





INTRODUZIONE	PAG 7	
<hr/>		
CAPITOLO 1	PAG 9	
<hr/>		
<b>L'Audit Civico</b>		
1.1	L'impianto metodologico	
1.2	La struttura di valutazione	
1.3	Genesi ed evoluzione	
1.4	Il valore strategico della valutazione civica	
<hr/>		
CAPITOLO 2	PAG 14	
<hr/>		
<b>Il processo in Lombardia dal 2008 ad oggi</b>		
2.1	Il sostegno di Regione Lombardia e obiettivi specifici condivisi	
2.2	Gli aspetti innovativi	
<hr/>		
CAPITOLO 3	PAG 18	
<hr/>		
<b>Metodologia e Risultati</b>		
3.1	L'ambito delle Dipendenze e i SerT	PAG 19
3.2	L'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa	PAG 61
3.3	L'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata	PAG 98
<hr/>		
CAPITOLO 4	PAG 121	
<hr/>		
<b>Alcune considerazioni</b>		
4.1	L'Audit Civico come incontro tra ambiente civico e cultura aziendale	
4.2	Ambiti di miglioramento e punto di vista dei cittadini	
4.3	Conclusioni	
<hr/>		
Contributi e Ringraziamenti	PAG 128	
<hr/>		

*A Gabriele...*

La valutazione civica è una forma particolarmente strutturata di analisi civica, intesa come *“produzione e uso di informazioni da parte dei cittadini in funzione della attivazione di proprie politiche e della partecipazione alle politiche pubbliche, sia in sede di definizione e di implementazione che in sede di valutazione”*

**Moro G.** “Manuale di cittadinanza attiva” Roma, 1998



# Introduzione

*di Liberata Dell'Arciprete*

Lo sviluppo della valutazione civica nell'ambito dei servizi sanitari è stato determinato dall'esigenza di dare una forma concreta alla "centralità" del punto di vista del cittadino, ossia definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche ed assumere un preciso approccio tecnico per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria.

Cittadinanzattiva elabora, a tal fine, il progetto di Audit Civico. Esso consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. Si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere e, quindi, come strumento essenzialmente finalizzato al miglioramento delle situazioni locali.

Lo sviluppo dell'Audit Civico in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali e locali, infine, è un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione italiana, che recita: "Stato, regioni, province, città metropolitane e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà".

Il programma Audit Civico ha permesso, nel corso degli anni, di mettere a punto una metodologia della **valutazione civica**, caratterizzata da due dimensioni fondamentali: la **struttura di valutazione** e la **partecipazione dei cittadini**. La definizione della struttura di valutazione si propone di connettere le informazioni "analitiche" che descrivono aspetti molto concreti della realtà, con valutazioni "sintetiche", riguardanti gli aspetti più generali della realtà stessa. La struttura di valutazione si completa con la definizione della **struttura di rilevazione**, un insieme coerente di strumenti per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Lamanna A. Terzi A. *La valutazione civica delle qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie: (i programmi "Audit Civico" e "Ospedale sicuro")* in Banchieri G. (a cura di) *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana* Italpromo, Roma 2005

Capitolo 1

# L'Audit Civico

*di Liberata Dell'Arciprete*

*Segretario Regionale Cittadinanzattiva Lombardia*



## 1.1 L'impianto metodologico dell'Audit Civico

La progettazione dell'Audit Civico ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino comune nei servizi sanitari.

a. Il primo aspetto è quello del cittadino come utente dei servizi, coinvolto – per problemi propri o di famiglia - in un processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: Quali sono le azioni promosse dalle aziende sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?

b. Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e il quesito è: Quale priorità assumono nell'azione delle aziende sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?

c. Il terzo aspetto riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi: La partecipazione dei cittadini è considerata dalle aziende sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa (quando lo è) solo come un adempimento burocratico previsto da alcune leggi?

d. Il quarto aspetto riguarda il cittadino e la comunità in cui vive e la domanda è: Quali risposte ha fornito l'azienda sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?

La vastità e la complessità degli argomenti rendono impossibili risposte complete e sistematiche. La formulazione delle domande, però, permette di selezionare i temi da includere nell'Audit Civico e i dati da raccogliere, e quindi di progettare la struttura di valutazione.

## 1.2 La struttura di valutazione dell'Audit Civico

Con il contributo di un "Tavolo tecnico per l'Audit Civico" e a partire da un progetto elaborato da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, è stata messa a punto una struttura di valutazione articolata in: componenti, fattori, indicatori.

In primo luogo, sono state definite 4 componenti corrispondenti a ciascuna delle domande fondamentali illustrate in precedenza. Le componenti sono:

- a. l'orientamento ai cittadini, cioè l'attenzione dimostrata dall'azienda per ambiti spesso problematici per gli utenti dei servizi sanitari, la cui cura può favorire una sempre maggiore fiducia nel SSN;
- b. l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario, volte alla prevenzione dei rischi e al miglioramento dei percorsi clinici e assistenziali;
- c. il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali;
- d. la capacità di risposta dell'azienda sanitaria a un problema concreto vissuto come urgente dalla comunità locale.

Le prime tre componenti sono sviluppate secondo un approccio nazionale/regionale volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche e la successiva possibilità di promuovere esperienze di benchmarking di disseminazione di buone pratiche.

Queste tre componenti sono articolate in fattori di valutazione secondo il seguente schema:

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

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

- gestione del rischio clinico;
- sicurezza delle strutture e degli impianti;
- malattie croniche e oncologia;
- gestione del dolore.

c. Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali:

- istituti di partecipazione degli utenti nel Servizio Sanitario Nazionale previsti dalla legislazione vigente;
- altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/azienda sanitaria.

Ogni fattore è indagato attraverso la rilevazione di una serie di indicatori, raccolti in una matrice per la valutazione civica nei servizi sanitari. La matrice, che al momento contiene circa 350 indicatori, è articolata in 3 livelli:

- il primo livello contiene gli indicatori applicabili all'azienda sanitaria nel suo complesso (livello aziendale);
- il secondo livello contiene gli indicatori relativi agli ospedali (livello dell'assistenza ospedaliera)<sup>1</sup>;
- il terzo livello contiene gli indicatori relativi alla medicina di famiglia, cure domiciliari, medicina specialistica territoriale, servizi di salute mentale e per le tossicodipendenze (livello delle cure primarie).

La quarta componente, come si è già detto, è studiata attraverso un approccio locale e riguarda un argomento scelto dall'équipe al livello di azienda sanitaria tra quelli vissuti dalla comunità locale come più urgente e offre l'occasione per articolare un processo di consultazione interattivo dei vari attori (amministrazione, personale medico e infermieristico, cittadini, ecc.) da concludersi con una iniziativa pubblica.

I dati sono raccolti da équipe miste composte da cittadini e operatori sanitari delle aziende che partecipano all'Audit Civico.

Per la raccolta dei dati sono utilizzati:

- 5 tipologie di questionari rivolti ai responsabili delle strutture coinvolte nell'Audit Civico;
- 1 questionario rivolto ai rappresentanti delle organizzazioni di volontariato;
- 5 diverse check list per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari).

## 1.3 Genesi ed evoluzione dell'Audit Civico

L'Audit Civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i diritti del malato, nel quadro di una *partnership* con **AstraZeneca**, e sulla base di almeno tre esigenze principali:

- dare forma concreta, attraverso l'utilizzo di strumenti tecnici adeguati, alla verifica della rispondenza delle organizzazioni sanitarie al principio della "centralità" del cittadino;
- contribuire ai percorsi attraverso i quali le aziende sanitarie rendono trasparenti e verificabili i propri comportamenti;
- favorire, pur nel processo di regionalizzazione del SSN, l'omogeneità di criteri di valutazione attraverso i quali operare confronti e la circolazione di esperienze di empowerment della cittadinanza.

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

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

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

<sup>1</sup> In questo ciclo sperimentale regionale, che ha visto il coinvolgimento di solo ASL, non è stato utilizzato il secondo livello

- **Emilia Romagna:** nel 2004 è stato avviato il primo programma regionale di Audit Civico, in seguito ad una specifica convenzione con l'Agenda Sanitaria della Regione Emilia Romagna
- **Puglia:** nel 2006, a seguito di una convenzione triennale con gli Assessorati alla Trasparenza e Cittadinanza attiva, alle Politiche della Salute e alla Solidarietà della Regione Puglia, è stato avviato il ciclo regionale di Audit Civico.
- **Lazio:** dal 2007 al 2011 sono stati realizzati, sulla base di una convenzione con l'Assessorato alla Sanità della regione Lazio, tre cicli interi di valutazione delle aziende sanitarie, con un numero crescente di adesioni (il terzo ciclo è ancora in corso e coinvolge tutte le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere pubbliche e due grandi strutture private).
- **Abruzzo:** nel 2007 è stata stipulata una convenzione triennale con l'Agenda sanitaria della Regione Abruzzo, a seguito della quale sono state realizzate le valutazioni nelle sei aziende sanitarie con la realizzazione di due rapporti di benchmarking regionali.
- **Friuli Venezia Giulia:** nel 2007 è stata stipulata una convenzione triennale con l'Agenda regionale della sanità - Regione Friuli Venezia Giulia. In questa Regione è stato svolto un ciclo regionale nel 2007, e se ne è concluso un secondo nel 2011, con l'adesione di 12 aziende.
- nel 2007 è stato siglato un programma nazionale di collaborazione con il **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali** - Settore Salute (Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione e Dipartimento della Qualità) - con la finalità di favorire l'insediamento dell'Audit Civico nel Sistema sanitario nazionale. A questo ciclo ministeriale hanno aderito in Lombardia: l'Ospedale Maggiore di Crema, Ospedale San Carlo Borromeo di Milano, Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese, Asl di Cremona nei suoi tre Distretti di Cremona, Crema e Casalmaggiore
- **Trentino-Alto Adige:** nel 2008 è stata siglata una convenzione annuale con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e l'Assessorato alle Politiche per la Salute della provincia autonoma di Trento
- **Umbria:** nel 2009 è stata stipulata una convenzione triennale con l'Assessorato alla Sanità. Hanno aderito 6 realtà: AUSL 1; AUSL 2; AUSL 3; AUSL 4; AO Terni; AO Perugia
- **Piemonte:** nel 2009 è stata siglata una convenzione annuale tra Cittadinanzattiva e A.Re.S.S. (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari - Regione Piemonte) alla quale hanno aderito 22 aziende.
- **Sicilia:** a dicembre 2010 è stata siglata una convenzione annuale tra Cittadinanzattiva e l'Assessorato alla Sanità della regione Sicilia che prevede la realizzazione dell'Audit in tutte le 17 aziende sanitarie regionali.

Complessivamente nel corso di dieci anni sono stati realizzati oltre 180 cicli di Audit, coinvolgendo oltre un terzo delle aziende sanitarie (alcune, infatti, hanno già realizzato più cicli).

In ciascuna delle aziende sopra elencate sono stati raccolti dati e informazioni attraverso il monitoraggio delle strutture e dei servizi, l'esame comparativo delle segnalazioni dei cittadini, la consultazione della documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali in genere, interviste alla direzione generale e sanitaria, la consultazione delle organizzazioni civiche<sup>2</sup>.

A partire dal 2012 si stanno sperimentando cicli regionali di **Audit Civico "tematici"**, nello specifico:

- Nel 2012/13 in **Abruzzo** si sono svolti due cicli di Audit, uno dedicato al tema della **Rete d'Emergenza**, in particolare abbiamo valutato i Pronto Soccorso, le Postazioni 118 e le Centrali Operative; l'altro al tema dei **Servizi di Salute Mentale**, in particolare sono stati coinvolti: i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, i Centri di Salute Mentale e i Centri Diurni. I rispettivi Rapporti conclusivi sono stati presentati tra maggio e giugno 2013.
- In **Sicilia**, sempre nel 2013, sono stati avviati e sono in fase di realizzazione due cicli di Audit che valutano uno il **Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata** e l'altro il **Presidio Territoriale di Assistenza**. La valutazione ha coinvolto tutti i servizi presenti nelle 9 Aziende Sanitarie Provinciali.

In questo contesto - e grazie all'adesione delle **ASL di Bergamo, Como, Milano1, Pavia e Sondrio** - si inserisce la sperimentazione nella nostra regione: tre cicli pilota di Audit tematici, rispettivamente dedicati al **Servizio delle Dipendenze e i SerT**, al **Servizio Assistenza Domiciliare Integrata** e al **Servizio di Ausili e Protesi**.

<sup>2</sup> La sezione del sito di Cittadinanzattiva <http://www.cittadinanzattiva.it/approfondimenti/salute/audit-civico/2813-audit-civico.html> contiene alcuni dei Rapporti regionali; mentre i Rapporti sulla valutazione delle strutture sanitarie realizzata attraverso i cicli nazionali di Audit Civico, ossia nell'ambito di un Programma di adesioni di singole aziende al Bando, sono contenuti nella sezione <http://www.archivio.cittadinanzattiva.it/progetti-salute/audit-civico/rapporti-e-documenti-audit-civico/rapporti-regionali-audit-civico.html>

## 1.4 Il valore strategico della valutazione civica

Cittadinanzattiva attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi, compresi quelli sanitari.

**Gli attuali programmi sulla qualità percepita sviluppano l'ascolto dei cittadini, ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate<sup>3</sup>.** Rappresentare il punto di vista del cittadino non significa soltanto raccogliere un insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini fattuali, il modo in cui il servizio si presenta a coloro che lo utilizzano nelle diverse fasi della loro esperienza. Definita in questi termini, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini assume una dignità pari a quella relativa agli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, dei medici, degli infermieri, degli amministratori regionali, ecc.) integrandoli fra di loro e favorendo una migliore comprensione della realtà.

Le organizzazioni civiche, in questo contesto, intervengono per portare all'attenzione delle amministrazioni pubbliche particolari fenomeni e/o per spingerle ad affrontare problemi ritenuti prioritari. In questi termini **la valutazione civica conferisce al "punto di vista" dei cittadini la necessaria dimensione tecnica** in quanto:

- identifica, formalizza e rende misurabili gli aspetti caratteristici dell'esperienza del cittadino;
- definisce un insieme coerente di strumenti tecnici per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni;
- identifica i momenti dei processi di valutazione e di decisione in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione riguardo ai temi trattati.

E' evidente che l'Audit Civico non può esaurire l'azione delle organizzazioni di cittadini e di malati per il miglioramento dei propri servizi sanitari, né sostituire certificazioni, sistemi di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento. Tuttavia l'esperienza conferma che esso è un sostegno importante, sia per l'azione civica sia per le amministrazioni, in quanto:

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

Per tali ragioni, la corretta rappresentazione del punto di vista del cittadino è ormai considerata parte integrante delle procedure di accreditamento e delle certificazioni di qualità; non è un caso che in alcune convenzioni regionali le applicazioni dell'Audit Civico siano state collegate con le procedure di accreditamento e, in alcuni casi, anche con la valutazione dei direttori generali (vedi box 1).



