollo per il cateterismo urinario
Linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali
Procedura scritta per il consenso informato nella quale è prevista la richiesta a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato
Procedura/linea guida scritte contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita
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
Utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologica
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
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
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto"
Procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti
Procedure scritte per il lavaggio delle mani
Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori
Dotazione delle U.O. di defibrillatore e di carrello per l'emergenza
Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici

Numero di infermieri che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale degli infermieri
Procedura scritta con indicazioni per impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni

Esperienze vincenti – Liv. 2

Nella tabella 71 sono evidenziate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 72 – Indicatori con punteggio massimo

Procedura scritta con indicazioni per impiegare al meglio le barriere sterili nel posizionamento di cateteri endovenosi per prevenire le infezioni	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 2
Dotazione delle Unità Operative di defibrillatore e di carrello per l'emergenza	
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	
Procedura scritta per la sterilizzazione dei dispositivi medici	
Procedura scritta aziendale per la gestione dei rifiuti sanitari prodotti nel presidio	
Protocollo per il posizionamento di cateteri intravascolari centrali Procedure scritte per il lavaggio delle mani	
Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	

Tab. 73 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	AO Perugia	AO Terni
Programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	100	0	100	67	100	100
Documento sul corretto uso dei disinfettanti nel presidio	33	50	100	100	100	100
Protocollo per il cateterismo urinario	33	50	100	100	100	100
Linee guida scritte per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito	100	100	100	33	100	100
Procedura scritta per il consenso informato nella quale è prevista la richiesta a ciascun paziente o al proprio rappresentante legale di ripetere ciò che gli è stato detto nel corso della raccolta del consenso informato	80	90	90	87	100	80
Procedura/linea guida scritte contenente l'indicazione di aspirare di continuo le secrezioni sottoglottiche per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita	67	0	100	100	100	100
Utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere	0	0	0	0	0	0
Procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti	0	100	100	0	100	100
Procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione	67	50	75	100	0	0

<i>fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori</i>						
<i>Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errore in terapia farmacologica</i>	67	100	75	100	100	0
<i>Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</i>	100	100	50	100	100	100
<i>Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</i>	100	100	67	100	100	100
<i>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</i>	100	100	67	100	100	100
<i>Misure volte a implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute "Prevenzione del decesso materno durante il parto"</i>	67	50	100	100	100	100

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
_____ IAS mediocre

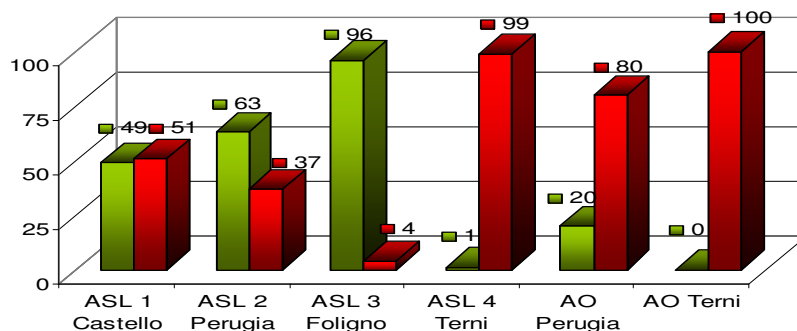
Tab. 74 – Indicatori Corso di BLS

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	AO Perugia	AO Terni
<i>Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici</i>	49	63	96	1	20	0
<i>Numero di infermieri che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale degli infermieri</i>	84	83	100	37	25	10

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
_____ IAS mediocre

Grafico 62 - Corso di BLS

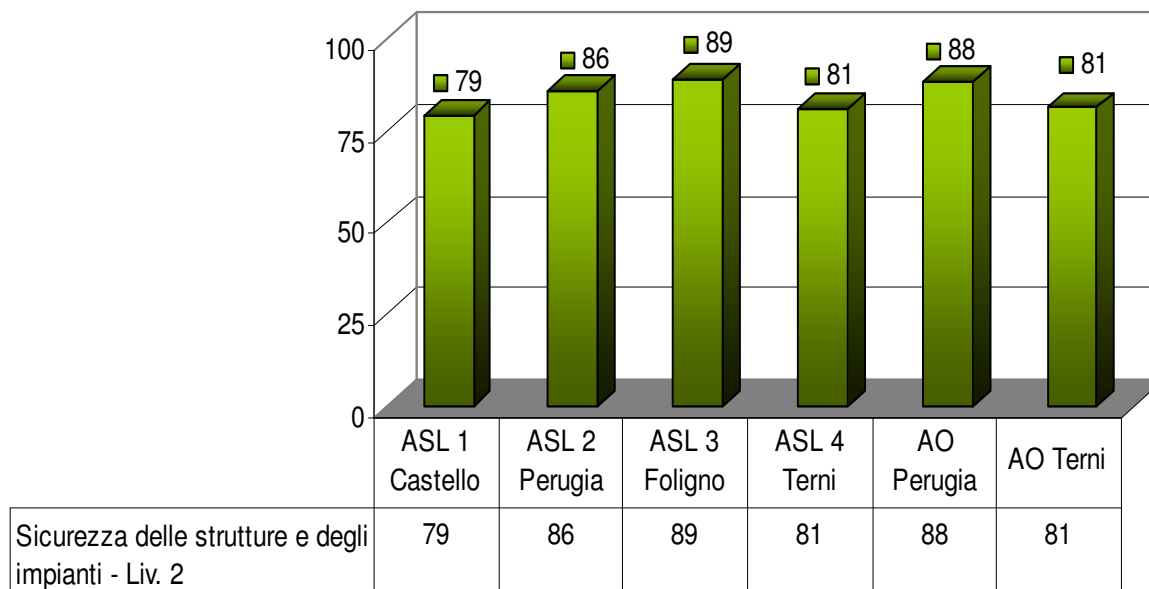
- Numero di medici che hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici
- Numero di medici che NON hanno effettuato corso di BLS negli ultimi 2 anni sul totale dei medici



Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti - Liv. 2

In relazione a tale fattore la media conseguita a livello 2 e quindi a livello dell'assistenza ospedaliera è pari a 84 con una performance soddisfacente per tutte e 6 le Aziende considerate.

Grafico 63 - Sicurezza delle strutture e degli impianti - Liv. 2



Tab. 75 – Indicatori valutati

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

Esperienze vincenti – Liv. 2

Nella tabella 75 sono evidenziate le esperienze vincenti comuni a tutte le Aziende Sanitarie.

Tab. 76 – Esperienze vincenti

Individuazione all'interno del Pronto Soccorso dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 2
Procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Pronto Soccorso	

Tab. 77 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	AO Perugia	AO Terni
<i>Accesso dedicato ai mezzi di trasporto diretti al Pronto Soccorso</i>	100	50	100	100	100	100
<i>Camera calda al Pronto Soccorso</i>	100	50	100	100	100	100
<i>Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga</i>	83	100	100	92	100	62
<i>Unità Operative di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori</i>	70	100	98	100	100	77
<i>Unità Operative di degenza (anche Day Hospital) nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione</i>	0	100	23	25	18	31

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Fattore Gestione del dolore Liv. 2

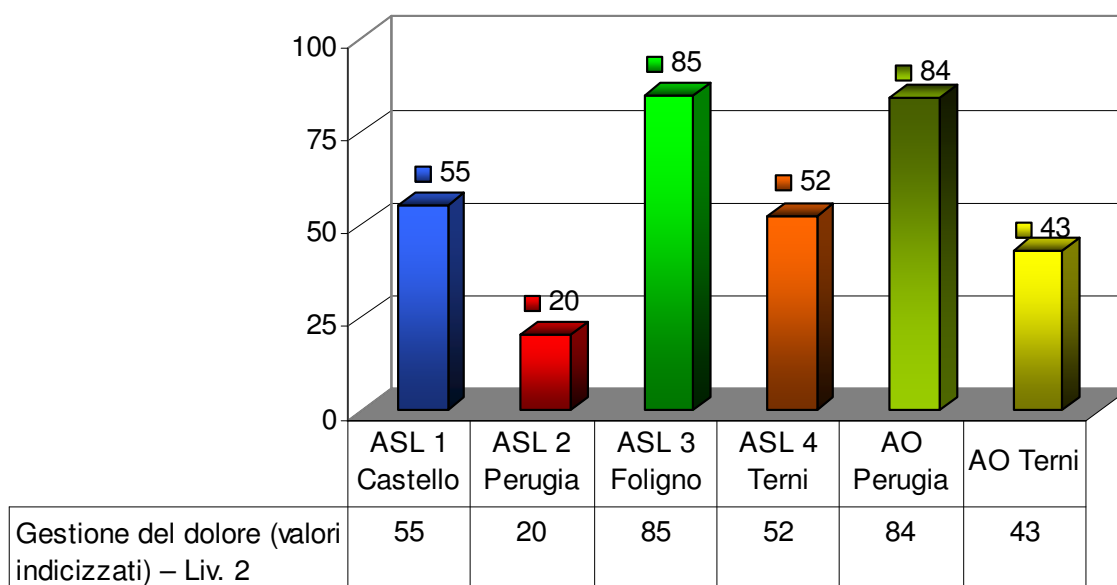
A livello 2 con uno IAS medio di 57, il fattore si inserisce nella classe di punteggio mediocre. E' un risultato piuttosto basso da leggere in modo critico, in considerazione della massima attenzione che il tema del dolore acuto e/o cronico dovrebbe avere in ambito ospedaliero.