Non solo, negli ultimi anni la diffusione delle politiche di *empowerment* del cittadino ha creato un nuovo campo privilegiato di valorizzazione dell'Audit Civico.

Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e il gruppo di lavoro interregionale sull'*empowerment* (costituitosi presso l'Agenas nel 2007) hanno promosso e attuato su tale argomento un progetto: "Buone pratiche per l'*empowerment*".

Tale iniziativa è finalizzata a promuovere la diffusione delle conoscenze, la valorizzazione ed il trasferimento delle esperienze, secondo un circolo virtuoso.

In un apposito database "permanente" vengono pubblicate tutte le iniziative realizzate nelle Regioni italiane, relative alla partecipazione ed al coinvolgimento dei cittadini (in forma individuale, organizzativa e di comunità) alla pianificazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari, e nel database trovano posto anche le esperienze di Audit Civico in alcune regioni italiane.

3 Altieri L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in Sanità*, Franco Angeli, Milano, 2002.

**La Regione Sicilia**, nel Piano Sanitario Regionale “Piano della Salute” 2011-2013 prevedeva, nella parte preposta proprio a definire le modalità di attuazione del Piano, un ruolo attivo e qualificato da parte delle organizzazioni civiche e in particolare dello strumento dell’Audit Civico.

### **22.2 L’Audit Civico e l’apporto del volontariato**

[...] la Regione intende con il presente Piano, in linea con quanto previsto dagli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l’anno, promuovere, tra le iniziative per la valutazione dell’appropriatezza, dell’efficienza e della qualità dei servizi sanitari, finalizzate anche a rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori, lo strumento dell’Audit Civico, estendendo in tal modo i sistemi di valutazione, oltre che agli esperti del settore, anche ai principali interessati al buon funzionamento del SSN, ovvero i cittadini, rendendoli compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso. Con tale strumento, le organizzazioni civiche e di volontariato potranno cogliere le istanze prioritarie degli utenti (in relazioni ad es. ai servizi offerti, alla fruibilità degli stessi, alla priorità data alla prevenzione e riduzione dei rischi, al trattamento del dolore, agli aspetti relazionali con gli operatori sanitari, ecc...), in modo da rendere disponibili ulteriori elementi di valutazione da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria. [...]

**La Regione Lazio**, nelle Linee Guida per l’Atto Aziendale (Decreto n. 40 del 10 giugno 2011) ha espressamente previsto, nella sezione dedicata alla partecipazione e alla tutela dei cittadini, l’utilizzo dello strumento dell’Audit Civico da parte delle aziende sanitarie regionali.

### **7.2 Audit Civico**

L’Audit Civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit Civico si basa sull’analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l’utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la coprogettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le indicazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l’accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitaria e la consultazione delle organizzazioni civiche.

Le Aziende potranno promuovere appositi progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale. Lo strumento dell’Audit rappresenta, inoltre, un elemento utile alla Giunta regionale ai fini della periodica valutazione dei direttori generali.

## Capitolo 2

# Il processo in Lombardia dal 2008 a oggi

*di Liberata Dell'Arciprete*  
*Segretario Regionale Cittadinanzattiva Lombardia*

## 2.1 Il sostegno di Regione Lombardia e obiettivi specifici condivisi



Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità

Ai Direttori Generali

- Aziende Sanitarie Locali
- Aziende Ospedaliere
- Fondazioni

Data: 21/11/2008

Loro Sedi

Protocollo: H1.2008.0042411

### Oggetto: Incontro Risk Manager e Responsabili CVS

Questa Direzione Generale, proseguendo nell'attività di confronto e di consolidamento delle competenze acquisite nell'ambito delle politiche di Risk Management e con l'obiettivo di una progressione qualitativa nella definizione dei ruoli e nell'espletamento delle mansioni di Risk Manager e di responsabile del CVS, comunica che **in data 16 dicembre 2008, alle ore 9.30, presso la Sala Convegni 1 - lotto pesca - piano terra, Via Pola n. 12**, avrà luogo un incontro con il seguente ordine del giorno:

- Apertura della giornata.
- Esiti dell'esperienza dell'ASL di Pavia in materia di prevenzione del rischio da interazioni farmacologiche nelle politerapie: dall'accesso al PS all'informazione ai MMG.
- Nuovi contratti di Assicurazione: Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio e Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova.
- Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo - Pavia. "La gestione sistemica del rischio clinico: certificazione e sistemi di assessment conflitto o sinergia?"
- "Il rischio clinico: metodologie e strumenti organizzativi gestionali" pubblicazione a cura della dott.ssa Simona Amato.
- Esiti "III Forum Risk Management in Sanità" Arezzo 24-28 novembre 2008.
- Dialogo con il mercato assicurativo: identificazione di nuovi meccanismi di quantificazione del premio assicurativo.
- Cittadinanza attiva: Presentazione Audit Civico in Sanità
- Linee Guida attività di Risk Management anno 2009.
- Varie ed eventuali

L'incontro è rivolto ai Risk Manager e ai Responsabili del CVS: la conclusione è prevista per le ore 14.00.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono i migliori saluti.

Il Direttore Generale  
Carlo Lucchina

Bilanci, N.O.C.C., Controllo di Gestione e Osservatorio Costi SSR  
Via Pola, 9 e 11 - 20124 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>

Tel. 02/67653140 - Fax 02/67653328

**All. 1** Prima manifestazione di interesse  
di Regione Lombardia - 21/11/2008

Pertanto è con piacere che porto alla Vostra attenzione il progetto allegato. Nel caso in cui decideste di poterlo utilmente attivare sostenendone i relativi costi, Vi prego di rivolgerVi direttamente ai riferimenti di cittadinanza contenuti nel progetto stesso.

  
Regione Lombardia

Giunto Regionale  
Sanità  
c/o: Regione Lombardia, Servizio Regionali Sanitarie e  
Assistenza Comunitaria, Via Sallustiana  
10010, 20124 Milano (Regione Lombardia)

Fax CRN di Lombardia: tel. 02/4761.2217 www.regione.lombardia.it  
20124 Milano tel. 02/4761.0121

Dot. Carlo Lecchina

Il Direttore

Prot. n. H1.2012.0009546

Data 27/3/2012

Ai Direttori Generali  
Aziende Ospedaliere  
Fondazioni IRCCS  
**LORO SEDI**

Oggetto: **Progetto Cittadinanzattiva.**

Egregio Direttore,

con la presente mi prego di sottoporre alla Vostra attenzione il progetto allegato, elaborato da Cittadinanzattiva Lombardia e relativo ad una sperimentazione dell'Audi civico in Lombardia.

Tale progetto è già stato implementato in alcune importanti regioni italiane e da molte realtà locali, alcune delle quali sul territorio lombardo.

Gli obiettivi principali di tale sperimentazione sono, come descritto nel documento allegato:

- Realizzare una valutazione civica del sistema sanitario regionale finalizzata ad individuarne i punti di forza e debolezza;
- Contribuire al miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie su base regionale;
- Contribuire al miglioramento della qualità delle strutture sanitarie regionali;
- Attivare nuovi canali di partecipazione per i cittadini.

Regione Lombardia ha da sempre avuto una particolare attenzione rispetto alle tematiche della qualità, dell'empowerment del cittadino e della valutazione del sistema sanitario.

In tale ottica il progetto presentato da Cittadinanza attiva appare inserirsi nel percorso virtuoso di continuo miglioramento attuato dal sistema sanitario lombardo attraverso una molteplicità di strumenti, tra i quali la valutazione delle aziende effettuata con la metodologia di Joint Commission International, e la periodica rilevazione della soddisfazione dei pazienti.

**All. 2 Regione Lombardia invita le strutture sanitarie a partecipare al progetto - 27/03/2012**

Giunto Regionale  
Assessorato alla Sanità

Piazza Citta di Lombardia, 1 tel. 02 47612218 www.cittadinanzattiva.com/lo  
20124 Milano tel. 02 47610211

Data: 20/02/2013

Gentilissimi,

ringrazio sentitamente per il cortese invito a partecipare a questa giornata di lavoro, e la prego di estendere i miei saluti a tutti i convenuti presenti in sala. Non riesco purtroppo ad essere presente di persona, come avrei voluto, per il sopraggiungere di impegni non procrastinabili.

L'occasione di questo invito mi è in ogni caso gradita per confermare il fattivo sostegno che Regione Lombardia ha voluto e vuole continuare a garantire nello sviluppo di politiche sanitarie sempre più incisive. Sappiamo bene infatti come si stiano radicalmente evolvendo i bisogni sanitari ed assistenziali della popolazione, con il costante aumento della domanda di cura delle persone fragili in genere e delle cronicità in particolare.

A questo si aggiunge l'ulteriore complessità dovuta alla tendenza, peraltro già pesantemente in atto, di una progressiva riduzione delle risorse statali a disposizione per il settore.

Ritengo che per la crescita di innovative modalità di presa in carico dei pazienti, risultati fondamentale la presenza di servizi distrettuali ben strutturati in grado di governare la rete, in una visione che sia in grado di coinvolgere anche la comunità locale, il mondo del volontariato, del *no profit* e di quanti possano supportare il paziente oltre che nella dimensione terapeutica anche in quella affettiva e relazionale.

La giornata di oggi rappresenta per me un grande momento perché è l'inizio di un percorso virtuoso di trasparenza, valutazione, ma soprattutto di coinvolgimento diretto dei cittadini in collaborazione con le istituzioni per il bene comune dei pazienti e delle loro famiglie.

Queste brevi considerazioni vogliono sottolineare l'attualità e l'importanza della Vostra attività e del nostro impegno comune. Sono certo dunque che anche questo incontro sarà utile e proficuo, in grado di rilanciare con passione e professionalità il Vostro impegno quotidiano. Colgo l'occasione per rinnovarVi la mia stima e per salutare gli intervenuti, augurando a tutti un buon lavoro.

Mario Melazzini

**All. 3 Saluti e rinnovato sostegno al progetto - 20/02/2013**



## Obiettivi specifici condivisi

1. realizzare una valutazione civica finalizzata ad individuare i punti di forza e debolezza di ogni azienda sanitaria in una prospettiva di benchmarking;
2. contribuire al miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie;
3. contribuire al miglioramento della qualità delle strutture sanitarie;
4. attivare nuovi canali di partecipazione per i cittadini;
5. rendere strutturale l'applicazione della metodologia dal 2013

## 2.2 Gli aspetti innovativi

Vogliamo pensare che i cinque anni trascorsi per avviare l'Audit Civico in Lombardia siano serviti ad attivare una sperimentazione così ben studiata nel dettaglio da conferire alla modalità di adesione e realizzazione del progetto aspetti particolarmente innovativi e, senza dubbio, virtuosi.

E' la prima volta, infatti, che un ciclo di Audit Civico è realizzato grazie al sostegno economico delle Aziende aderenti e non di un Ente statale o regionale, né di un'Azienda privata. Questo aspetto merita assolutamente di essere messo in rilievo, in quanto è manifestazione di una "volontà", da parte dei dirigenti delle Strutture Sanitarie, di riconoscere come fondamentale il "punto di vista" del cittadino-utente (nella sua veste di fruitore di servizi e prestazioni), attribuendogli – così – il ruolo di protagonista nell'ambito del sistema sanitario, anche in un momento in cui le risorse finanziarie sono sempre più scarse.

Non solo, per la prima volta in Lombardia l'intero *processo* di sperimentazione della metodologia dell'Audit Civico assume un connotato altamente formativo, per la capacità di accrescere l'*empowerment* sia dei cittadini che degli operatori coinvolti, nonché delle comunità in cui si svolge, grazie a momenti locali di restituzione e confronto.

Attraverso l'Audit Civico:

1. si produce, dunque, apprendimento continuo e reciproco tra le componenti, civica e aziendale, con una finalità anche "culturale". La metodologia dell'Audit Civico, dunque, si inserisce perfettamente anche in un più **ampio contesto formativo**;
2. si realizza un dialogo con gli attori della società civile coinvolti, che divengono, così, partner co-responsabili nella condivisione di strategie in un'ottica di miglioramento.

L'*empowerment* del cittadino all'interno del sistema sanitario è una sfida complessa, ma se si considera che una persona *empowered* è una persona che conosce, comprende e sceglie, che si rapporta produttivamente con tutti gli attori del sistema sanitario, allora si può con certezza affermare che esso costituisce un importante vantaggio per il sistema sanitario stesso.

Capitolo 3

# Metodologia e Risultati

*di*

*Maria Vitale*

*Rosapaola Metastasio*

*Michela Liberti*

**Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva**

## 3.1 L'ambito delle Dipendenze e i SerT di Maria Vitale

Il capitolo presenta i risultati della valutazione effettuata presso i Dipartimenti delle Dipendenze ed i SerT delle 5 ASL lombarde (Bergamo, Como, Milano1, Pavia e Sondrio) che hanno aderito all'Audit Civico promosso e realizzato nel corso del 2013.

L'indagine ha interessato 5 Dipartimenti delle Dipendenze, 11 SerT, 1 Noa, così come illustrati nelle tabelle sottostanti.

Un ringraziamento ai dirigenti dei Servizi, ai referenti aziendali e ai referenti civici che hanno dedicato tempo, energia e passione a questo Audit Civico; solo grazie ad un processo partecipato è stato possibile realizzare una così articolata valutazione.

Nella prima parte sono presentati i risultati dell'analisi di benchmarking dei Dipartimenti delle Dipendenze; la seconda parte è dedicata al benchmarking dei dati dei SerT.

### ASL BERGAMO

#### DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Via: Borgo Palazzo 130, Bergamo

Dirigente: Dott. Marco Riglietta - Referente compilazione questionario: Dott.ssa Elvira Beato

#### SERT di BERGAMO

Via Borgo Palazzo 130 Pad 10  
Dirigente: Dott. Paolo Donadoni

#### SERT di MARTINENGO

Piazza Maggiore 11 – Martinengo  
Dirigente: Dott.ssa Mirella Fusini

#### SERT di PONTE SAN PIETRO

Via Adda 18/a, Ponte San Pietro  
Dirigente: Dott.ssa Patrizia Drago

### ASL COMO

#### DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Via Castelnuovo 1, Como

Dirigente: Dott.ssa Raffaella Olandese

#### SERT di COMO

Via Cadorna 8/10  
Dirigente: Dott. Renato Casartelli

#### SERT di APPIANO GENTILE

Via Sauro, 2 Appiano Gentile  
Dirigente: Dott.ssa Manuela Serrentino

### ASL MILANO 1

#### DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Via Spagliardi 19 – Parabiago

Dirigente: Dott. Ernestino Gola - Referente compilazione questionario: Dott. Renato Durello

#### SERT di CORSICO

Viale Italia 50  
Dirigente: Dott. Fabio Guerrini

#### NUCLEO OPERATIVO ALCOLOGIA di BARANZATE

Via I Maggio 30 - Baranzate  
Dirigente: Dott.ssa Cosetta Greco

### ASL PAVIA 3

#### DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Viale Indipendenza - Pavia

Dirigente Dott. Sanbartolomeo

#### SERT Pavese ed Oltrepo PAVIA

Piazzale Golgi 3B  
Dirigente: Dott.ssa Priora

#### SERT di VIGEVANO

Dirigente: Dott. Massimo Pegoraro

### ASL SONDRIO

#### DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Via Nazario Sauro 38

Dirigente: Dott. Massimo Tarantola

#### SERT di SONDRIO

Via Stelvio 35  
Dirigente: Dott. Dario Valseconi  
Referente compilazione questionario:  
Dott. Fabio Nazzari – Assistente Sociale

#### SERT di MORBEGNO

Via Martinelli 13  
Dirigente: Dott. Bruno Meroni  
Referente compilazione questionario:  
Dott.ssa Teresa Ponticelli – Psicologa

#### SERT di TIRANO

Viale Cappuccini, 4  
Dirigente: Dott. Pasquale Antico

## STRUTTURA DI VALUTAZIONE DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

I Fattori di valutazione oggetto dell'Audit Civico nell'ambito dei Dipartimenti delle Dipendenze sono 10, come illustrati nella tabella 1.

Per 8 Fattori di Valutazione si è calcolato un IAS: Indice di Adeguamento allo Standard, attribuendo quindi un punteggio da 0 a 100 e classificato poi secondo la seguente scala:

PUNTEGGIO IAS	
VALORE	CLASSE DI MERITO
da 91 a 100	Eccellente
da 81 a 90	Buono
da 61 a 80	Discreto
da 41 a 60	Mediocre
da 21 a 40	Scadente
da 0 a 20	Pessimo

Per due Fattori: "Dotazione di personale del Dipartimento delle Dipendenze" e "Ambiti e volumi di attività" si è scelto di non attribuire un punteggio; i risultati sono comunque stati illustrati mediante l'ausilio di tabelle e non grafici come per le comparazioni dei punteggi IAS (pagg. 8 – 9 – 10)

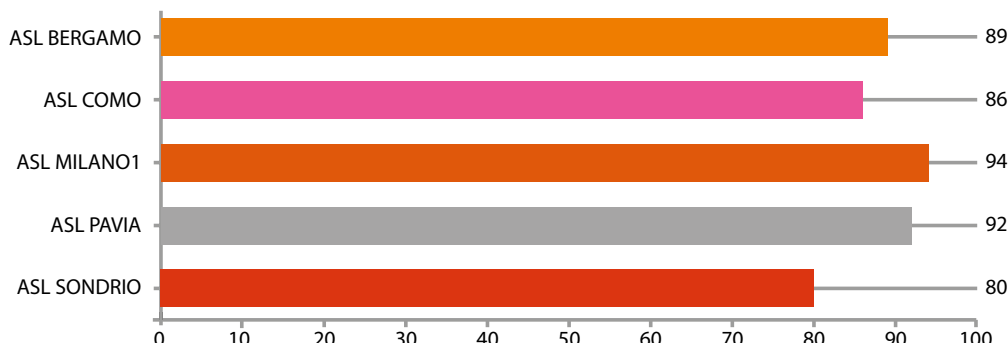
	<b>FATTORI DI VALUTAZIONE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE</b>	<b>VALUTAZIONE</b>
1	<b>ASSETTO ORGANIZZATIVO</b>	IAS
2	<b>SERVIZI E LIVELLI DI INTERVENTO</b>	IAS
3	<b>PRINCIPALI FUNZIONI SVOLTE DAL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE</b>	IAS
4	<b>DOTAZIONE DI PERSONALE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE</b>	Non_IAS
5	<b>AMBITI E VOLUMI DI ATTIVITÀ (con riferimento al 2012)</b>	Non_IAS
6	<b>FORMAZIONE PERMANENTE – AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE</b>	IAS
7	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA E PIANI DI ASSISTENZA</b>	IAS
8	<b>PREVENZIONE: Focus su Adolescenti e Pre-adolescenti</b>	IAS
9	<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>	IAS
10	<b>VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ</b>	IAS

Tabella 1

# ANALISI DI BENCHMARKING

## Dipartimenti delle Dipendenze

### ASSETTO ORGANIZZATIVO



**IAS medio del fattore: 88**

In tema di assetto strutturale e organizzativo, la valutazione complessiva è buona, con tre Dipartimenti che registrano valori sopra la media.

Ovunque il Dipartimento delle Dipendenze risulta autonomo rispetto a quello della Salute Mentale, con una propria identità organizzativa, gestionale e amministrativa con relativo budget (ad eccezione, per questo unico aspetto, per il Dipartimento di Sondrio). E' stato inoltre formalizzato sia un proprio documento di vision e mission, che il relativo organigramma volto a descrivere l'assetto organizzativo.

Un Comitato di Dipartimento è presente in tutte le realtà, tuttavia risultano diversificate sia le funzioni di auditing esercitate dallo stesso Comitato sia la frequenza con cui si riunisce. In sostanza, è dalla dinamicità di questo Comitato che derivano differenze per quanto riguarda il fattore assetto strutturale e organizzativo.

#### ASSETTO ORGANIZZATIVO: INDICATORI

Il Dipartimento delle Dipendenze è accorpato al Dipartimento di Salute Mentale?

Il Dipartimento delle Dipendenze ha una propria identità organizzativa, gestionale e amministrativa?

Il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di un proprio budget?

Il Dipartimento delle Dipendenze ha valenza sovra-distrettuale, esplicitamente definita e formalizzata negli atti aziendali?

È stato prodotto un documento di vision e , formalizzato, conosciuto dagli operatori, contenente le attività assistenziali?

È stato redatto un formale organigramma dell'assetto organizzativo?

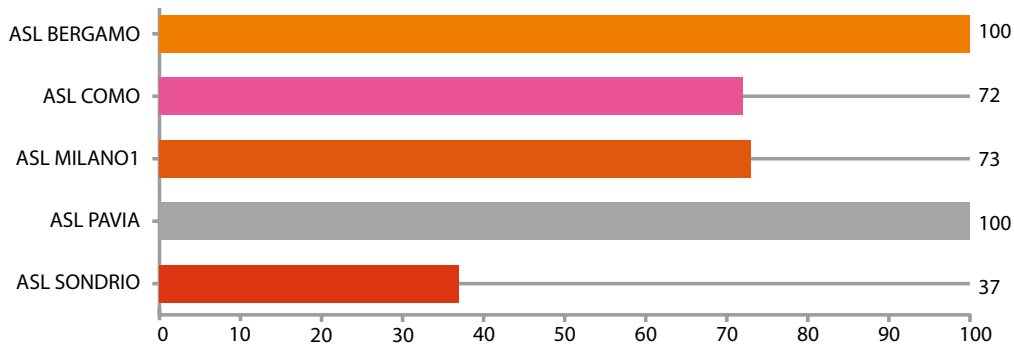
È stato istituito un Comitato di Dipartimento?

Con quale cadenza si riunisce il Comitato di Dipartimento?

Il Comitato esercita funzioni di auditing sulle attività erogate dai Servizi afferenti al Dipartimento delle Dipendenze?

Indicare con quale cadenza il Comitato esercita le funzioni di auditing

## SERVIZI E LIVELLI DI INTERVENTO



**IAS medio del fattore: 76**

In tema di servizi e livelli di intervento, la valutazione complessiva è discreta, con due Dipartimenti che registrano valori di eccellenza (Pavia e Bergamo). Ovunque sono previsti interventi strutturati in funzione dei diversi livelli di "bassa-media-alta" soglia dei bisogni assistenziali tranne che a Sondrio. Anche la Carta dei Servizi è presente ovunque.

### SERVIZI E LIVELLI DI INTERVENTO: INDICATORI

Nell'insieme dei Servizi del Dipartimento delle Dipendenze sono previsti interventi strutturati in funzione dei diversi gradi dei bisogni assistenziali?

Indicare la natura dei Servizi presenti nel Dipartimento: Pubblico, Privato Accreditato, Privato

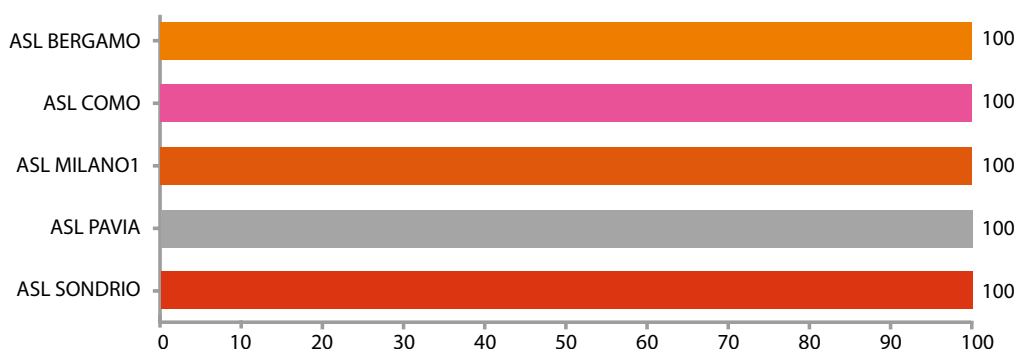
I Servizi/Unità Operative presenti nel Dipartimento godono tutte di un'autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne?

Al fine di coordinare in modo integrato l'insieme dei servizi, il Dipartimento delle Dipendenze si è dotato di Linee guida e/o di formali regole condivise?

Le unità del servizio del Privato sociale sono integrate nel Dipartimento delle Dipendenze attraverso un legame funzionale di coordinamento, regolamentato da accordi formali convenzionali?

Carta dei Servizi

## PRINCIPALI FUNZIONI SVOLTE DAL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE



**IAS medio del fattore: 100**

Tutto quanto previsto dalla normativa in merito alle funzioni che un Dipartimento delle Dipendenze debba svolgere è ottemperato in tutte e cinque le realtà.

### PRINCIPALI FUNZIONI SVOLTE DAL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE: INDICATORI

Rilevazione del fabbisogno assistenziale e raccolta degli elementi informativi necessari per la conoscenza epidemiologica del fenomeno sul territorio?

Programmazione degli interventi per tutta l'area delle dipendenze?

Azioni di controllo a garanzia di una strategia complessiva di intervento?

Processi di valutazione della qualità dei Servizi e interventi erogati?

Monitoraggio e verifica dell'attuazione delle procedure identificate e il controllo degli indicatori di qualità?

Un Report relativo al raggiungimento degli obiettivi individuati nella programmazione territoriale?

Progetti formativi e di aggiornamento del personale in servizio?



## DATI DI ATTIVITÀ (con riferimento al 2012)

La tabella sottostante presenta la popolazione dei pazienti presi in carico dai Dipartimenti. I pazienti sono suddivisi per sesso, fasce di età, cittadinanza, tipologia di dipendenza e "militanza", ovvero se sono stati presi in carico di recente o meno dalla struttura.

Accanto a questi dati, sono stati accostati quelli riguardanti il personale in dotazione presso ciascun Dipartimento. Il dato riportato è onnicomprensivo in quanto somma di tutte le unità del personale presenti, dai medici specialisti agli assistenti sociali, dagli infermieri agli educatori professionali.

Tralasciando ogni considerazione sulla proporzione che sussiste tra dotazione del personale complessivamente inteso e popolazione del territorio di competenza del Dipartimento (ne uscirebbero valori da prefisso telefonico (0,01%...), il dato interessante è il numero di pazienti per ogni professionista. Se ne desume che a Sondrio vi sono 25 pazienti per ogni operatore presso il Dipartimento, a Bergamo tale rapporto sale a 30, presso il Dipartimento di Milano 1 il valore si attesta a 35, nella struttura di Como a 41 e a Pavia addirittura a 56.

È del tutto evidente che una simile disparità di forze rispetto al numero di pazienti non può che avere un riverbero sulla qualità del servizio e sull'ambiente di lavoro.

Dipartimento Dipendenze	Bergamo	Como	Milano 1	Pavia	Sondrio
Dotazione di personale	110	63	88	52	32
Popolazione del territorio di competenza	1.086.898	592.270	939.954	562.131	184.000
Nuovi utenti presi in carico dal Dipartimento*	1.525	720	997	742	138
Totale utenti presi in carico dal Dipartimento (già in carico + nuovi)	3.366	2.626	3.165	2.948	814
<b>Uomini</b>	2.743	2.188	2.628	2.438	631
<b>Donne</b>	623	438	537	510	183
Tipologia utenti per fascia di età					
<b>&lt; 10 anni</b>	0	0	0	0	0
<b>10 - 14 anni</b>	0	0	3	4	0
<b>15 - 18 anni</b>	25	113	68	57	7
<b>19 - 29 anni</b>	449	522	525	550	128
<b>30 - 39 anni</b>	898	767	888	921	186
<b>40 - 49 anni</b>	1.235	848	988	941	239
<b>50 - 59 anni</b>	587	257	466	356	163
<b>60 - 70 anni</b>	143	99	174	93	80
<b>&gt;70 anni</b>	29	20	35	26	1
Tipologia utenti per cittadinanza					
Utenti cittadini italiani	3.065	2.613	2.944	2.810	n.d.
Utenti cittadini EU	31	3	52	56	n.d.
Utenti cittadini extra EU	270	10	169	82	n.d.
Utenti detenuti presi in carico	197	145	179	429	n.d.
Utenti multi dipendenti					
<b>Da più sostanze</b>	552	1.090	643	1.452	n.d.
<b>Da sostanze e comportamenti additivi</b>	28	7	9	31	n.d.
<b>Da più comportamenti additivi</b>	28	0	0	0	n.d.

\*Anno di riferimento: 2012

## DOTAZIONE DEL PERSONALE

A Bergamo le figure professionali più numerose sono gli infermieri professionali (31), seguiti da assistenti sociali (20) e psicologi (17). Lo stesso, seppur con numeri inferiori, dicasi per Sondrio, a Como e Pavia. Presso il Dipartimento di Milano 1, invece, prevalgono gli psicologi (18), seguiti da educatori professionali (17) e assistenti sociali (16).

Nelle tabelle che seguono il dettaglio della dotazione di personale per i cinque Dipartimenti monitorati.