Tab. 78 - Indicatori valutati

<i>Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore</i>
<i>Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati</i>
<i>Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle U.O. ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni</i>
<i>Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni</i>
<i>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</i>
<i>Disponibilità del parto indolore</i>
<i>Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)</i>
<i>Procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso</i>

L'andamento dei punteggi per questo fattore non è costante. Nessuna Azienda ottiene punteggi eccellenti e lo scarto tra le esperienze vincenti e le Aziende con situazioni critiche è estremamente evidente.

Grafico 64 - Gestione del dolore (valori indicizzati) – Liv. 2



Tab. 79 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	AO Perugia	AO Terni
Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore	67	50	100	67	100	100
Valutazione e documentazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati	47	0	93	0	100	70
Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle Unità operative ospedaliere per controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore svolte negli ultimi 2 anni	67	0	50	0	100	0
Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario negli ultimi 2 anni	67	0	100	67	100	0
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	61	13	100	100	75	75
Disponibilità del parto indolore	0	0	100	50	100	0
Procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso	33	0	0	0	0	0

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

Esperienze vincenti – Liv. 2

Nella tabella 79 è evidenziata l'esperienza vincente comune a tutte le Aziende.

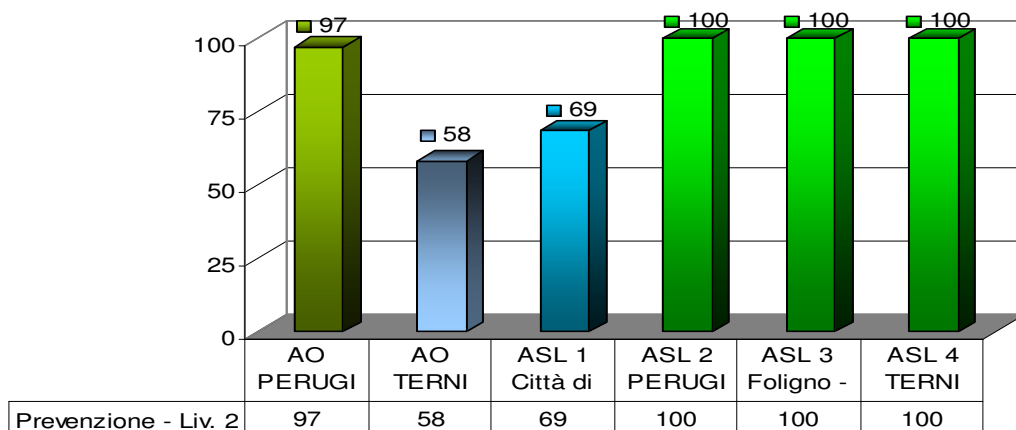
Tab. 80 – Esperienze vincenti

Disponibilità del Servizio di terapia del dolore post-operatorio (o modalità funzionale volta a gestire il dolore post-operatorio)	IAS 100 per tutte le Aziende - Liv. 2
--	--

Fattore Prevenzione Liv. 2

La prevenzione a livello 2 ottiene un punteggio medio soddisfacente ricadendo nella classe di punteggio buono con uno IAS 87.

Grafico 65 - Prevenzione (valori indicizzati) – Liv. 2



Quattro Aziende su 6 raggiungono livelli di qualità eccellenti, per le restanti due aziende pesano negativamente due eventi sentinella (IAS -25) così come espressi nella tabella a seguire.

Tab. 81 - Indicatori in evidenza

Rispetto del divieto di fumo	AO TERNI	ASL 1 Castello
<i>nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posacenere</i>	0	-25
<i>nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di posacenere</i>	-25	0

Tab. 82 - Indicatori valutati

<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posacenere</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di fumo di sigaretta</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nelle U.O. di degenza dell'ospedale, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nelle U.O. di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di persone che fumano</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nelle U.O. di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di posacenere</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nelle U.O. di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nelle U.O. di degenza dell'ospedale, attraverso l'assenza di odore di fumo di sigaretta</i>

Tab. 83 – Esperienze vincenti

Rispetto del divieto di fumo	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>	100	100	100	100	100	100
<i>nelle Unità Operative di degenza dell'ospedale, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>	94	100	100	100	100	100

Livello 3 – Aziende a confronto - Impegno dell'azienda a Promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario

Il livello 3 che ricordiamo essere diviso in Liv.3a, Liv.3b, Liv.3c è valutato attraverso il fattore *Sicurezza delle strutture e degli impianti e prevenzione*.

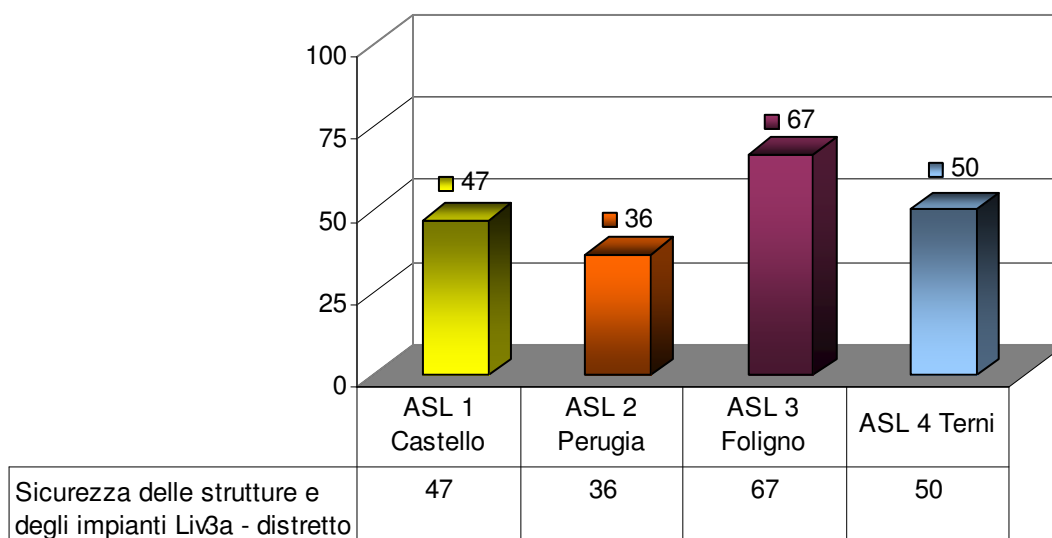
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti Liv3a - distretto

La situazione sul territorio è poco incoraggiante. Il grado di adeguamento agli standard per questo livello è mediocre con un punteggio pari a IAS 50.

Tab. 83 - Indicatori valutati

<i>Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto</i>
<i>Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto</i>
<i>Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto</i>

Grafico 66 - Sicurezza delle Strutture e degli Impianti (valori indicizzati) – Liv. 3a – Distretto



Nessuna azienda raggiunge punteggi tali da definire valida l'attenzione al potenziale rischio delle strutture. In pratica, se un cittadino dovesse trovarsi nella condizione di evacuare dalla struttura per un evento avverso, la quasi totalità delle strutture non prevede indicazioni per la fuga e/o per individuare l'estintore.

Tab. 84 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Segnaletica per le vie di fuga nella sede di distretto</i>	40	0	50	50
<i>Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede di distretto</i>	100	75	100	50
<i>Piantina di piano di evacuazione nella sede di distretto</i>	0	33	50	50

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

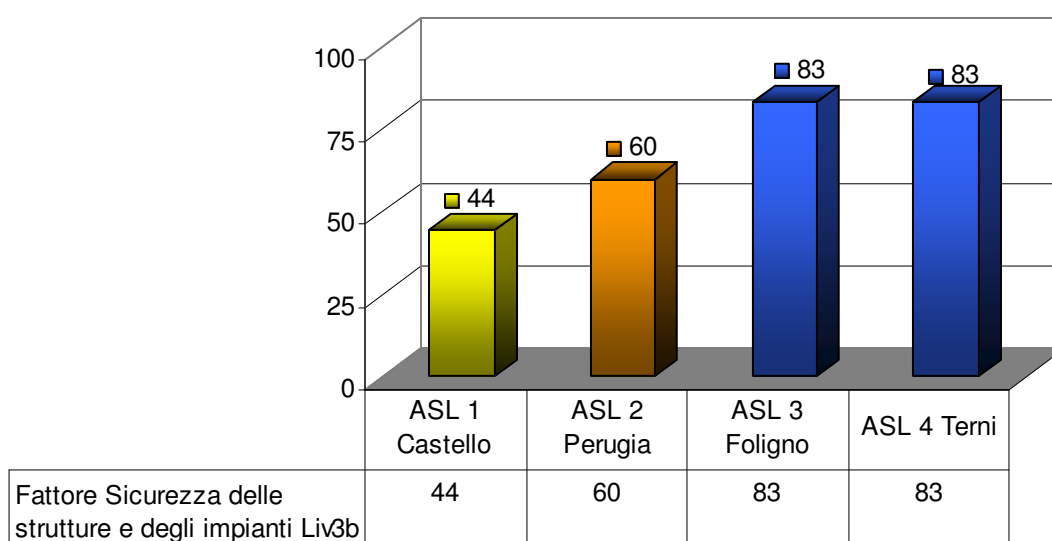
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti - Liv3b poliambulatorio

Il grado di adeguamento agli standard valutato con i medesimi indicatori del distretto sale di poco e si pone nella classe di punteggio discreto (IAS 68). E' quindi evidente che in diversi poliambulatori c'è una condivisione di standard sicuramente migliore.

Tab. 85 – Indicatori valutati

<i>Segnaletica per le vie di fuga nella sede del poliambulatorio</i>
<i>Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio</i>
<i>Piantina di piano di evacuazione nella sede del poliambulatorio</i>

Grafico 67 - Sicurezza delle Strutture e degli Impianti – Liv. 3b – Poliambulatorio



La tabella 86 rivela come due Aziende sul 4 si impegnino nella diffusione della cultura della sicurezza.

Tab. 86 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Segnaletica per le vie di fuga nella sede del poliambulatorio	67	60	100	100
Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del poliambulatorio	67	80	100	100
Piantina di piano di evacuazione nella sede del poliambulatorio	0	40	50	50

Legenda: _____ IAS pessimo, scadente
 _____ IAS mediocre

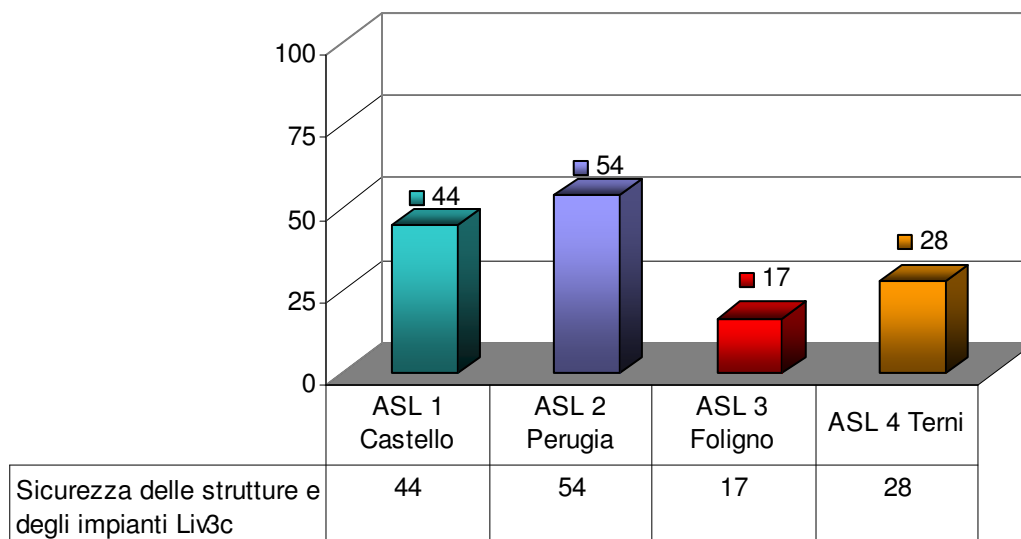
Fattore Sicurezza delle strutture e degli impianti - Liv3c

La situazione peggiore sul territorio è presso SERT e CSM. Diffuse sono le situazioni pessime con uno scarto tra migliore Azienda e la peggiore piuttosto evidente. Il punteggio medio ottenuto è scadente con uno IAS pari a 36.

Tab. 87 - Indicatori valutati

<i>Segnaletica per le vie di fuga nella sede del servizio</i>
<i>Segnaletica per l'individuazione degli estintori nella sede del servizio</i>
<i>Piantina di piano di evacuazione nella sede del servizio</i>

Grafico 68 - Sicurezza delle Strutture e degli Impianti – Liv. 3c – CSM/Ser.T.



Fattore Prevenzione Liv3a - Distretto

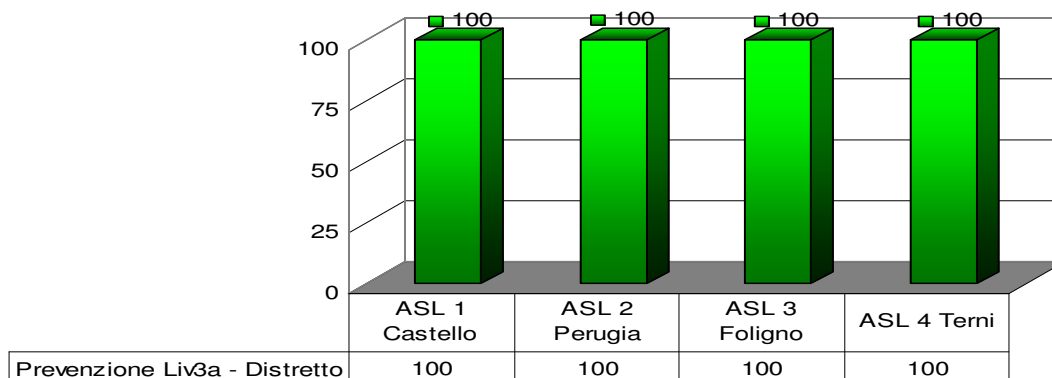
Il fattore prevenzione per tutti e tre i sottolivelli si sistema nella classe di punteggio discreto con un valore medio di 77.

A livello 3a gli interventi delle Aziende sono stati numerosi e decisivi tanto che lo IAS è pari a 100 in tutte le situazioni analizzate.

Tab. 88 - Indicatori valutati

<i>Invio ai medici di medicina generale da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi</i>
<i>Invio ai pediatri da parte dell'Azienda sanitaria di materiale informativo sulla prevenzione da mettere a disposizione del pubblico nei propri studi</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di persone che fumano -odore di fumo di sigaretta.</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di posacenere</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di mozziconi di sigaretta per terra</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza, attraverso l'assenza di odore di sigaretta</i>

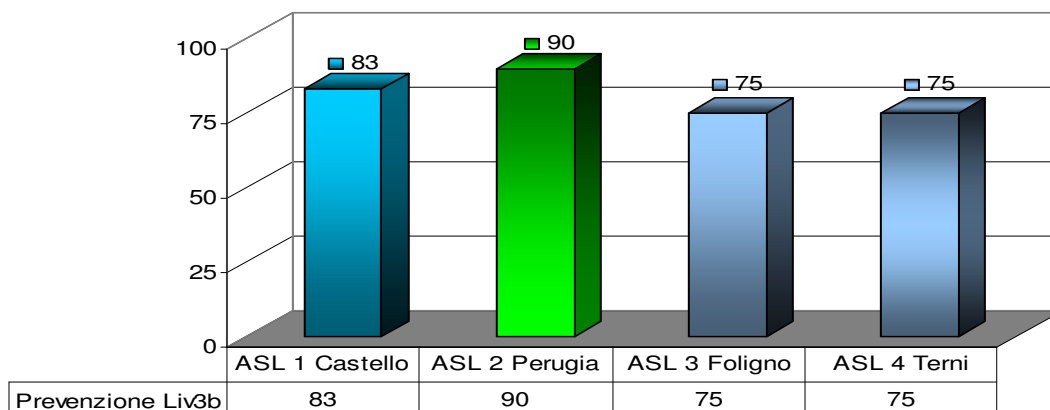
Grafico 69 - Prevenzione (valori indicizzati) – Liv. 3a – Distretto



Fattore Prevenzione - Liv3b

Il bilancio complessivo a livello 3b è ampiamente positivo nonostante il valore ottenuto ricada nella classe di punteggio buona con un valore medio di 81 e quindi inferiore a quello ottenuto per i distretti.

Grafico 70 - Prevenzione (valori indicizzati) – Liv. 3b - Poliambulatorio



Tab. 89 - Indicatori valutati

<i>Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio</i>
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>

Tab. 90 – Indicatori in evidenza

	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
<i>Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico all'ingresso della sede del poliambulatorio</i>	67	80	50	50
<i>Rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del poliambulatorio adibiti a servizio dell'utenza, attraverso la presenza di cartelli regolamentari</i>	100	100	100	100

Legenda: _____ IAS mediocre

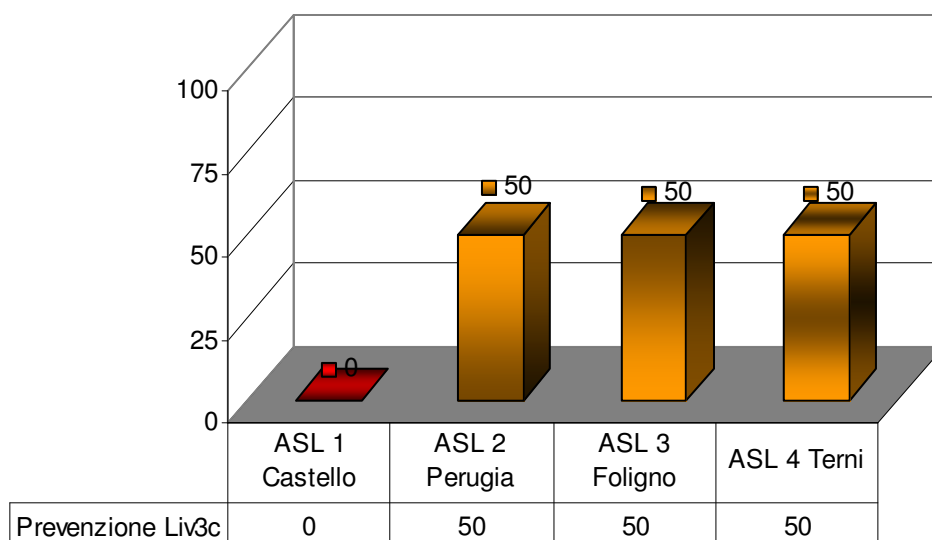
Fattore Prevenzione - Liv3c

Un solo indicatore valuta la prevenzione a Liv. 3c. L'ostacolo ad una soddisfacente valutazione su tutto il territorio è rappresentata dal risultato ottenuto a questo livello. Il risultato con uno IAS 38 è scadente.