<b>BERGAMO</b>	
Psichiatra	5
Psicologo	17
Medico specialista in: Anestesia	2
Medico specialista in: Endocrinologia	1
Medico specialista in: Malattie del fegato	1
Medico specialista in: Farmacologia	4
Medico specialista in: Tossicologo	2
Medico specialista in: Medicina Interna	1
Medico specialista in: Geriatria	1
Medico specialista in: Nessuna Specialità	3
Medico specialista in: Psichiatria (n.1)	1
Infermiere professionale	31
Assistente Sociale*	20
Educatore professionale**	6
Amministrativo***	14
Altro, specificare: Assistente Sanitario	1
<b>TOTALI</b>	<b>110</b>

<b>COMO</b>	
Psichiatra	0
Psicologo	9
Medico specialista in: Psicoterapia	1
Medico specialista in: Tossicologia	1
Medico specialista in: Epatologia	1
Medico specialista in: Interna	1
Medico specialista in: Pneumologia	1
Medico in: Criminologia	1
Specializzando in: Infettivologia	2
Specializzando in: Geriatria	1
Infermiere professionale	15
Assistente Sociale	9
Educatore professionale	7
Amministrativo	6
Altro, specificare: Medici non specializzati	8
<b>TOTALI</b>	<b>65</b>

<b>MILANO 1</b>	
Psichiatra	2
Psicologo	18
Medico specialista in Psicologia Clinica	1
Medico specialista in Infettivologia	2
Medico specialista in Endocrinologia	1
Medico specialista in Gastroenterologia	2
Medico specialista in Medicina interna	2
Infermiere professionale	14
Assistente Sociale	16
Educatore professionale	17
Amministrativo	5
Altro, specificare: Igiene e Medicina Preventiva	2
Altro, specificare: Tossicologia	2
Altro, specificare: Medicina dello Sport	1
Altro, specificare: Neurofisiopatologo	1
Altro, specificare: Neuropatologia	1
Altro, specificare: Psicoterapia	1
<b>TOTALI</b>	<b>88</b>

<b>PAVIA</b>	
Psichiatra	1
Psicologo	8
Medico specialista in: Pediatria	1
Medico specialista in: infettivologia	6
Medico specialista in: Idrologia	1
Medico specialista in: Medicina	1
Medico specialista in: Interna	1
Infermiere professionale	17
Assistente Sociale	8
Educatore professionale	1
Operatore Socio-Sanitario	1
Amministrativo	3
Altro, specificare: Psicologo	2
Altro, specificare: Allergologia	1
Altro, specificare: _____	
<b>TOTALI</b>	<b>52</b>

<b>SONDRIO</b>	
Psichiatra	1
Psicologo	5
Medico specialista in: Igiene	1
Medico specialista in: Medicina interna	1
Medico specialista in: Infettivologia	1
Infermiere professionale	16
Assistente Sociale	6
Educatore professionale	1
Amministrativo	1
<b>TOTALI</b>	<b>32</b>

**ABUSO E DIPENDENZA DA SOSTANZE E COMPORTAMENTI ADDITIVI (Anno di riferimento 2012)**

La tabella presenta dati relativi al numero di utenti, nuovi e non, in carico ai servizi dei Dipartimenti, classificati per abuso e dipendenza da sostanze e comportamenti additivi.

	BERGAMO		COMO		
	NUOVI UTENTI <sup>1</sup>	TOTALE UTENTI <sup>2</sup>	NUOVI UTENTI	TOTALE UTENTI	
<b>Sostanze stupefacenti:</b>					
Allucinogeni		1	0	0	
Cannabis	135	273	199	248	
Cocaina	215	722	187	423	
Ecstasy	0		1	1	
Eroina	66	1702	130	1343	
Ketamina e Metamfetamine			0	0	
Oppio:		22	0	0	
Altro specificare:	27 (sostanza non nota)	65 (sostanza non nota)	3 (metadone)	14 (metadone)	
Altro specificare:	7 (Barbiturici BDZ)	19 (Barbiturici)	2 (Ipnotici sedativi)	4 (Ipnotici sedativi)	
Altro specificare:	1 (anfetam.)	1 (anfetam.)	1 (anfetam.)	1 (anfetam.)	
<b>Sostanze dopanti</b>			0	0	
<b>Farmaci non prescritti</b>	2	2	0	0	
<b>Alcol</b>	23	1089	118	485	
<b>Tabacco</b>	68	100	36	46	
<b>Comportamenti additivi:</b>	98	190			
Dipendenza da gioco d'azzardo	93	182	37	61	
Dipendenza da Internet	1	1	0	0	
Dipendenza dal sesso	3	4	0	0	
Dipendenza dallo shopping	1	3	0	0	
<b>Altro, specificare</b>		7 (comportamento alimentare)			

<sup>1</sup> Nuovi Utenti: relativi al 2012

<sup>2</sup> Totale Utenti: Somma del numero degli utenti già in carico con il numero di nuovi utenti del 2012

	MILANO 1		PAVIA		SONDRIO	
	NUOVI UTENTI	TOTALE UTENTI	NUOVI UTENTI	TOTALE UTENTI	NUOVI UTENTI	TOTALE UTENTI
		1	0			
	129	195	103	163	12	31
	234	808	190	519	8	34
	1	2	0			
	38	589	166	1335	28	312
			1	2		
	6	6	0			
		1 (metadone)	1 (caffeina)	2 (caffeina)		2 (caffeina)
		1 Benzodiazepina)	1 (crack)	6 (crack)	5 (altre sostanze)	12 (altre sostanze)
		4 (crack)				1 (neurolett.)
	1	3	0	2		
	1	3	4	15		
	476	1353	140	526	72	310
		1	29	40	5	7
			34	86		
	77	143	33	85	21	40
		4	1	1		
	1 (stimolanti)	1 (inalanti ex colle) 1 (stimolanti)				

<sup>1</sup> Nuovi Utenti: relativi al 2012

<sup>2</sup> Totale Utenti: Somma del numero degli utenti già in carico con il numero di nuovi utenti del 2012

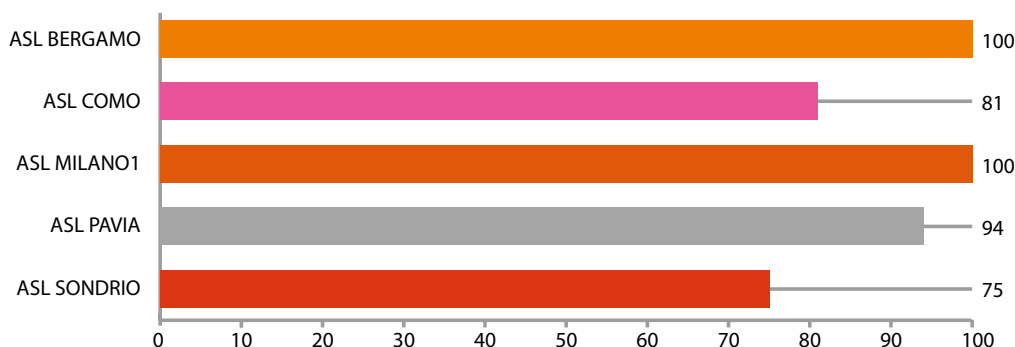
Nella classifica delle dipendenze più frequenti, il primato spetta all'eroina, con oltre 5200 casi in carico presso le cinque strutture. Solo a Bergamo 1700 casi all'incirca. Segue l'alcol con oltre 3700 casi, di cui ben 1300 si registrano nel territorio dell'ASL MI1. Al terzo posto troviamo i pazienti in cura per la disintossicazione dalla cocaina, poi, con numeri più modesti, la classifica prosegue con la cannabis con oltre 900 persone in cura.

Significativi i numeri anche per quel che riguarda la dipendenza da gioco d'azzardo, con oltre 500 casi, e il tabagismo, con 200 casi..

Estremamente utile per pianificare azioni preventive è l'analisi dei nuovi utenti che può anche essere assunta come un indicatore delle nuove tendenze e di come si evolve questo mercato illegale oltre che assassino.

In questo caso infatti, a primeggiare, sono i consumatori di cocaina e di alcol (oltre 800) ad essere stati presi in carico, seguiti da chi fuma cannabis (oltre 570) e – "solo" al quarto posto - da chi si fa di eroina (428).

## FORMAZIONE PERMANENTE AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE



**IAS medio del fattore: 90**

In tema di formazione e aggiornamento del personale, la valutazione complessiva è buona, con due Dipartimenti che registrano valori di eccellenza (Bergamo e Milano 1) ed un terzo, Pavia, comunque sopra la media.

In positivo, tutti i Dipartimenti hanno attivato corsi di formazione / aggiornamento per il personale a carattere multidisciplinare, anche se non sempre si tratta di iniziative a carattere permanente con una cadenza pianificata.

I punteggi più alti riscontrati dalle tre realtà sopra citate sono dovuti anche al fatto che in questi momenti formativi hanno previsto il coinvolgimento degli operatori di differenti Servizi.

### FORMAZIONE PERMANENTE – AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE: INDICATORI

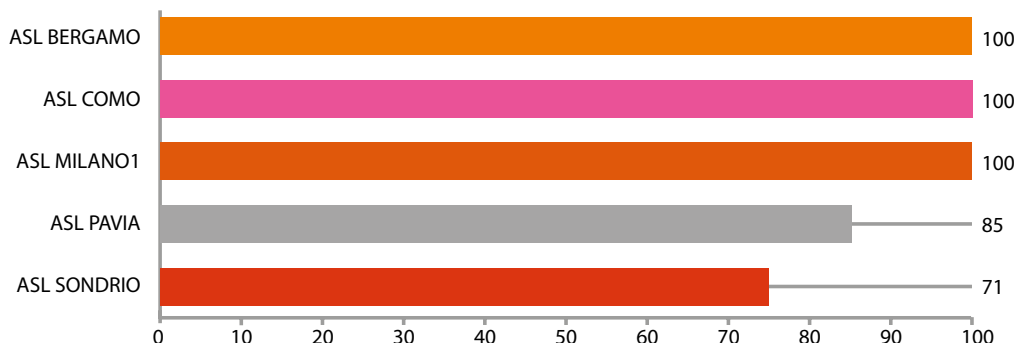
Nel corso del 2012 il Dipartimento delle Dipendenze ha attivato corsi di formazione / aggiornamento per il personale?

Se trattasi di attività permanenti, indicare la cadenza prestabilita

Indicare se i corsi hanno coinvolto gli operatori di differenti Servizi o meno

I corsi di formazioni hanno avuto carattere di multidisciplinarietà?

## DOCUMENTAZIONE CLINICA E PIANI DI ASSISTENZA



**IAS medio del fattore: 91**

In tema di documentazione clinica e piani di assistenza, la valutazione complessiva è eccellente, con tre Dipartimenti che si distinguono per valori sopra la media: Bergamo, Como e Milano 1.

In positivo, tutti i Dipartimenti sono dotati di cartella clinica informatizzata caratterizzata dall'aver un record elettronico unico per ciascun paziente grazie al quale le informazioni possono essere condivise tra i diversi operatori del Dipartimento con la possibilità di aggiornare la cartella contestualmente ad ogni accesso del paziente anche rispetto alle attività riabilitative.

### DOCUMENTAZIONE CLINICA E PIANI DI ASSISTENZA

Cartella clinica cartacea strutturata condivisa tra operatori e diverse U.O. del Dipartimento

Presenza di Cartella informatizzata condivisa tra operatori e diverse U.O. del Dipartimento

Record elettronico unico per ciascun paziente, partecipato tra le varie servizi del Dipartimento

Presenza di un piano assistenziale individualizzato per ciascun paziente

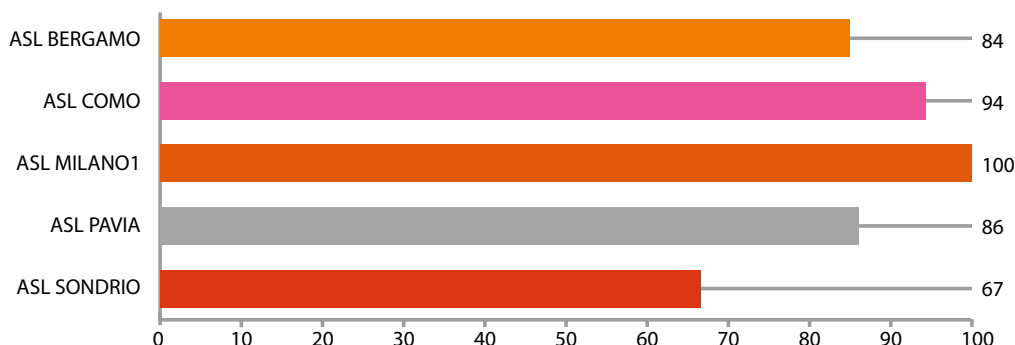
Presenza di un piano assistenziale individualizzato contenente indicatori di esito

Programma riabilitativo formalizzato aggiornato contestualmente ad ogni accesso del paziente alle attività riabilitative



## PREVENZIONE

### Focus su Adolescenti e Pre-adolescenti



**IAS medio del fattore: 86**

In tema di prevenzione, nel presente Audit Civico, si è deciso di focalizzarsi esclusivamente sul target degli adolescenti e preadolescenti.

Da questo punto di vista, la valutazione complessiva è buona, con due Dipartimenti che si distinguono per valori sopra la media: Como e Milano 1.

In positivo, tutti i Dipartimenti hanno attivato nel periodo di riferimento della rilevazione programmi e progetti di prevenzione. Ciò che fa la differenza, quindi, è la loro capacità di aver coinvolto o meno diversi enti/soggetti presenti sul territorio nonché le diverse figure di riferimento del target obiettivo, quali genitori, insegnanti, educatori. Parimenti, varia l'estensione territoriale (aziendale piuttosto che a carattere regionale o nazionale) e la durata di tali azioni (a carattere annuale o continuative per un triennio).

#### INDICATORI SULLA PREVENZIONE: Focus su Adolescenti e Pre-adolescenti

Nel corso del 2012 il Dipartimento delle Dipendenze ha attuato programmi e progetti di prevenzione destinati ai pre-adolescenti?

Se il Dipartimento delle Dipendenze ha attuato progetti di prevenzione, oltre ai destinatari diretti (adolescenti e pre-adolescenti) sono stati coinvolti attivamente anche le loro figure di riferimento, quali: genitori, insegnanti, educatori, animatori, ...

I progetti di prevenzione hanno interessato i diversi contesti di vita dei soggetti interessati, ovvero famiglia, scuola, tempo libero, ecc.?