Tab. 91 - Indicatore valutato

Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura

Grafico 71 - Prevenzione (valori indicizzati) – Liv. 3c - CSM/Ser.T.



Capitolo 4 - Componente Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

I rapporti con i cittadini rappresentano un'area molto critica. Il DPCM del 19 maggio 1995 aveva previsto una politica nazionale volta a coniugare tutela, qualità e partecipazione ma i risultati emersi in Umbria confermano che tale prassi è stata attuata parzialmente. Le Carte dei servizi e gli URP sono strutture stabili del servizio sanitario ma in maniera ricorrente si evidenzia l'assenza di una politica generale della partecipazione che consideri concretamente la cittadinanza come risorsa.

La componente è valutata solo a livello 1 poiché è dalle direzioni aziendali che i cittadini auspicano un'attenzione al tema.

Mappa dei giudizi

III COMPONENTE - "Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali"

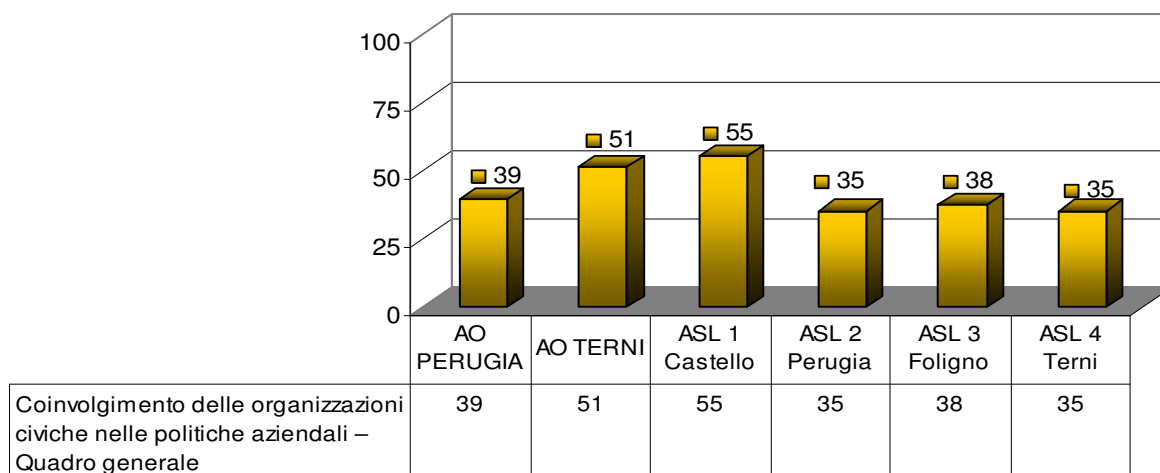
	L1	L2	L3a	L3b	L3c
Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti	scadente	-	-	-	-
Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda	mediocre	-	-	-	-

I fattori della componente sono:

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

Il quadro generale presenta un punteggio medio di 42 con uno scarto tra le Aziende non significativo. Quattro Aziende su 6 infatti ottengono un punteggio che le inserisce nella classe scadente, le restanti due raggiungono punteggi mediocri.

Grafico 72 - Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali – Quadro generale



Tab. 92 - Attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli Utenti

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Attuazione e Funzionamento degli Istituti di Partecipazione	33	52	52	33	22	44

Tab. 93 - Altre forme di partecipazione dei cittadini e interlocuzione cittadini/azienda

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda	46	50	59	38	55	25

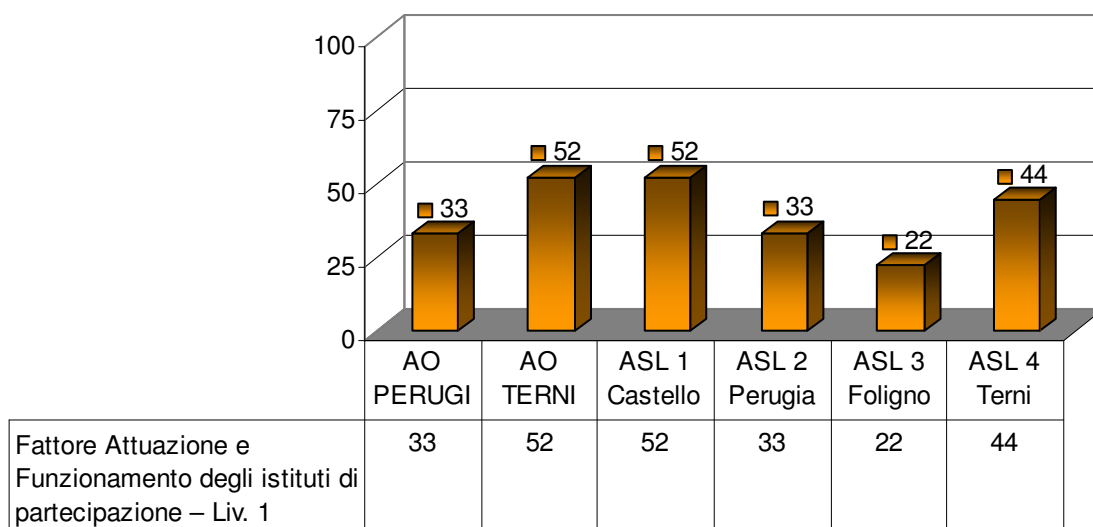
Fattore Attuazione e Funzionamento degli istituti di partecipazione – Liv. 1

Il fattore è valutato attraverso 9 indicatori. L'indice di adeguamento medio ottenuto è 40 e la classe di punteggio di appartenenza è scadente.

Tab. 94 - Indicatori valutati

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

Grafico 73 - Attuazione e Funzionamento degli Istituti di Partecipazione (valori indicizzati) – Liv. 1



In relazione al fattore, due Aziende su 6 si collocano nella fascia di punteggio mediocre. Nelle restanti Aziende si evidenzia un punteggio ancora più basso corrispondente alla valutazione pessimo - scadente. Il risultato indica una scarsa apertura all'intervento dei cittadini e definisce la necessità di avviare organismi di partecipazione che garantiscano la visibilità e la trasparenza delle attività aziendali.

Le esperienze totalmente negative riguardano due indicatori: *Comitati consultivi misti* e *Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico*¹⁰.

¹⁰ Nella direttiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo, il Comitato Etico è definito *l'organismo indipendente, composto di personale sanitario e non, incaricato di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti della sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di questa tutela*. In Italia l'istituzione dei C. E. è prevista: nelle strutture sanitarie pubbliche e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) privati. Le strutture sanitarie prive di un Comitato Etico interno possono comunque

Tab. 95 – Indicatori in evidenza

	AO PERUGIA	AO TERNI	ASL 1 Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni
Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione servizi sanitari	100	100	100	100	0	100
Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini	100	100	100	0	100	100
Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle assoc. cittadini	0	100	100	0	0	100
Commissione mista conciliativa	0	0	100	100	100	0
Comitati consultivi misti	0	0	0	0	0	0
Convocazione nell'ultimo anno Conferenza servizi e presentazione risultati del controllo di qualità	0	70	70	0	0	0
Coinvolgimento diretto cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per revisione standard nella Carta dei servizi	0	100	0	0	0	0
Comitato etico	100	0	0	100	0	100
Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per designazione propri rappresentanti presso il Comitato etico	0	0	0	0	0	0

Legenda: _____ IAS pessimo

eseguire sperimentazione previa approvazione di un Comitato Etico indipendente ed esterno individuato ed indicato dalla Regione competente. Conformemente alla normativa regionale inoltre, un Comitato Etico può anche essere istituito nell'ambito dell'amministrazione regionale competente per materia.

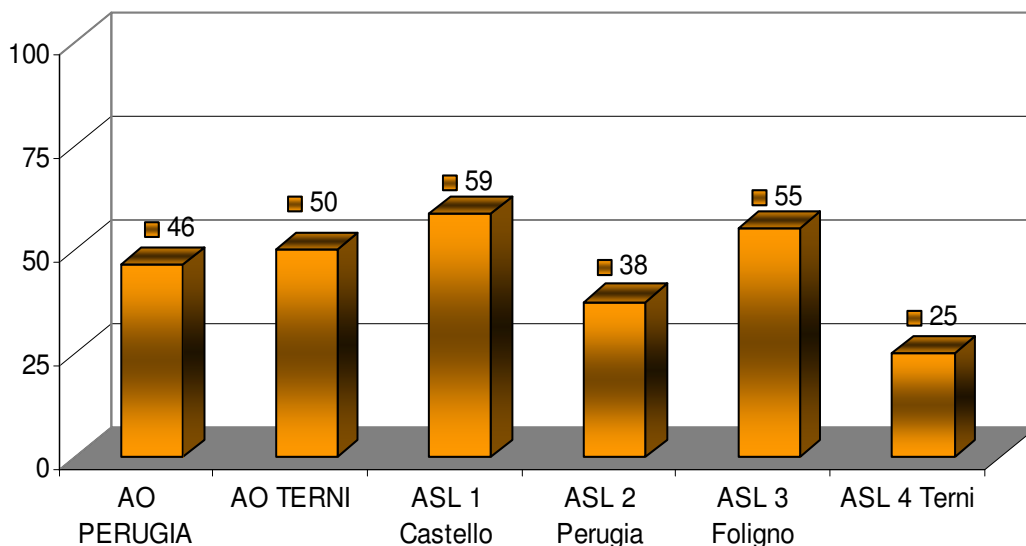
Fattore – Altre forme di partecipazione dei cittadini e di Interlocuzione cittadini/azienda

Tab. 96 - Indicatori valutati

Una o più richieste formali negli ultimi due anni da parte dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la partecipazione a commissioni di studio/gruppi di lavoro
Una o più richieste formali negli ultimi due anni alle organizzazioni di cittadini da parte dell'azienda di suggerimenti o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.
Iniziative comuni negli ultimi due anni (azienda e organizzazioni dei cittadini) riguardanti la qualità del servizio (monitoraggi concordati, customer satisfaction, ecc.)
Riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari
Consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio, ecc.
Capitolati d'appalto con articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture
Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria e discussione pubblica
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

Grafico 74 - Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda (valori indicizzati) – Liv. 1

Il fattore è valutato attraverso 8 indicatori. Nessuna Azienda raggiunge punteggi eccellenti e non ci sono sensibili differenze in quanto tutte le strutture si collocano ad un livello tra lo scadente e il mediocre. Il punteggio medio del fattore è 45.



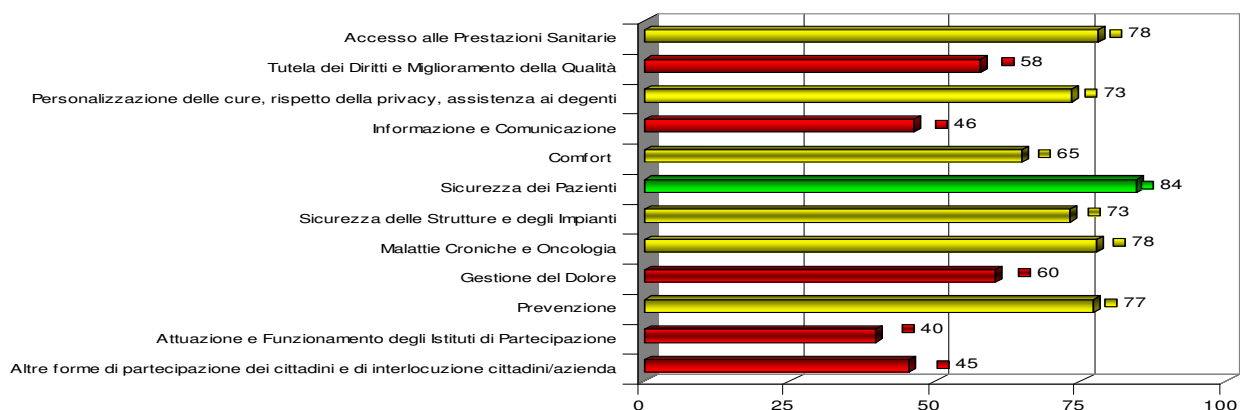
Capitolo 5 - Dall'analisi alle proposte

La formulazione del piano di miglioramento inserita nel rapporto regionale tiene conto della maggior parte delle criticità emerse nei sei rapporti locali. La tabella 97 mostra la media dei punteggi IAS ottenuti e la relativa classe di punteggio.

Tab. 97 – Valori medi degli IAS per fattori

Fattori	IAS medio	Classe di punteggio
Accesso alle Prestazioni Sanitarie	78	Discreto
Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità	58	Mediocre
Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti	73	Discreto
Informazione e Comunicazione	46	Mediocre
Comfort	65	Discreto
Sicurezza dei Pazienti	84	Buono
Sicurezza delle Strutture e degli Impianti	73	Discreto
Malattie Croniche e Oncologia	78	Discreto
Gestione del Dolore	60	Mediocre
Prevenzione	77	Discreto
Attuazione e Funzionamento degli Istituti di Partecipazione	40	Scadente
Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda	45	Mediocre

Grafico 75 - Valori medi degli IAS per fattori



La *sicurezza dei pazienti* è l'unico punto di forza poiché ricade nella classe di punteggio buono (colore verde). Diversi fattori raggiungono la classe di punteggio discreto anche se il valore medio di fatto è ottenuto dalla combinazione dei punteggi su i 3 livelli (colore giallo). Si può affermare quindi come si constati uno standard positivo pur rilevando un

divario tra le diverse realtà. Restano critici i punteggi relativi alla Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità, alla Gestione del dolore e all'area dei rapporti con i cittadini.

Le azioni di miglioramento riportate di seguito prendono in considerazione quegli indicatori la cui variazione presuppone interventi minimi di carattere strutturale. Simili interventi infatti non solo richiedono costi elevati ma generalmente si ripropongono nel tempo. A livello 2 per esempio pensare a nuove edificazioni ospedaliere con conseguente smantellamento di quelle meno recenti eviterebbe nel tempo interventi di manutenzione spesso obsoleti e ricorrenti.

Le proposte inserite di seguito nella maggior parte dei casi potrebbero essere attuate senza particolari costi economici ma con interventi di carattere organizzativo da condividere tra l'Azienda ed altri soggetti istituzionali (Regione, Associazioni di volontariato ecc.). Si ritiene che i risultati ottenuti dall'Audit civico debbano spingere le Aziende ad intervenire dapprima prendendo spunto dalle esperienze vincenti delle altre realtà territoriali e poi ragionando sui fattori il cui IAS pessimo/mediocre potrebbe essere abbattuto con interventi "fattibili" come quelli inerenti alla comunicazione e all'informazione.

Un aspetto importante è la necessità di formare adeguatamente il personale medico, paramedico e quello che va direttamente a contatto con il cittadino.

Sarebbero opportuni corsi di BLS e di gestione della comunicazione. Lo scopo è quello di apprendere nuove modalità assistenziali e relazionali in grado di migliorare il punteggio IAS sia dell'orientamento ai cittadini sia dell'umanizzazione.

Nello stesso tempo è fondamentale l'elaborare di linee guida e/o protocolli specifici come quelli riguardanti la gestione del dolore.

I principi ispiratori di della dichiarazione di Alma Ata sottolineano come *"le cure primarie rappresentano il primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il Servizio sanitario. Il loro ruolo è di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora"*. Non si può prescindere quindi da una connessione tra i servizi sanitari territoriali e gli altri livelli del sistema salute oltre che dai servizi sociali.

Per questo è auspicabile l'implementazione delle nuove tecnologie che permettano ai MMG e Pediatri di essere parte attiva del percorso terapeutico del cittadino.

E' doveroso riportare sul territorio forme di assistenza che da tempo vengono gestite in modo inappropriato, oltre che antieconomico, negli ospedali o negli ambulatori specialistici. In questa ottica alla medicina generale e alla pediatria di base si restituirebbe un ruolo centrale nell'assistenza ai malati che garantisca la corretta erogazione dei LEA, la continuità assistenziale, la gestione più appropriata delle prestazioni specialistiche e l'attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici omogenei.

Tra le azioni di miglioramento:

1. l'estensione dell'orario dell'assistenza da parte dei MMG e pediatri
2. l'organizzazione di risposte sanitarie e socio-sanitarie complesse, utilizzando una strumentazione adeguata e la collaborazione di diverse figure professionali.
3. la sperimentazione da parte di tutti i medici di linee guida condivise.
4. l'attivazione di ambulatori destinati a patologie specifiche.
5. una risposta medico-infermieristica e specialistica anche per l'assistenza domiciliare integrata, nelle RSA, negli Hospice o per interventi personalizzati a favore dei pazienti portatori di patologie croniche.

Riappropriarsi e implementare la rete sul territorio gioverebbe oltre al miglioramento complessivo dell'efficacia e della qualità dell'assistenza erogata sul territorio, alla

diminuzione degli accessi al Pronto Soccorso e allo snellimento delle procedure burocratiche attuali per i pazienti.

Infine un impegno particolare da parte delle direzioni aziendali dovrebbe mirare a migliorare i valori IAS della terza componente attivando tavoli di compartecipazione e condivisione cui siedono rappresentanti delle Aziende e dei cittadini che opereranno a livello strategico.