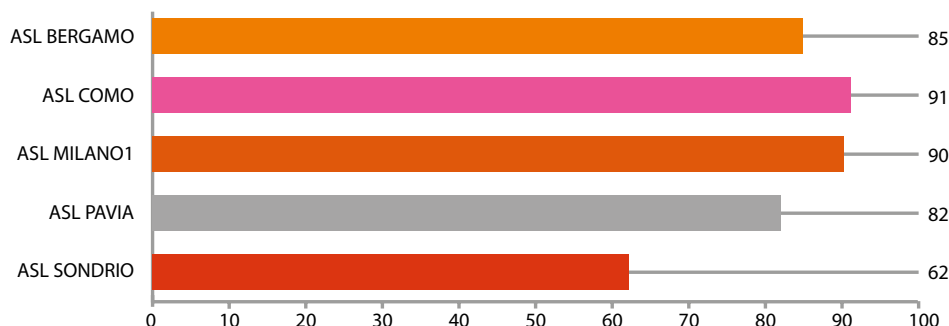
La maggior parte (più della metà) dei progetti di prevenzione attuati, ha previsto una stretta collaborazione con diversi enti/soggetti presenti sul territorio

Nei confronti di adolescenti e pre-adolescenti, sono stati realizzati progetti di prevenzione e accompagnamento nei momenti di transizione della vita e in situazioni particolari?

Sono stati realizzati progetti di prevenzione specifici per l'ambito scolastico? (è possibile barrare più caselle)

Sono stati messi a punto strumenti per valutare l'efficacia dei progetti/programmi di prevenzione giovanile

## SISTEMA INFORMATIVO



**IAS medio del fattore: 82**

In tema di sistema informativo, la valutazione complessiva è buona, con tre Dipartimenti che si distinguono per valori sopra la media: Bergamo, Como e Milano 1.

Tutti hanno un sistema informatizzato capace di valutare gli output e gli outcome delle prestazioni, nonché di trasmettere direttamente i dati epidemiologici all'Osservatorio Regionale per le dipendenze.

Ad eccezione di Sondrio, tutti gli altri Dipartimenti possono registrare nel sistema informatizzato sia i trattamenti erogati nelle unità residenziali e semiresidenziali, sia le attività a carattere progettuale e sperimentale.

In generale, il sistema informatizzato – pur contenente una banca dati dei soggetti attivi sul territorio che contribuiscono all'offerta di servizi e prestazioni - è poco o per nulla condiviso con questi stessi soggetti.

### SISTEMA INFORMATIVO: INDICATORI

#### Il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di un Sistema informatizzato atto a ?

Fornire Report di informazioni quali/quantitative per la programmazione e la progettazione di interventi

Valutare le prestazioni (output)

Valutare gli esiti dei trattamenti (outcome)

Trasmettere direttamente dati epidemiologici all'Osservatorio Regionale

Rilevare informazioni anonime di tipo clinico e socio/familiare sui soggetti in trattamento presso i servizi pubblici

Registrazione degli utenti che iniziano il trattamento nelle unità a carattere residenziale e semiresidenziale

Raccolta dati sulle attività di carattere progettuale e sperimentale

Il Sistema informatico di cui è dotato il Dipartimento delle Dipendenze è condiviso con altri soggetti?

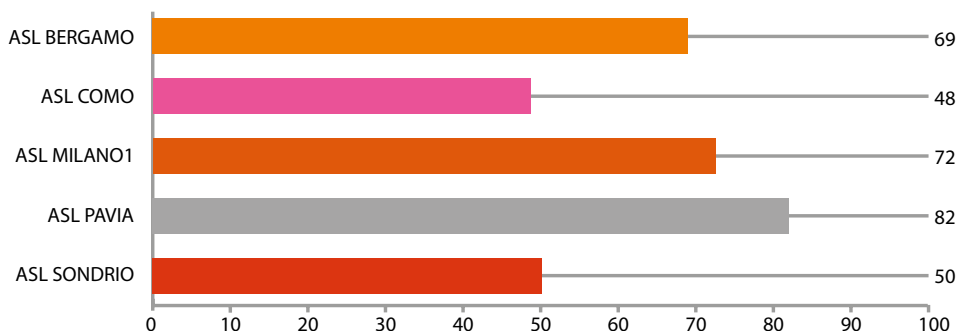
#### Il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di una banca dati contenente:

I soggetti del Privato sociale attivi sul territorio che contribuiscono all'offerta di servizi e prestazioni e collaborazioni in essere che compongono l'offerta?

Protocolli e Collaborazioni in essere?

#### Indicare se i progetti realizzati nel corso del 2012 hanno previsto il formale coinvolgimento di Associazioni e Volontariato

## VALUTAZIONE DELLA QUALITA'



**IAS medio del fattore: 64**

La valutazione della qualità è, tra i fattori presi in considerazione dal presente Audit Civico, quello che presenta un valor medio più basso, appena discreto.

Ad influire – in particolare – la relativa capacità di effettuare, sempre nel periodo preso in considerazione, sia monitoraggi su interventi e progetti posti in essere, sia indagini di Customer Satisfaction.

Per quanto riguarda il primo aspetto si evidenzia che tutti i Dipartimenti hanno realizzato il monitoraggio e la verifica degli interventi e dei progetti posti in essere. In questa attività, Bergamo presenta un valore inferiore rispetto agli altri tre Dipartimenti.

Per quel che riguarda, invece, la realizzazione di indagini di Customer Satisfaction, Sondrio è l'unica a non averle realizzate.

### VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ: INDICATORI

Nel corso del 2012, il Dipartimento delle Dipendenze ha realizzato monitoraggi su interventi e progetti effettuati:

Nel corso del 2012, il Dipartimento delle Dipendenze ha realizzato: programmi di valutazione e miglioramento della qualità per specifici Interventi?

Nel corso del 2012 sono state realizzate indagini di Customer Satisfaction (CS)?

Le indagine di CS sono pianificate con cadenza annuale?

L'ultima indagine di CS realizzata quali risultati ha prodotto?

**VALUTAZIONE SINTETICA DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE  
MEDIA PER FATTORE**

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	BERGAMO	COMO	MILANO1	PAVIA	SONDRIO	MEDIA PER FATTORE
ASSETTO ORGANIZZATIVO	89	86	94	92	80	88
SERVIZI E LIVELLI DI INTERVENTO	80	72	73	100	37	72
PRINCIPALI FUNZIONI	100	100	100	100	100	100
FORMAZIONE DEL PERSONALE	100	81	100	94	75	90
DOC. CLINICA E PIANI DI ASSISTENZA	100	100	100	85	71	91
PREVENZIONE	84	94	100	86	67	86
SISTEMA INFORMATIVO	85	91	90	82	62	82
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ	69	48	72	82	50	64
<b>MEDIA PER ASL</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>91</b>	<b>90</b>	<b>68</b>	

La valutazione di carattere generale dei Dipartimenti delle Dipendenze di cinque ASL della Lombardia (Bergamo, Como, Milano 1, Pavia e Sondrio) presenta una situazione ovunque molto soddisfacente, migliorabile per alcuni aspetti e in alcune realtà, ma in ogni caso molto più prossima all'eccellenza.

In particolare, il Dipartimento di Milano 1, con una media complessiva di 91, presenta una situazione generale di eccellenza, subito seguito dal Dipartimento di Pavia (90). Buone le risultanze emerse anche dal Dipartimento di Como (84) e da quello di Bergamo (83), a cui segue il dato di Sondrio (68).

I fattori che fanno registrare nel complesso le risultanze migliori sono quelli che hanno a che fare con: le funzioni svolte dal Dipartimento in ossequio a quanto disposto dalla normativa vigente (IAS=100); la documentazione clinica e i piani di assistenza (IAS=91); la formazione/aggiornamento del personale (IAS=90).

Di contro, l'area di miglioramento comune a tutti i Dipartimenti monitorati attiene alla valutazione della qualità.

Senza alcuna volontà di stilare classifiche, ma con l'unico intento di offrire un contributo di conoscenze per meglio orientare la gestione di tali servizi ai cittadini, il presente Audit Civico non sarebbe stato possibile senza la disponibilità delle stesse strutture monitorate a "mettersi in gioco", anche a costo di dover dichiarare debolezze e difficoltà. Anche per questo è doppiamente apprezzabile il contributo offerto dai Dipartimenti che non hanno ceduto alla tentazione di "mascherare" eventuali mancanze, ben consapevoli del valore che una simile attività di trasparenza e verità non possa che essere apprezzata in primis dagli stessi cittadini.

## STRUTTURA DI VALUTAZIONE DEI SERT

La matrice di valutazione dedicata ai SerT, segue una struttura "ad albero", è organizzata in 3 Componenti, 11 Macro Fattori, 23 Sub-Fattori, per un totale di 100 indicatori. La tabella che segue illustra i Fattori nel dettaglio.

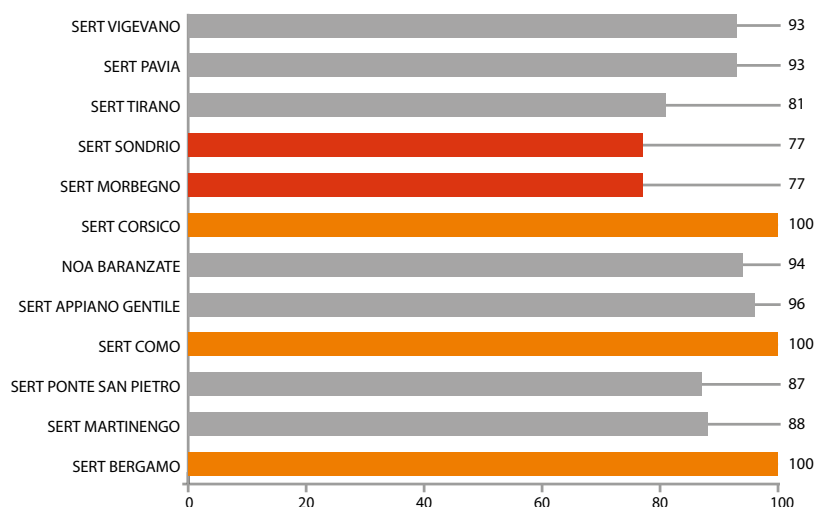
A	ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO DEL SERT	SERT Caratteristiche	A1	ANAGRAFICA DEL SERT	Non IAS
		ATTIVITA' E FUNZIONI	A2	SERVIZI E PRESTAZIONI GARANTITE DAL SERT	IAS
				AMBITI: ambulatoriale, domiciliare...	IAS
		ASSETTO ORGANIZZATIVO	A3	REQUISITI MINIMI: strutturali, tecnologici ed organizzativi (EX DM 30/11/1990 n. 444)	IAS
				DOTAZIONE DI PERSONALE (Decreto Ministeriale 30/11/1990 n. 444)	IAS
A4	VOLUMI ATTIVITA' relative anno 2012	Non IAS			
B	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	PREVENZIONE	B1	PREVENZIONE	IAS
		VALUTAZIONE	B2	VALUTAZIONE /DIAGNOSI	IAS
				FORMULAZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO	IAS
		PRESA IN CARICO	B3	PRESA IN CARICO	IAS
		CONTINUITA' ASSISTENZIALE	B4	DIMISSIONE	IAS
RAPPORTO/RETE CON SERVIZI OPERATORI CORRELATI	IAS				
C	UMANIZZAZIONE COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE	ACCESSIBILITA' E COMFORT	C1	ACCESSIBILITA' fisica-strutturale e informativa	IAS
				COMFORT DEI LUOGHI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	IAS
		ACCOGLIENZA	C2	FIGURA CASE MANAGEMENT	IAS
				RISPETTO SPECIFICITA' DELLA PERSONA	IAS
				RISPETTO PRIVACY	IAS
		COMUNICAZIONE E CURA DELLA RELAZIONE	C3	INFORMAZIONE	IAS
				FORMAZIONE DEL PERSONALE	IAS
				CARTE DEI SERVIZI	IAS
		EMPOWERMENT E PARTECIPAZIONE	C4	COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	IAS
				RUOLO ASSOCIAZIONI	IAS
INIZIATIVE PER RILEVARE LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	IAS				

Prima di procedere con il commento delle risultanze del Benchmarking, occorre fare due precisazioni.

1. Il punteggio IAS medio dei Fattori non contempla i valori del NOA di Baranzate, che pur essendo un servizio afferente il Dipartimento delle Dipendenze di Milano 1, non è strutturato in modo tale da poter essere posto sempre a confronto con gli altri SERT. Ciò nondimeno, si è ritenuto utile – per completezza – mantenere nelle tabelle che seguono anche i dati relativi al NOA di Baranzate, con relativo posizionamento rispetto agli altri servizi e alla media.
2. Per agevolare l'interpretazione dei dati anche a livello visivo, i grafici mostrano in arancio i valori più alti e in rosso i più bassi, indipendentemente dal punteggio; ciò allo scopo di evidenziare in termini comparativi il posizionamento e i divari potenzialmente colmabili.

# ANALISI DI BENCHMARKING SERT: PRIMA COMPONENTE ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO

## SERVIZI E PRESTAZIONI



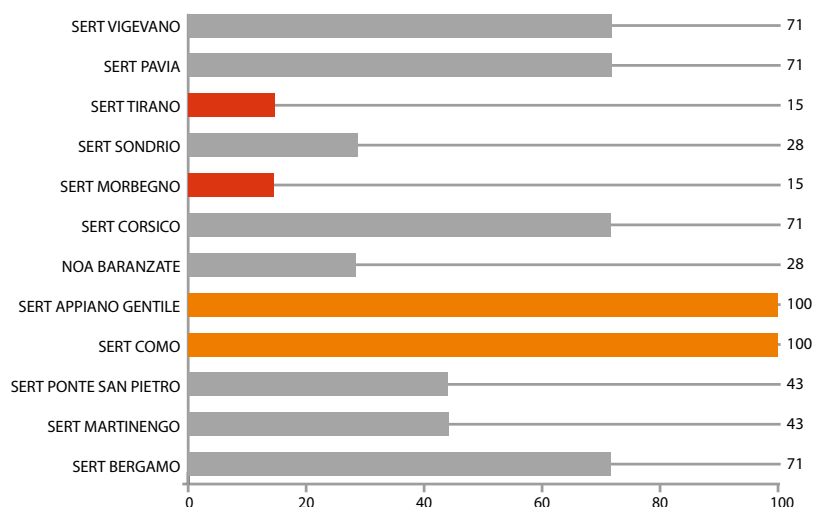
**IAS medio del fattore: 90**

In tema di servizi e prestazioni, la valutazione complessiva è buona, con 6 degli 11 SerT monitorati che si distinguono per valori sopra la media. Con punte di eccellenza per i SerT di Bergamo, Como e Corsico. Gli indicatori che fanno abbassare la media sono relativi al trattamento psicoterapeutico per la famiglia dell'utente (non previsto in quattro realtà), così come l'indicatore relativo agli interventi volti a tutelare e sostenere i minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza da sostanze (non previsto in tre casi), e la presa in carico degli utenti detenuti, difforme da servizio a servizio.