Tab. 98 – Le proposte di miglioramento

ORIENTAMENTO VERSO I CITTADINI

Accesso alle Prestazioni Sanitarie

Livello 1 – Direzione aziendale

Aggiornare i siti web riservando particolare attenzione a:

1. elenco dei servizi; orari; modalità di prenotazione
2. Aggiornare mensilmente il sito web con i tempi di attesa delle principali prestazioni erogate
3. Dotare di un maggior numero di risorse umane gli URP e/o prevedere una collaborazione con le Associazioni dei cittadini

Livello 2 – Ospedale

1. Definire Procedura scritta di accoglienza per coloro che si ricoverano
2. Aprire il numero di "agende di prenotazione" prenotabili tramite CUP aziendale sul totale delle agende di prestazione disponibili nel presidio ospedaliero almeno nel caso di prime visite e lasciare i successivi appuntamenti allo specialista.
3. Dotare le strutture principali di:
 - Sportelli con sistema di controllo e regolamentazione delle file per le prenotazioni di visite ed esami diagnostici
 - Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali
4. Autorizzare gli utenti con difficoltà di deambulazione a scendere davanti all'ingresso principale delle strutture.

Livello 3° – Distretto

1. Ampliare il numero di pediatri che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18 per almeno un'ora su numero totale di pediatri
2. Prevedere entro pochi anni un collegamento telematico tra MMG, pediatri e CUP aziendale.
3. Ampliare il numero di ambulatori di MMG e dei pediatri con apertura settimanale di oltre 20 ore su numero totale di ambulatori di medicina generale
4. Valutare se sufficiente il numero di MMG che hanno messo in atto la medicina di gruppo.
5. Dotare gli sportelli delle sedi principali dei distretti di:
 - sistema di controllo e regolamentazione delle file

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Provvedere all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle sedi dei poliambulatori
2. Ampliare presso la sede dei poliambulatori le prenotazioni delle visite ed esami diagnostici mediante CUP
3. Inserire nelle sedi principali dei poliambulatori punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, sistemi automatici, ecc.)

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Valutare se il numero ore al giorno e il numero settimanale di apertura del servizio è

- congruo alle necessità dell'utenza
2. Abbattere le barriere architettoniche nei SERT e nei CSM e se possibile ripensare al trasferimento di alcune strutture.

1.2 Tutela dei Diritti e Miglioramento della Qualità

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Rendere pubblici sul sito web aziendale il numero dei reclami (annuali) e le risposte date entro 60 gg. al fine di evitare che la risposta aziendale si esaurisca solo in una risposta al singolo utente.
2. Prevedere il coinvolgimento di una commissione/gruppo di lavoro aziendale per stabilire gli standard e fattori di qualità nella Carta dei Servizi
3. Prevedere un "organo conciliativo" sperimentale deputato alla soluzione dei contenziosi extragiudiziali ed elaborare una procedura scritta per lo stesso.
4. Incrociare ove possibile i risultati dell'Audit civico con le ultime indagini sulla soddisfazione degli utenti e/o dei loro familiari.

Livello 2 – Ospedale

1. Realizzare a livello ospedaliero indagini mirate sulla soddisfazione degli utenti: Pronto Soccorso, liste di attesa e visite intramoenia.
2. Garantire locali per le associazioni di volontariato/tutela dei diritti dei cittadini a chi ne fa richiesta
3. Prevedere un sistema alternativo al cartaceo che permetta agli utenti di comunicare commenti, suggerimenti e reclami. (es. indirizzo e-mail)

Livello 3° – Distretto

1. Realizzare un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa i rapporti con i MMG e sul Servizio di Assistenza Domiciliare con la partecipazione dei cittadini
2. Prevedere all'ingresso della sede di distretto documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami e fornire schede per segnalazioni e reclami dei cittadini

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Prevedere esperienze di accreditamento volontario e/o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc.)
2. Prevedere all'ingresso della sede del poliambulatorio documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.
3. Fornire schede per segnalazioni e reclami dei cittadini e relativo box raccoglitore.

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Realizzare un'indagine sulla soddisfazione degli utenti/familiari degli utenti del SERT/CSM circa il Servizio
2. Realizzare un'indagine circa i bisogni emergenti.

1.3 Personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti

Livello 2 – Ospedale

1. Prevedere un servizio di interpretariato, di mediazione culturale, religioso per non cattolici anche a chiamata mediante formulazione di una lista di disponibilità.
2. Prevedere una procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico
3. Rivedere gli orari della distribuzione dei pasti ai pazienti.

4. Attivare anche con convenzioni il servizio di supporto psicologico per assistere i pazienti e le loro famiglie in situazioni specifiche tra le quali oncologia, trapianti, violenza verso donne e bambini.
5. Formulare un regolamento sulla presenza di infermieri o badanti a pagamento
6. Rivedere il numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali e festivi
7. U.O.: Acquistare divisori da mettere all'interno delle stanze dei poliambulatori dell'ospedale
8. Dotare almeno tutte le U.O. di pediatria di aree di socializzazione
9. U.O.: Prevedere procedure per favorire l'inserimento del caregiver nella gestione della malattia da parte della famiglia del paziente (oncologia e/o diabetologia)
10. U.O.: Prevedere l'acquisto di posto letto/poltrona per permettere l'assistenza senza limiti di tempo di pazienti non autosufficienti

Livello 3° – Distretto

1. Attivare un servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare
2. Attivare un servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Fornire divisori all'interno delle stanze per i pazienti dei poliambulatori

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Attivare una procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile e previo consenso del paziente)
2. Luogo visibile per le informazioni

1.4 Informazione e Comunicazione

Livello 2 – Ospedale

1. Attivare procedure e/o strumenti per favorire la condivisione dei dati clinici del paziente tra i medici ospedalieri e i MMG
2. Rilasciare copia/CD delle radiografie effettuate in P.S. (contestualmente alla prestazione) o garantirne la consegna a domicilio a richiesta ed a carico del paziente.
3. Consegna a domicilio referti di esami diagnostici, analisi ambulatoriali o trasmettere la certificazione per posta elettronica certificata (PEC) su richiesta del paziente.
4. Compatibilmente con la sostenibilità ambientale e al fine di evitare i costi di materiale cartaceo non sempre efficace in termini di informazione, fornire una bacheca all'ingresso nella struttura che indichi i regolamenti che interessano il paziente, i diritti dei pazienti e le responsabilità degli stessi.
5. Prevedere una cartellonistica con prospetto aggiornato dei servizi presenti nella struttura sanitaria
6. Prevedere un prospetto all'interno degli ascensori per il pubblico che indichi le U.O./Servizi presenti a ogni piano
7. Formulare un modulo scritto di consenso informato per tutti gli interventi che contenga almeno le seguenti informazioni:
 - informativa dettagliata sulla diagnosi;
 - natura e scopo del trattamento;
 - prognosi derivante dall'esecuzione del trattamento o dall'eventuale rifiuto;
 - percentuale di rischio associata al trattamento;
 - composizione équipe chirurgica;
 - alternativa possibile rispetto al trattamento, con indicata percentuale di successo e di rischio;
 - dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e

adeguatezza dell'informazione ricevuta;

- indicazione esplicita che la firma da parte del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia;
- presenza firma congiunta medico e paziente;
- possibilità di revoca del consenso in qualsiasi momento

8. U. O. : Affiggere cartello contenente i nominativi e le qualifiche dei medici, il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico, gli orari della giornata, l'orario di ricevimento del personale.
9. U. O.: prevedere entro i prossimi 3 anni la cartella clinica completamente informatizzata o sperimentare il tablet Ipad così come già avvenuto in un progetto sperimentale attuato in alcuni ospedali italiani ed esteri.

Livello 3° – Distretto

1. Formulare a livello regionale 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
 2. Fornire all'ingresso della sede di distretto mediante operatore copia cartacea:
 - sulla gestione e autorizzazione di ausili,
 - sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare,
 - modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta,
 - sulle prestazioni gratuite e a pagamento del MMG e del pediatra di libera scelta,
 - sulle esenzioni per patologia e invalidità,
 - sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali),
 - sui diritti e le responsabilità dei pazienti
- Le medesime informazioni devono essere inserite sul sito web aziendale.

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Consegna a domicilio di referti di esami diagnostici, analisi ambulatoriali o trasmettere la certificazione per posta elettronica su richiesta del paziente.
2. Affiggere all'ingresso della sede del poliambulatorio una bacheca circa le prestazioni offerte

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Prevedere corsi di formazione per personale sanitario sullo stress-lavoro correlato.
2. Disponibilità all'ingresso della sede di una bacheca con i nomi degli operatori e del personale medico specificando nomi e qualifiche.

1.5 Comfort

Livello 2 – Ospedale

1. Premesso la carenza di spazi e l'età di alcuni ospedali, prevedere nella costruzione futura di nuove strutture un numero di gabinetti per degenti su totale posti letto degenza ordinaria
2. Dotare tutte le U. O. di lavapadelle a ciclo di disinfezione o lavapadelle usa e getta.
3. Provvedere alla ristrutturazione delle parti comuni degli ospedali e delle U.O. con evidenti segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, muri con macchie di muffa, servizi igienici fuori uso, riflettendo sulla necessità di non replicarli nel tempo.
4. Provvedere alla manutenzione di rubinetti rotti e servizi igienici fuori uso.
5. Dotare tutti i bagni e gabinetti di specchio, dispensatore di sapone, dispensatore di asciugamani a perdere o aria calda, contenitori porta rifiuti, tavoletta, scopino,

campanello d'allarme, chiusura o sistema alternativo per indicare se è occupato o libero, carta igienica con dispensatore

6. Acquistare distributori automatici di alimenti e bevande negli spazi d'attesa degli ambulatori e negli spazi del P.S.

Livello 3° – Distretto

1. Acquistare distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede di distretto (presenza al piano)
2. Integrare/costruire ove possibile bagno per disabili nella sede di distretto

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Acquistare distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede del poliambulatorio (presenza al piano)
2. Dotare tutti i gabinetti della sede di poliambulatorio di: tavoletta; scopino; campanello d'allarme; possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero; carta igienica; appendiabito.

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Acquistare distributori automatici di alimenti e bevande nello spazio d'attesa della sede (presenza al piano)
2. Dotare la struttura di bagni e gabinetti ove rilevata l'assenza
3. Ristrutturare, ampliare o prevedere il trasferimento delle sedi in cui sono stati rilevati gravi segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, rubinetti rotti, servizi igienici fuori uso.

2° - IMPEGNO DELL'AZIENDA NEL PROMUOVERE ALCUNE POLITICHE DI PARTICOLARE RILIEVO SOCIALE E SANITARIO

2.6 Sicurezza dei Pazienti

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Inserire all'interno dei crediti ECM corsi di formazione specifici sulla sicurezza dei pazienti rivolti agli operatori sanitari
2. Individuare una procedura scritta per le segnalazioni di eventi avversi con assistenza immediata al paziente ed alla famiglia in caso di evento avverso

Livello 2 – Ospedale

1. Promuovere l'utilizzo di cateteri venosi centrali medicati con antibiotico per prevenire le infezioni da catetere
2. Attuare la procedura scritta contenente l'indicazione che ogni prescrizione farmacologica ed ogni intervento devono essere effettuati previo controllo in doppio della correlazione fra prescrizione ed identità del paziente con almeno due elementi identificatori
3. Allargare sul territorio il numero di medici e infermieri che hanno effettuato corso di BLS mediante formazione specifica.

2.7 Sicurezza delle Strutture e degli Impianti

Livello 2 – Ospedale

1. Dotare tutte le U. O. di degenza e Day Hospital di:
 - segnaletica per le vie di fuga
 - segnaletica per l'individuazione degli estintori
 - piantina del piano di evacuazione

Livello 3° – Distretto

1. Dotare tutte le sedi di: - segnaletica per le vie di fuga – segnaletica per l'individuazione degli estintori – Piantina del piano di evacuazione

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Dotare tutte le sedi di: - segnaletica per le vie di fuga – segnaletica per l'individuazione degli estintori – Piantina del piano di evacuazione

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Dotare tutte le sedi di: - segnaletica per le vie di fuga – segnaletica per l'individuazione degli estintori – Piantina del piano di evacuazione

2.8 Malattie Croniche e Oncologia

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Prevedere almeno un centro di counseling genetico per pazienti con patologie croniche o rare
2. Snellire le procedure per semplificare l'accesso all'esenzione per patologia
3. Snellire le procedure per semplificare il rinnovo delle esenzioni per patologia

2.9 Gestione del Dolore

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Prevedere strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ambulatorio
2. Prevedere strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Ricovero ospedaliero in regime ordinario o in day hospital nei due ospedali maggiori
3. Prevedere strutture per le Cure Palliative nell'ambito: Hospice (solo per le ASL)
4. Elaborare linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore per pazienti in Pronto Soccorso e per pazienti ricoverati in Hospice

Livello 2 – Ospedale – Ospedale

1. Elaborare linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore
2. Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per il personale sanitario
3. Attivare negli ospedali maggiori la disponibilità del parto indolore
4. Elaborare procedura scritta/linee guida per la gestione del dolore nel Pronto Soccorso

2.10 Prevenzione

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Prevedere programmi di contrasto all'iniziazione al fumo nelle scuole con realizzazione di interventi con personale competente.
2. Individuare un servizio per chi intende smettere di fumare nella ASL.
3. Incrementare la percentuale di scuole dotate di refezione, con menù controllati dal SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) della ASL sotto il profilo nutrizionale
4. Incrementare anche mediante collaborazione dei MMG la percentuale di donne che si sottopone al pap test e al test del sangue occulto

Livello 2 – Ospedale

1. Richiedere maggiore tutela delle norme sul rispetto del divieto di fumo nei locali comuni dell'ospedale adibiti a servizio dell'utenza.

Livello 3° – Distretto

1. Richiedere maggiore tutela delle norme sul rispetto del divieto di fumo nei locali della sede del distretto adibiti a servizio dell'utenza

Livello 3b – Poliambulatorio

1. Richiedere maggiore tutela delle norme sul rispetto del divieto di fumo nei locali della sede dei poliambulatori adibiti a servizio dell'utenza

Livello 3c – SERT/CSM – SERT/CSM

1. Distribuzione di materiale sulla prevenzione destinato al pubblico nella struttura (famigliari)

3° - COINVOLGIMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI DEI CITTADINI NELLE POLITICHE AZIENDALI

Attuazione e Funzionamento degli Istituti di Partecipazione

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Prevedere forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art. 12 del dlgs 229/99)
2. Stipulare protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini (art. 14 dlgs 502/92)
3. Inserire l'Audit civico nelle attività di controllo di qualità. (DPCM 19 maggio 1995)
4. Istituire una commissione mista conciliativa
5. Istituire i comitati consultivi misti
6. Convocare almeno una volta l'anno la Conferenza dei servizi e presentare pubblicamente i risultati del controllo di qualità.
7. Coinvolgere direttamente i cittadini/organizzazioni dei cittadini nella Commissione/gruppo di lavoro aziendale per la revisione degli standard nella Carta dei servizi

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

Livello 1 – Direzione aziendale

1. Garantire riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni civiche e rappresentanti dell'azienda su tematiche generali o particolari
2. Garantire 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.
3. Inserire sul sito web aziendale articoli su i capitoli d'appalto al fine di dare la possibilità agli utenti di controllare la qualità delle forniture
4. Redazione del bilancio sociale da parte dell'azienda sanitaria, pubblicazione sul sito web aziendale e discussione pubblica

Conclusioni

La pratica sistematica della valutazione civica della qualità è una metodologia che permette l'interazione tra i processi di governance, la partecipazione civica e l'attuazione di processi di miglioramento. La Regione Umbria vanta la sua prima esperienza i cui effetti non possono prescindere da:

1. le azioni di adeguamento agli standard proposte, concordate e realizzate;
2. l'impatto culturale inteso come variazione di modelli cognitivi che potrebbero avvenire nell'ambito aziendale e nelle organizzazioni civiche in seguito al percorso comune;
3. l'inserimento dell'Audit civico e/o dei suoi esiti nelle politiche istituzionali;
4. gli effetti sulla governance delle aziende.

Le informazioni raccolte a livello nazionale hanno dimostrato come l'Audit civico sia un'indagine significativa che non pretende di essere un metodo elettivo ma una nuova modalità di azione-intervento che si integra con altri tipi di valutazione e che produce risultati talvolta non attesi.

Il lavoro svolto dai soggetti coinvolti nell'Audit civico è stato sinergico ed è stato mosso dalla necessità di definire interventi che rispondano al bisogno di cura di tutta la comunità basandosi su risultati oggettivi.

Sul territorio nazionale l'accesso alle prestazioni sanitarie è stato migliorato attraverso l'eliminazione di barriere architettoniche, l'apertura e adeguamento di CUP, URP e sistemi di prenotazione telefonica, l'istituzione di triage, l'introduzione del registro dei ricoveri programmati presso la Direzione sanitaria, la realizzazione di parcheggi per disabili.

La tutela dei diritti e miglioramento della qualità ha visto l'individuazione di punti per la raccolta dei reclami, realizzazione di indagini sulla soddisfazione degli utenti, la redazione e/o revisione della Carta dei servizi che nel caso dell'Umbria sarà l'obiettivo da raggiungere nel terzo anno del progetto, la produzione di materiali informativi anche con modalità elettroniche e sempre più vicine al progresso tecnologico.

Il fattore personalizzazione delle cure, rispetto della privacy, assistenza ai degenti e alle loro famiglie ha incrementato il punteggio IAS attraverso l'attivazione di servizi di interpretariato e di mediazione culturale, l'adeguamento degli orari dei servizi e quelli di visita, l'istituzione di un servizio di assistenza psicologica.

L'area critica dell'informazione e comunicazione, nodo da sciogliere su tutto il territorio umbro è stata migliorata con i corsi di formazione per il personale front-office, la realizzazione di punti di informazione distribuiti all'entrata delle principali strutture, l'adeguamento delle bacheche delle unità operative, la possibilità di consultare referti via web, l'affissione di cartello per la comunicazione sui criteri di attribuzione delle priorità e i tempi presumibili di attesa nel pronto soccorso.