### SERVIZI E PRESTAZIONI: INDICATORI

IND. 1	Accoglienza, ascolto della domanda
IND. 2	Valutazione, diagnosi multidisciplinari e definizione del programma terapeutico personalizzato mediante
IND. 3	Valutazione e diagnosi delle patologie correlate all'abuso e dipendenza da sostanze
IND. 4	Presa in carico
IND. 5	Presa in carico di utenti detenuti:
IND. 6-10	Counseling medico, psicologico per utente, psicologico per la famiglia dell'utente, iale ed educativo per utente, sociale ed educativo per la famiglia dell'utente
IND. 11	Trattamento psicoterapico per la famiglia dell'utente
IND. 12	Monitoraggio clinico periodico delle variazioni dello stato di salute
IND. 13	Monitoraggio periodico attraverso analisi di laboratorio
IND. 14	Interventi di prevenzione/screening
IND. 15	Interventi in strada
IND. 16	Accompagnamento e sostegno al reinserimento
IND. 17	Monitoraggio di utenza in trattamento presso struttura residenziale o semiresidenziale
IND. 18	Interventi volti a tutelare e sostenere i minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza da sostanze

## AMBITI DI INTERVENTO



**IAS medio del fattore: 60**

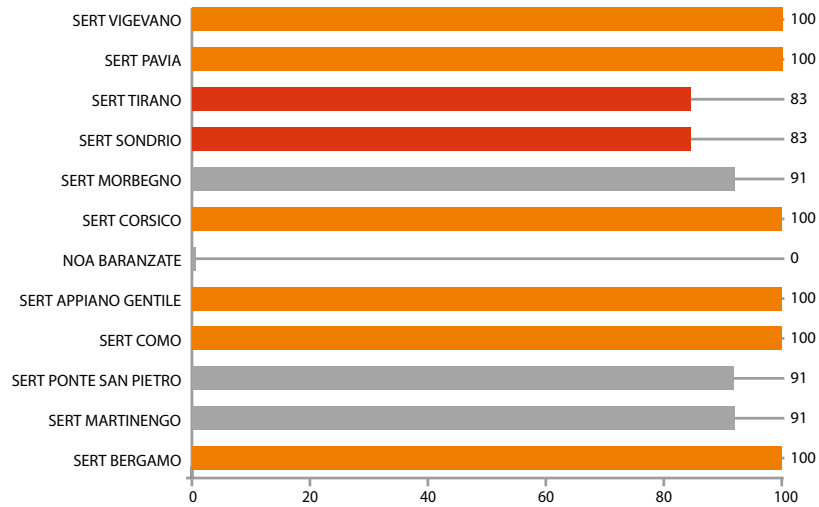
Per quanto riguarda gli ambiti di intervento dei SerT, la valutazione complessiva è mediocre, con 6 degli 11 SerT monitorati che comunque si distinguono per valori sopra la media. I SerT di Appiano Gentile e Como mostrano valori di eccellenza; di contro, valori minimi li fanno registrare i SerT di Tirano e Morbegno, penalizzati in quanto erogano prestazioni solo in ambito ambulatoriale. Sondrio, da parte sua, aggiunge al livello ambulatoriale gli interventi in carcere, ma esclude tutti gli altri (a domicilio, in strutture accreditate, sul territorio come presso scuole, parrocchie, etc.).

I SerT di Martinengo e Ponte San Pietro – oltre che a livello ambulatoriale – opera anche a domicilio e in strutture del servizio sanitario.

### AMBITI DI INTERVENTO: INDICATORI

AMBITI DI INTERVENTO: INDICATORI	
IND. 1	<b>Indicare in quali ambiti di intervento il Servizio eroga sistematicamente/prevalentemente le prestazioni di cui sopra</b>
	Servizio reso a livello ambulatoriale
	Servizio reso a domicilio
	Servizio reso in strutture accreditate
	Servizio reso in strutture del servizio sanitario nazionale e regionale
	Servizio reso al territorio (scuole, parrocchie, ecc.)
	Servizio svolto sulla strada (unità mobili)
	Servizio in carcere

## REQUISITI STRUTTURALI



**IAS medio del fattore: 94**

In tema di requisiti strutturali, i SerT mostrano una valutazione complessiva eccellente, con 6 degli 11 SerT monitorati che si distinguono per valori addirittura sopra la media.

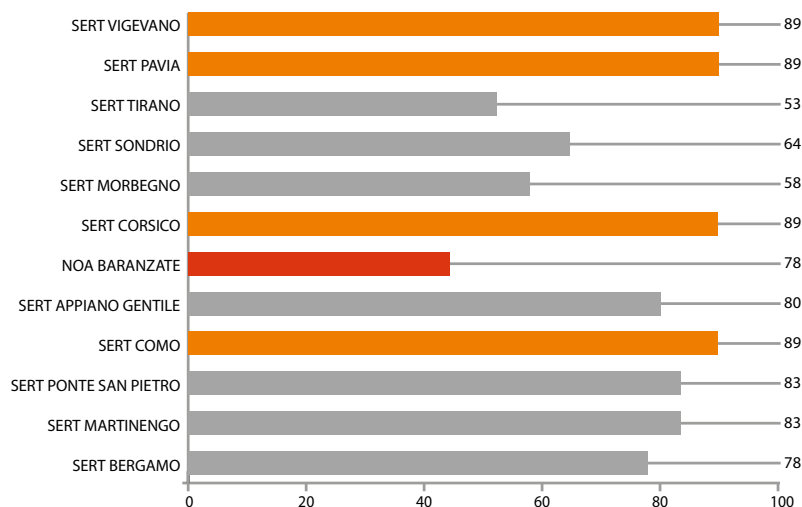
Da registrare, al riguardo, che il NOA di Baranzate in sede di rilevazione dati registra un "non pertinente".

### REQUISITI STRUTTURALI: INDICATORI

IND. 1	<b>Il SerT è dotato di almeno un locale dedicato a:</b>
	Accoglienza utenti ed informazioni
	Sala d'attesa dell'utenza
	Segreteria amministrativa
	Riunione e per permanenza degli operatori, distinto dagli ambulatori
	Attività di gruppo
	Conservazione dei farmaci idoneo a garantire la sicurezza secondo norme vigenti
IND. 2	<b>Il SerT è dotato di:</b>
	Ambulatori per colloqui psicologici e di assistenza sociale; se sì indicare quanti
	Ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni cliniche; se sì indicare quanti
	Uno spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy
	Servizi igienici per gli utenti, idonei per la raccolta urine a scopo medico-legale
Servizi igienici e spogliatoi per gli operatori	



## REQUISITI ORGANIZZATIVI



**IAS medio del fattore: 78**

Se i requisiti strutturali rappresentano una eccellenza per i SerT, non altrettanto si può dire per i requisiti organizzativi e tecnologici, entrambi discreti.

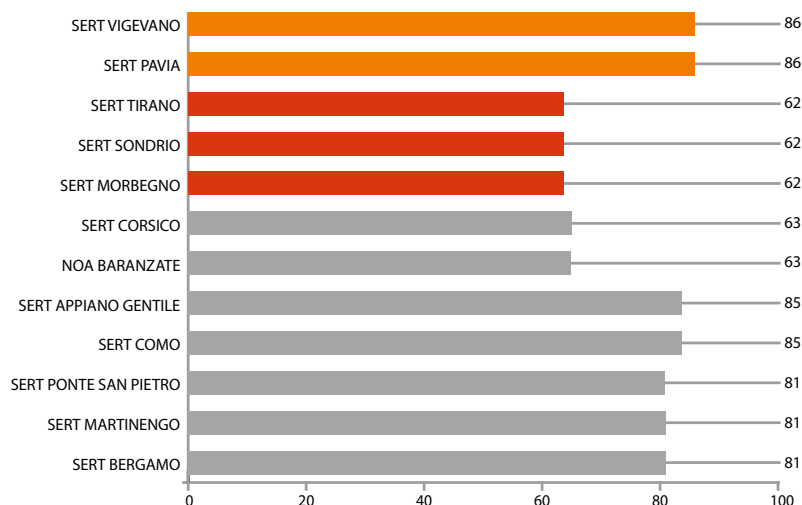
Limitatamente ai requisiti organizzativi, in particolare, per i SerT di Tirano, Sondrio e Morbegno risultano valori sotto la media. La ragione è da ricercarsi nel numero modesto di giorni di apertura e relativo monte ore del servizio.

Di fronte a casi urgenti, nessun servizio monitorato garantisce una reperibilità lungo l'arco delle 24 ore.

### REQUISITI ORGANIZZATIVI: INDICATORI

IND. 1	Indicare in quali giorni il Servizio è attivo:
IND. 2	Indicare in quanti giorni il Servizio è attivo:
IND. 3	Al giorno il Servizio svolge orario continuato per:
IND. 4	Al giorno, l'accesso al pubblico è garantito per:
IND. 5	Il servizio assicura una reperibilità sulle 24 ore per i casi urgenti?
IND. 6	È attivo un servizio di risposta telefonica agli utenti, per l'intero orario di apertura del Servizio?
IND. 7	La somministrazioni di terapie, anche sostitutive è garantita 365 giorni l'anno?
IND. 8	Durante l'intero orario di apertura al pubblico, il Servizio garantisce la contemporanea presenza di: specificare.
IND. 9	Per il tempo eccedenti le 6 ore di apertura al pubblico, il Servizio garantisce comunque tutte le figure professionali su indicate.
IND. 10	Per il tempo eccedenti le 6 ore di apertura al pubblico, il Servizio garantisce la pronta di disponibilità di un medico e di un infermiere?

## REQUISITI TECNOLOGICI



**IAS medio del fattore: 75**

Come anticipato, anche per i requisiti tecnologici la valutazione complessiva è discreta, anche se sei SerT presentano comunque valori sopra la media.

Tutti i SerT sono dotati di un sistema informatizzato, ma a diversa capacità di registrazione di elementi di dettaglio, elaborazione/trasmisione dati. Inoltre è ancora poco sviluppata la condivisione di questi sistemi informatizzati con altri servizi le cui attività e prestazioni (es., servizi sociali) sono correlati al SerT.

### REQUISITI TECNOLOGICI : INDICATORI

IND. 1	<b>Il SerT è dotato di Sistema informatizzato? Se Sì, il Sistema informatizzato è atto a:</b>
IND. 2	<b>Se Sì, il Sistema informatizzato è atto a:</b>
	Gestire le ordinarie attività del Servizio?
	Fornire Report di informazioni quali/quantitative?
	Valutare gli interventi effettuati?
	Trasmettere direttamente dati epidemiologici all'Osservatorio Regionale?
	Rilevare informazioni anonime di tipo clinico e socio/familiare sui soggetti in trattamento?
	Registrazione degli utenti che iniziano il trattamento nelle unità a carattere residenziale e semiresidenziale?
	Raccolta dati sulle attività di carattere progettuale e sperimentale?
IND. 3	<b>Il Sistema informatico si cui è dotato il SerT è :</b>
	Unico per tutti i Servizi del Dipartimento delle Dipendenze?
	Condiviso/in Rete con altri Servizi Aziendali?
	È condiviso con i Servizi Sociali?
	Condiviso con Servizi del Privato Accreditato?
	Condiviso con Servizi del Privato Sociale?
	È il medesimo per tutta la Rete dei SerT dell'Azienda sanitaria di appartenenza?
	Il medesimo per tutta la Rete dei SerT nella Regione?

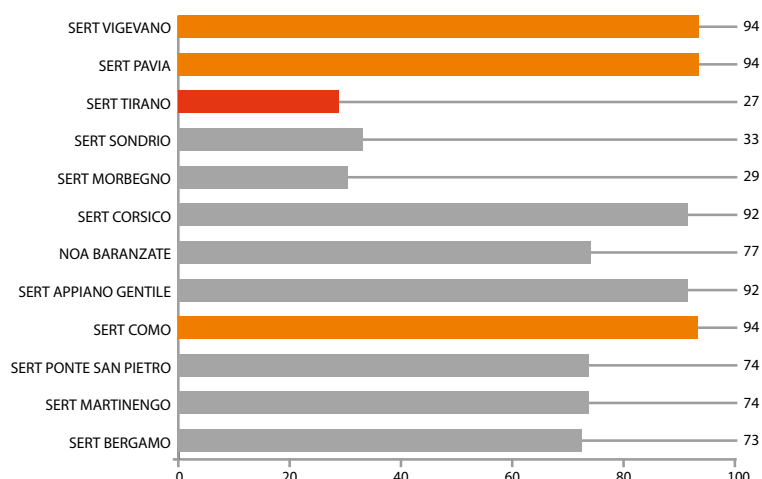
**ANALISI DI BENCHMARKING  
SERT: SECONDA COMPONENTE  
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**

**INIZIATIVE RIVOLTE AD ADOLESCENTI E PREADOLESCENTI: INDICATORI**

IND. 1	Negli ultimi 2 anni, il SerT ha attuato programmi e progetti di prevenzione destinati ai pre-adolescenti?
IND. 2	In qualità di soggetto promotore?
IND. 3	Si è trattato di progetti a che livello ( aziendale regionale nazionale?)
IND. 4	Oltre ai destinatari diretti (adolescenti e preadolescenti) sono stati coinvolti attivamente anche le loro figure di riferimento, quali: genitori, insegnanti, allenatori sportivi, capi scout, ecc.?
IND. 5	I progetti di prevenzione hanno interessato i diversi contesti di vita dei soggetti interessati, ovvero, famiglia, scuola, tempo libero, ecc.?
IND. 6	La maggior parte (più della metà) dei progetti di prevenzione ha previsto una stretta collaborazione con diversi enti/soggetti presenti sul territorio?
IND. 7	Nei confronti di adolescenti e preadolescenti, sono stati realizzati progetti di prevenzione e accompagnamento nei momenti di transizione della vita e in situazioni particolari?
IND. 8	Sono stati realizzati progetti di prevenzione specifici per l'ambito scolastico?
IND. 9	La maggior parte dei progetti di prevenzione ha avuto una durata:
IND. 10	Sono stati messi a punto strumenti per valutare l'efficacia dei progetti/programmi di prevenzione giovanile?

Le ASL di Bergamo e Pavia, per un totale di 5 SerT monitorati, hanno attribuito un "non pertinente" alle risposte relative agli item dedicati al fattore "prevenzione", in considerazione del fatto che attività e progetti di prevenzione sono in capo al Dipartimento delle Dipendenze e non ai singoli servizi quali i SerT. Si rimanda, pertanto, a quanto già trattato sul tema a livello di Dipartimenti.