All'analisi del fattore "prestazioni alberghiere" è seguita la nascita di nuove strutture, la realizzazione di bagni per disabili ove ancora non presenti.

La sicurezza dei pazienti, unico fattore in Umbria ad avere ottenuto un punteggio medio molto positivo è stato implementato dall'avvio delle procedure di risk management e dalla produzione di linee guida sulle procedure di sicurezza in sala operatoria.

Per quanto concerne la sicurezza delle strutture e degli impianti sono state messe in sicurezza le sale operatorie, le unità operative e i poliambulatori anche mediante l'affissione delle planimetrie del piano di evacuazione e la revisione dei piani di evacuazione.

Il fattore malattie croniche e oncologia ha visto la nascita di reparti di oncologia, l'istituzione di servizi di assistenza domiciliare per malati oncologici e il coinvolgimento dei pazienti e dei parenti nella valutazione della qualità di protesi, sussidi e ausili oltre che

l'attivazione di procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi.

A migliorare lo IAS della gestione del dolore ha contribuito l'avvio delle procedure di gestione dello stesso, l'espletamento di corsi di formazione per il personale, la realizzazione di protocolli per la valutazione e la diffusione di linee di comportamento per la gestione.

L'introduzione del fattore prevenzione nei cicli Audit più recenti ha aperto una riflessione sulla necessità di individuare azioni finalizzate ad impedire o ridurre la probabilità che si verifichino eventi non desiderati.

Infine l'area del coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali ha messo in moto un processo di azione sociale attraverso il quale i cittadini hanno acquisito consapevolezza e potere decisionale attraverso l'istituzione di comitati etici, comitati misti consultivi e commissioni miste conciliative. Le organizzazioni civiche inoltre sono state coinvolte attraverso consultazioni periodiche, la stipula di protocolli di intesa e l'avvio di progetti di sviluppo della partecipazione.

Sul territorio regionale si auspica l'applicazione di un congruo numero di azioni correttive e la definizione di strategie che eliminino le non conformità rilevate e prevengano la loro riproduzione. Inoltre al termine del 3° anno di attività di Audit civico la politica di adeguamento agli standard dovrà prevedere la realizzazione della Carte dei servizi.

Tutte le valutazioni hanno confermato la piena collaborazione delle Istituzioni, dei direttori generali e delle equipe operative giungendo a giudizi condivisi, al superamento dei pregiudizi esistenti e all'instaurazione di un clima di fiducia reciproca.

L'Audit civico è stato definito dai cittadini *"...un valido strumento per migliorare i Servizi Sanitari..."*. Alcuni cittadini hanno partecipato poiché pensionati con l' *"intenzione di spendere bene il tempo..."*, altri ancora sono stati spinti dalla curiosità di *"...capire perché non tutti i reparti presentano un livello qualitativo accettabile..."* e per sentirsi parte integrante di un sistema: *"...per una volta vorrei essere io a valutare un servizio pubblico..."*. Altri ancora sono stati mossi da *"...un'esperienza difficile con l'Azienda Sanitaria"*. Diversi cittadini operanti nelle organizzazioni di volontariato hanno visto nell'Audit civico un prolungamento di attività già poste in essere: *"...sono del TDM...finalmente uno strumento che permetterà di fornire un giudizio valido..."* ma anche un *"...modo per toccare con mano quello che potrebbe riguardarmi in futuro..."* -

Alcuni cittadini hanno fatto leva sulla propria condizione di salute: *"...sono un uomo in pigiama, un paziente... mi sento doppiamente coinvolto"* ed infine altri ancora hanno messo al servizio di un'attività civica la personale competenza: *"...provengo da esperienze nel settore della valutazione della qualità...credo di poter essere d'aiuto..."*

Di fatto l'Audit civico è risultato essere esperienza utile a conoscere meglio e suggerire cambiamenti organizzativi, sviluppare sinergie virtuose con processi valutativi già in corso tra cui quello dell'accreditamento istituzionale.

La costituzione delle équipes è stata un momento di confronto che seppur non privo di difficoltà ha prodotto i risultati contenuti in ogni rapporto locale e in quello regionale.

L'Audit civico è uno strumento in costante crescita e per questo non scevro di problematiche che saranno migliorate con il tempo. A volte infatti alcuni strumenti sono stati ritenuti ostici per gli argomenti trattati, in altri casi alcuni argomenti sono sembrati nella loro formulazione non al passo con i tempi o destinati ad ottenere risposte scontate (Nessun Direttore generale alla domanda: *"...si sono verificati casi di violazione della privacy della cartella clinica..."* avrebbe risposto in maniera affermativa)

In ogni caso, i cittadini hanno imparato a conoscere meglio l'organizzazione sanitaria e hanno avuto un'occasione di interscambio e apprendimento.

In questo primo ciclo regionale un buon numero di realtà locali ha avviato l'Audit civico con una comunicazione pubblica e al termine della stesura del rapporto locale alcune

aziende in sinergia con Cittadinanzattiva Umbria hanno reso pubblici i risultati, diffondendo con diverse modalità ancora in corso il risultato di un simile impegno.

Il contributo istituzionale all'Audit civico da parte del Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria ha inciso positivamente; in alcune Aziende sanitarie è già stato deliberato l'onere a lavorare sulle azioni correttive, molti cittadini hanno mantenuto contatti con Cittadinanzattiva rimarcando il desiderio di partecipare a nuovi cicli di Audit civico che a parer loro si potrebbe allargare anche in altri settori del servizio pubblico. Non resta che proseguire il percorso attivato e di continuare a lavorare su obiettivi condivisi.

Ringraziamenti

Si ringraziano in ordine di organizzazione del progetto:

1. Regione Umbria – Servizio di Accreditamento e Qualità – Dott. A. Perelli, dr.ssa E. Ciocia, dr.ssa L. Richieri.
2. Cittadinanzattiva nazionale – R. Metastasio e M. Liberti
3. Cittadinanzattiva Umbria – A. R. Cosso, P. Giulivi, C. Mariotti
4. I Direttori Generali della ASL n°1, ASL n°2, ASL n°3, ASL n°4, dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia e dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni.

I referenti civici e aziendali: M. Minelli, S. Tomassoli, F. Gasparri, D. Lalleroni (ASL n°1), B. Rossetti, G. Petracca, D. Barzanti, D. Bellini (ASL n°2), Z. Wakrim, G. Mondì, F. Gori, P. Trenta (ASL n°3), M. Tiberi, C. Mariotti, M. Tockner, F. Tondi (ASL n°4), G. Mancinelli, R. Morcellini, L. Esposito (Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia), F. Lancia, M. Banconi, G. Santarelli (Azienda Ospedaliera Santa Maria)

I membri delle equipe locali: M. Califano, D. Clementi, M. C. De Rose, G. Minelli, N. M. Aloia, P. Baldicchi, A. Giornelli, A. Massi, N. Massi, F. Sediari, R. Venturini, S. Pascucci (ASL n°1), P. Chiari, E. Costantini, S. Guzzo, C. Marcelli, M. L. Ranieri, L. Riccio, P. Romizi, M. Santelli, M. Pettirossi, P. Di Bartolo, M. Sonno, I. Basiglini; A. Tacchio, A. Brufani (ASL n°2), D. Andreini, R. Boccardi, M. E. Buzzeo, F. Grisanti, P. Letenzi, M. Lorizzo, S. Moccoli, L. Politi, G. Piccioni, G. Priano, L. Rambotti, S. Sartini, G. Simoncelli, L. Triburzi Laura, V. Trombetti (ASL n°3), V. Bontempo, M. Sani, F. Rosati, F. Renzini, L. C. Tricarico, M. Leonardi, R. Maggiolini, G. Zara, R. Roberto, G. Antimiani, F. S. Pirola, V. Morbiducci, A. Grimani, A. Antonini, G. Proto, A. Valenziano Sant'Angelo, G. Giordano, G. Cantarini, C. Blasi, M. Marchino, M. Santirocchi, M. Cuccuini, L. Massarucci, G. Moriconi, A. di Berardini, I. Blasetti, M. Persichetti, V. Tozzi, R. Muccifozzi, M. C. Miciano (ASL n°4), P. Gosti, I. ZUCCA, E. Ricci, F. Ricciarelli, C. Rosetti, M. Sottili, P. Bellini, G. Iacondi, L. Pieri, B. Sensi, M. Amico, A. Tamagnini, F. Fortunati, F. Ruffini, E. Ceccarini, P. Ciotti, M. Zucconi (Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia), M. Ampollini, G. Natalizi, L. Rinaldi, V. Bontempo, F. Ricciutelli L. Fausti, L. Cosimetti, V. Petralla, A. Salvati (Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni) e tutto il personale medico e paramedico che ha collaborato attivamente alla realizzazione del progetto.

Il rapporto regionale è il risultato dell'impegno e della collaborazione di tutti i membri citati. L'elaborazione dello stesso è curato dalla dr.ssa Carla Mariotti coordinatrice regionale dell'Audit civico Umbria ed è sottoposto alla supervisione del Servizio di Accreditamento e Qualità della Regione Umbria e della sede regionale di Cittadinanzattiva.