## TEMPI DI ATTESA PER VALUTAZIONE E FORMULAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO



**IAS medio del fattore: 70**

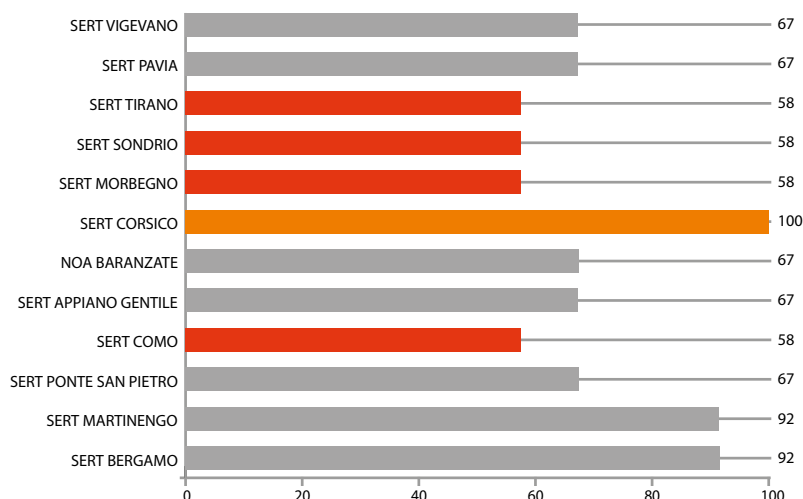
In tema di tempi di attesa, la valutazione complessiva è discreta, con 8 SerT che si distinguono per valori sopra la media.

Nella valutazione incidono sostanzialmente due fattori: a) la mancanza di formali procedure relative alla immediata valutazione e presa in carico sia di donne tossicodipendenti in stato di gravidanza che di utenti minorenni. b) la variabilità – in numero di giorni - entro la quale viene garantita una prima valutazione generale della situazione dell'utente dopo il primo contatto.

### TEMPI DI ATTESA PER VALUTAZIONE E FORMULAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO: INDICATORI

IND. 1	Sono state predisposte formali procedure relative alla immediata valutazione e presa in carico di donne tossicodipendenti in stato di gravidanza?
IND. 2	Sono state predisposte formali procedure relative alla immediata valutazione e presa in carico di utenti minorenni?
IND. 3	Dopo il primo contatto, viene garantito un appuntamento per eseguire una più approfondita valutazione al fine di definire un piano preliminare di intervento, entro:
IND. 4	Dopo il primo contatto, viene garantita una prima valutazione generale della situazione dell'utente (inclusa la valutazione di tipo sociale nel caso che il soggetto conviva con minori o sia un minore) entro:
IND. 5	Nei successivi 15 giorni al primo contatto, è garantita una valutazione multidisciplinare del soggetto?
IND. 6	Nei casi di donne tossicodipendenti in stato di gravidanza e quando la particolare gravità della situazione sanitaria lo richiede, è garantita una valutazione multidisciplinare del soggetto entro 8 giorni dal primo contatto?
IND. 7	Esistono procedure relative a interventi prioritari nei contesti familiari di soggetti in cura con figli minorenni?
IND. 8	Esistono procedure codificate che indichino la cadenza delle ri-valutazioni, dopo la prima?
IND. 9	Tempi medi di attesa in giorni (con riferimento ai dati relativi al 2012)
IND. 10	Indicare quali le attività cliniche sistematicamente eseguite nelle valutazioni:

## CASE MANAGER



**IAS medio del fattore: 71**

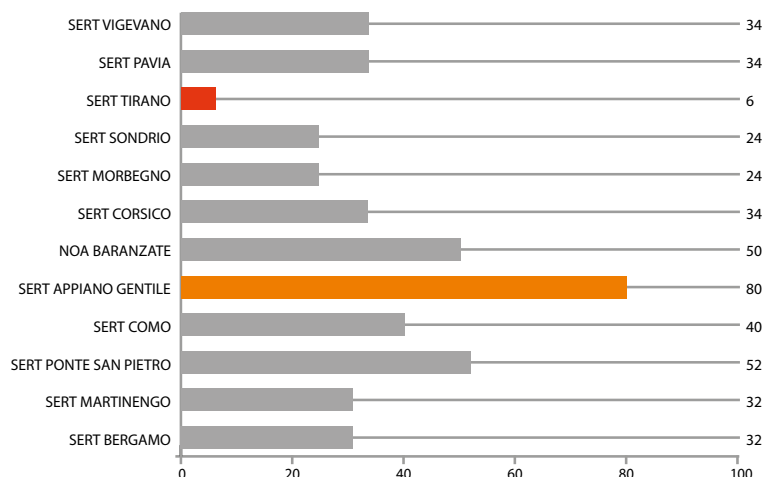
Per ciò che attiene il case manager, la valutazione complessiva è discreta, con il SerT di Corsico che si distingue con valori di eccellenza, e altri due SerT che presentano comunque valori sopra la media. Ben 8 i SerT (come si ricorda, non viene considerato il NOA di Baranzate per le ragioni sopra esposte) che presentano valori inferiori alle media.

Di positivo c'è che al termine della valutazione, si individua sempre un case-manager di riferimento per l'utente. Tuttavia, tranne che in due casi, Bergamo e Martinengo, non prevedono modalità tali che la scelta del case manager venga operata direttamente dall'utente.

### CASE MANAGER:INDICATORI

IND. 1	Al termine della valutazione viene individuato un case-manager di riferimento per l'utente?
IND. 2	Sono previste formali procedure che permettono all'utente di scegliere operatori di riferimento?
IND. 3	Vi sono riunioni regolari dell'èquipe multidisciplinare per la ri-valutazione del caso?

## RAPPORTO - RETE CON SERVIZI E OPERATORI CORRELATI



**IAS medio del fattore: 37**

In riferimento al rapporto tra SerT e servizi in rete, la valutazione complessiva è scadente, con ben 8 SerT che mostrano valori inferiori la media.

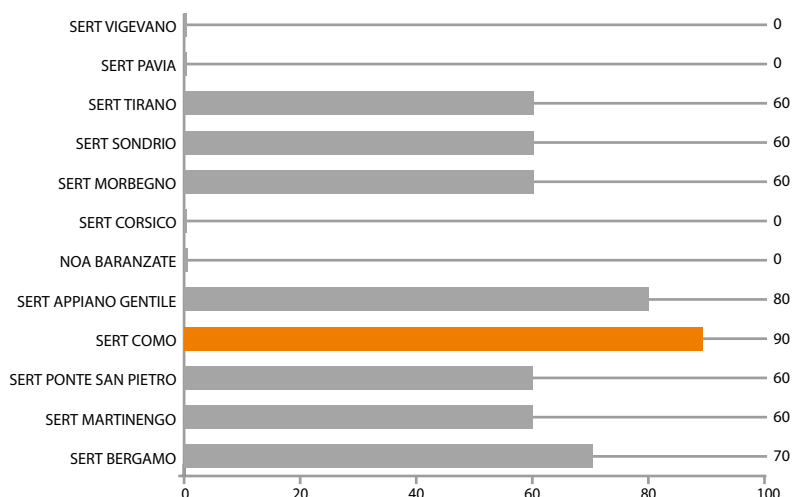
In tutti i casi si registra che i SerT si rapportano sistematicamente con i servizi ad essi correlati, quali: centri diurni, comunità terapeutiche, nuclei algologici, etc.

Ciò nonostante, la valutazione è bassa perché risulta carente il rapporto col medico di medicina generale del paziente, né sono previste formali procedure per garantire un costante raccordo con tale figura di riferimento.

### RAPPORTO/RETE CON SERVIZI E OPERATORI CORRELATI: INDICATORI

IND. 1	Quando il servizio prende in carico un paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione?
IND. 2	E' stata formalizzata una procedura per favorire il raccordo tra gli operatori del SerTe il MMG dell'utente?
IND. 3	Il SerT si rapporta sistematicamente con Strutture ad esso collegate Centri diurni, strutture di detenzione, ecc.
IND. 4	Sono in atto procedure/protocolli di collaborazione con i seguenti servizi/soggetti:
IND. 5	E' stata formalizzata una procedura per favorire la collaborazione con Associazioni dei pazienti e Organizzazioni Civiche?

## REINSERIMENTO



**IAS medio del fattore: 49**

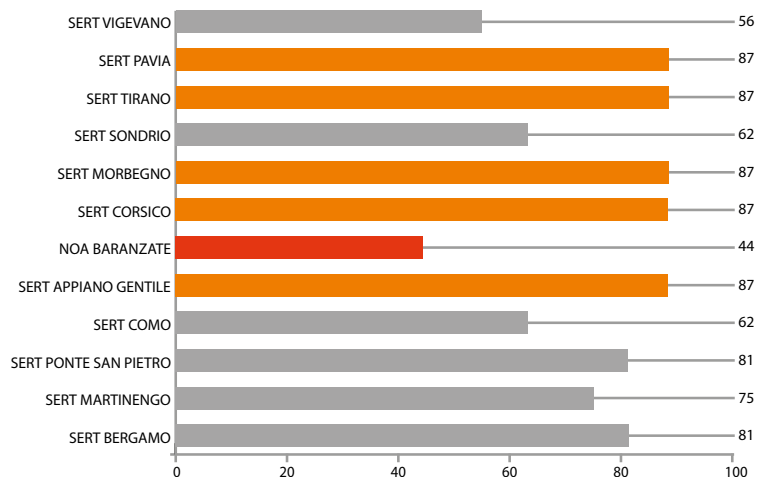
In tema di reinserimento sociale e lavorativo, la valutazione complessiva è mediocre, con marcate differenze tra gli 8 SerT che presentano valori sopra la media, e i restanti 3 che presentano valori nulli, dovuti al fatto che in queste realtà non esistono formali procedure o linee-guida per facilitare l'inserimento sociale e lavorativo degli utenti adulti.

### REINSERIMENTO: INDICATORI

<b>IND. 1</b>	<b>Vi sono formali procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la facilitazione dell'inserimento sociale e lavorativo degli utenti adulti?</b>
	<b>Se sì, quali delle seguenti attività sono state attivate:</b>
	Uso di borse di formazione lavoro
	Visite guidate degli utenti alle possibili agenzie di lavoro protetto
	Rapporti con agenzie di collocamento, con i sindacati, con i gruppi di imprenditori
	Iniziative di inserimento lavorativo in ambiente non protetto con supervisione e sostegno da parte del servizio
	Rapporto di collaborazione con almeno un'organizzazione di privato sociale e di addestramento lavorativo

# ANALISI DI BENCHMARKING SERT: TERZA COMPONENTE UMANIZZAZIONE COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE

## ACCESSIBILITA' FISICA, STRUTTURALE E SENSORIALE



**IAS medio del fattore: 75**

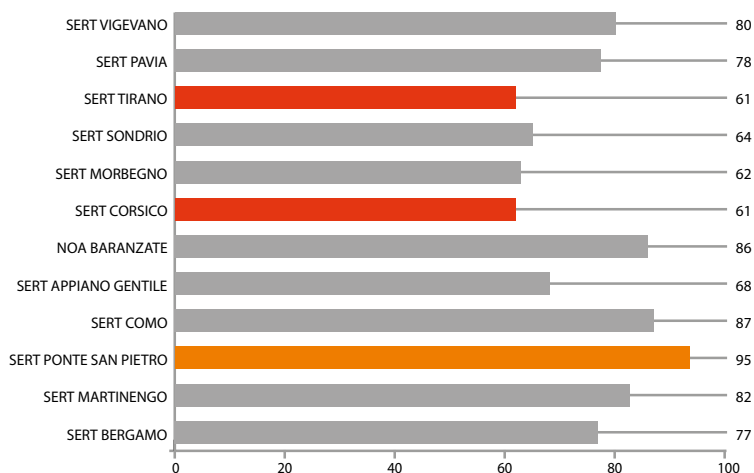
Tra gli aspetti maggiormente tenuti in considerazione dagli utenti, l'accessibilità (nelle sue molteplici accezioni: fisica, strutturale, sensoriale, etc.) fa registrare una valutazione complessiva discreta, con 7 SerT che si distinguono per valori sopra la media.

### ACCESSIBILITÀ FISICA, STRUTTURALE E SENSORIALE: INDICATORI

IND. 1	Ci sono linee di mezzi pubblici che si recano presso il Servizio?
IND. 2	È presente un parcheggio di taxi in prossimità della struttura?
IND. 3	Sono disponibili all'esterno della struttura posti auto riservati a disabili?
IND. 4	In prossimità della struttura è presente una cartellonistica stradale che ne indica l'ubicazione?
IND. 5	Sono assenti barriere architettoniche nel percorso di accesso al SerT?
IND. 6	È disponibile un numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento?



## COMFORT DEI LUOGHI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI



**IAS medio del fattore: 74**

Il comfort all'interno dei SerT è valutato complessivamente discreto, con 6 SerT che si distinguono per valori sopra la media.

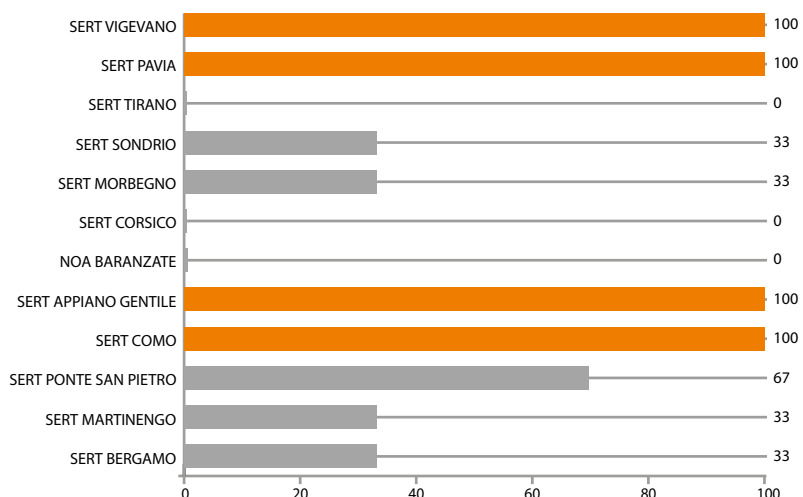
Pur in presenza di sale di attesa, in 6 SerT non si riscontra la disponibilità di un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti con persona dedicata.

Punteggi più bassi dipendono anche dal fatto che solo in due realtà i servizi igienici sono distinti per uomini e donne.

### COMFORT DEI LUOGHI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI: INDICATORI

IND. 1	È disponibile un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, con persona dedicata?
IND. 2	È presente almeno una sala di attesa?
IND. 3	Ci sono bagni per il pubblico (presenza al piano)?
IND. 4	C'è almeno un bagno per disabili (presenza al piano)?
IND. 5	Il servizio igienico è distinto per maschi e femmine?
IND. 6	I bagni sono dotati di accessori necessari:
IND. 7	Nel corso della visita sono stati osservati elementi di degrado igienico strutturale?:
IND. 8	E' presente la segnaletica di sicurezza?
IND. 9	Si tratta di un luogo libero dal fumo?

## PROGRAMMI TERAPEUTICI PERSONALIZZATI



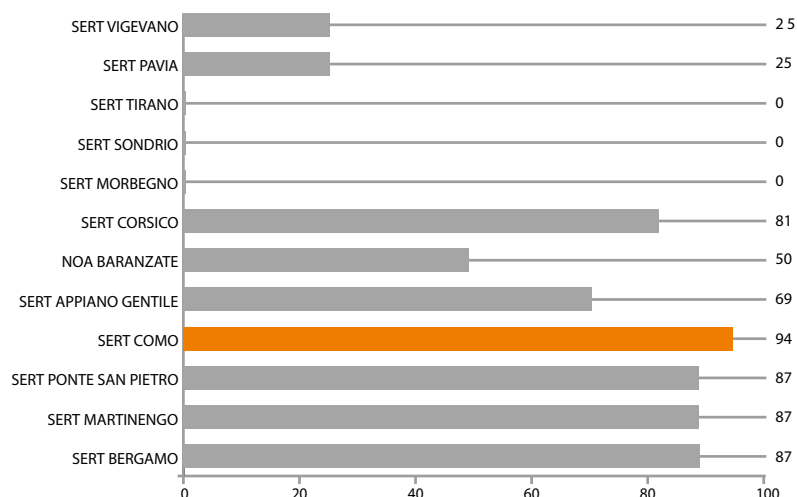
**IAS medio del fattore: 60**

In tema di programmi terapeutici personalizzati, la valutazione complessiva è mediocre, anche se 4 SerT si distinguono per valori di eccellenza: Vigevano, Pavia, Appiano Gentile e Como. Non a caso sono quelle strutture che hanno attivato programmi terapeutici personalizzati per diversi target di utenza: minori, donne, stranieri.

### PROGRAMMI TERAPEUTICI PERSONALIZZATI: INDICATORI

<b>IND. 1</b>	<b>Negli ultimi 2 anni, il SerT ha attivato programmi specifici per:</b>
	Minori
	Donne
	Stranieri
	Altro, specificare:

## IMPEGNO PER L'INCLUSIONE MULTIETNICA



**IAS medio del fattore: 50**

L'impegno per l'inclusione multi-etnica nei SerT è qualcosa su cui bisogna lavorare ancora lontana dal realizzarsi compiutamente. La valutazione complessiva del fattore è infatti mediocre, con 5 SerT che si distinguono per valori sotto la media. In particolare, i servizi legati alla ASL di Sondrio palesano una totale mancanza di servizi di interpretariato e mediazione culturale. Assente anche la documentazione informativa multilingue, così come non esiste una formale procedura per comunicare le modalità relative al rilascio del codice STP agli utenti stranieri sprovvisti del permesso di soggiorno.

### IMPEGNO PER L'INCLUSIONE MULTIETNICA: INDICATORI

IND. 1	<b>Il SerT offre un servizio di interpretariato?</b>
	<b>Se sì, indicare se:</b>
	Il servizio è disponibile nella struttura
	Il servizio è disponibile a chiamata
IND. 2	<b>Sono previsti interventi da parte di mediatori culturali a chiamata?</b>
IND. 3	<b>È prevista formalmente la comunicazione delle modalità per il rilascio del codice STP agli utenti stranieri sprovvisti del permesso di soggiorno?</b>
IND. 4	<b>Nel SerT è presente una documentazione informativa multilingue?</b>
	<b>Se sì, indicare se:</b>
	Esistono fogli informativi multilingue su prestazioni garantite dal Servizio
	Esistono moduli di consenso informato multilingue
	La Carta dei Servizi è multilingue

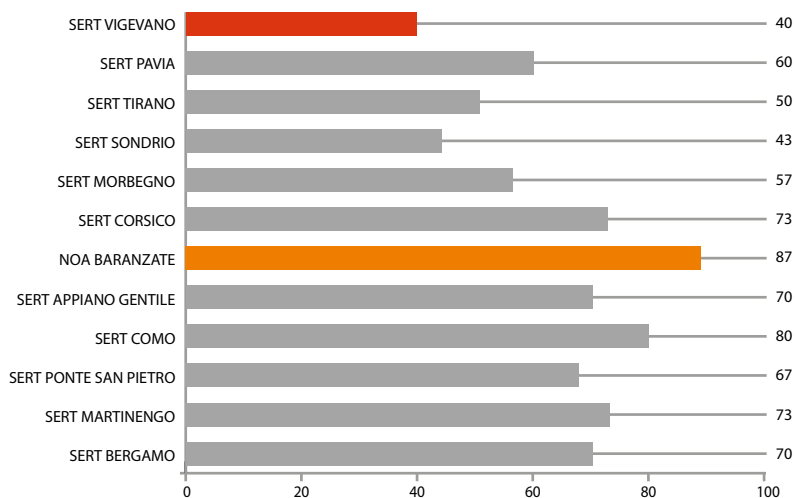
<b>PRIVACY E RISERVATEZZA: INDICATORI</b>	
<b>IND. 1</b>	<b>È stato stilato un documento programmatico del Servizio per la sicurezza dei dati (ex Legge 196/03)?</b>
<b>IND. 2</b>	<b>Nell'ultimo anno si sono verificati casi di informazioni mediche fornite a persone non autorizzate?</b>
<b>IND. 3</b>	<b>Nell'ultimo anno si sono verificati casi di cartelle dei pazienti mostrate a persone non autorizzate?</b>
<b>IND. 4</b>	<b>Nell'ultimo anno si sono verificati casi di violazione della confidenzialità dei malati di HIV/AIDS?</b>

### **IAS medio del fattore: 100**

In tema di privacy e riservatezza, la valutazione complessiva è eccellente, avendo ottemperato alle disposizioni normative relative alla sicurezza e tutela dei dati sensibili.

Nel periodo preso in considerazione per il presente Audit civico, non si è registrato alcun caso di violazione della privacy o diffusione di dati confidenziali a persona non autorizzata.

## INFORMAZIONE



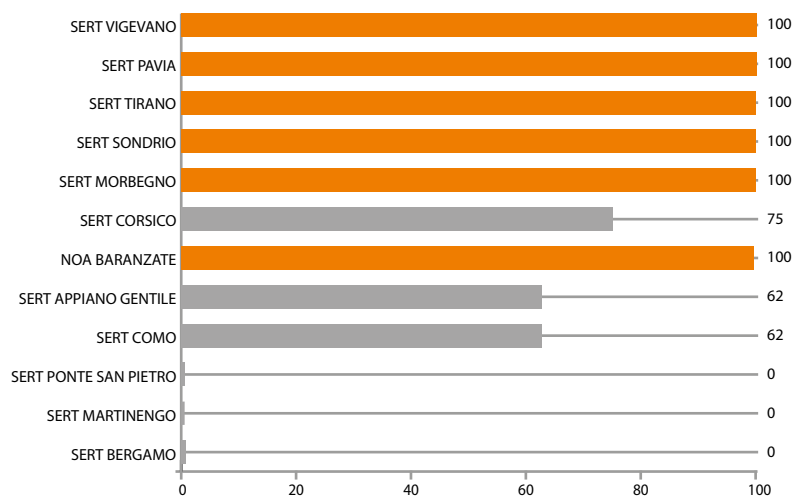
**IAS medio del fattore: 62**

In tema di informazione ai pazienti e non solo, la valutazione complessiva è discreta, con 5 SerT che si distinguono per valori sotto la media. Ciò principalmente a motivo della mancata formalizzazione di una procedura operativa per gestire la comunicazione con utenti e familiari. Influisce, inoltre, la relativa disponibilità di materiale informativo su diritti e doveri in capo alla struttura e agli utenti.

### INFORMAZIONE: INDICATORI

IND. 1	È stata formalizzata una procedura operativa per gestire la comunicazione con utenti e familiari?
IND. 2	All'atto della presa in carico è garantita l'informazione agli utenti sulle modalità con le quali contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento?
IND. 3	All'ingresso della struttura, sono disponibili Opuscoli informativi:
IND. 4	Nel sito Web (del Dipartimento delle Dipendenze, Aziendale o del SerT) sono presenti informazioni relative agli orari del Servizio e all'ubicazione della struttura, nonché indicazioni per raggiungerla?
IND. 5	Il sito Web (aziendale o del SerT) prevede alternative equivalenti al contenuto audio e/o visivo per garantire l'accessibilità del sito web a persone con disabilità (cecità e ipovisione, sordità e perdita di udito, difficoltà di apprendimento, limitazioni cognitive, limitata libertà di movimento)?

## CARTE DEI SERVIZI



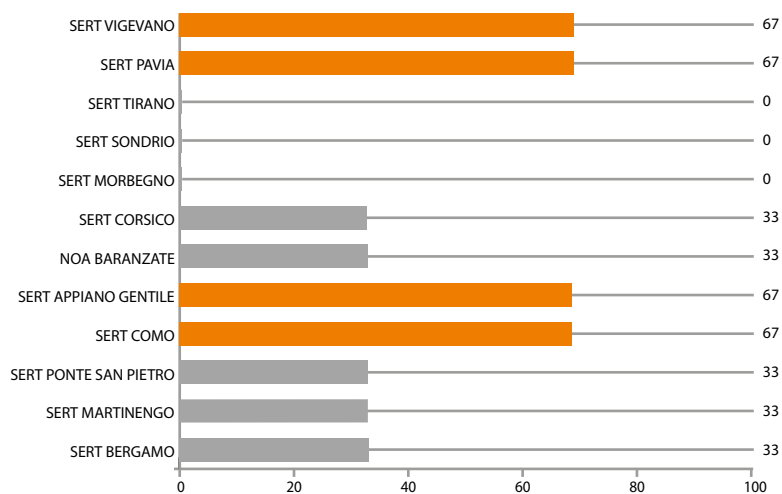
**IAS medio del fattore: 62**

Oltre alla Carta dei servizi aziendale, ben 9 SerT si sono dotati di una propria Carta dei Servizi specifica.

### CARTE DEI SERVIZI: INDICATORI

IND. 1	<b>Il SerT è dotato di una propria Carta dei Servizi (oltre a quella aziendale)?</b>
	<b>Se sì, con quale cadenza è aggiornata?</b>
	Annuale
	Biennale
	Nessuna cadenza

## COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA



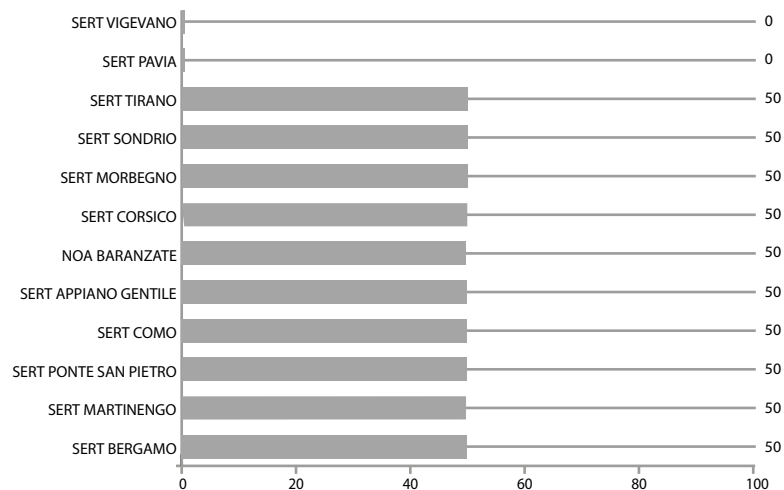
**IAS medio del fattore: 36**

Solo nella ASL di Como è stata formalizzata una procedura operativa per gestire la comunicazione con utenti e familiari. Assenti i programmi di psicoeducazione per familiari, ad eccezione dei servizi della ASL di Pavia.

### COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA: INDICATORI

IND. 1	<b>È stata formalizzata una procedura per favorire il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico?</b>
IND. 2	<b>Sono previsti incontri periodici o comunque modalità definite per la comunicazione tra i familiari e gli operatori di riferimento?</b>
IND. 3	<b>Vi sono procedure scritte relative ai programmi di psicoeducazione per familiari?</b>

## COLLABORAZIONE CON ASSOCIAZIONI



**IAS medio del fattore: 41**

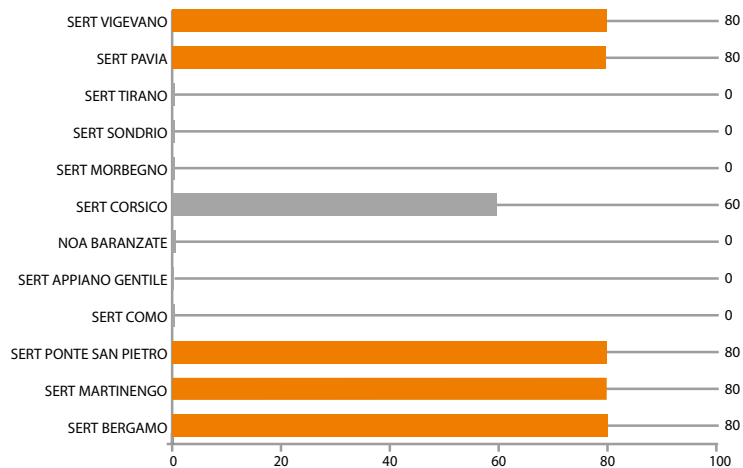
Tra SerT e Associazioni (dei pazienti, di volontariato, non profit, etc...) la collaborazione dovrà essere un asset sul quale investire molto di più di quanto non si sia fatto finora. A dire il vero, la collaborazione esiste nella prassi, ma non è mai – o quasi mai – riconosciuta a livello formale.

### COLLABORAZIONE CON ASSOCIAZIONI: INDICATORI

IND. 1	Il Servizio si avvale anche della collaborazione di organizzazioni di volontariato e di organismi non profit?
IND. 2	Vi sono formali procedure relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari?



## VALUTAZIONE DELLA QUALITA' E INIZIATIVA PER RILEVARE LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI



**IAS medio del fattore: 42**

Durante il periodo preso in considerazione per lo svolgimento dell'Audit Civico, solo 5 SerT avevano realizzato una indagine sulla soddisfazione degli utenti in merito al servizio ricevuto e lì dove si è svolta, poche volte è stata condotta in collaborazione con Associazioni Civiche e/o di Tutela dei diritti dei pazienti, o con Associazioni di Utenti e/o familiari, o da personale esterno al servizio.

### VALUTAZIONE DELLA QUALITA' E INIZIATIVE PER RILEVARE LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI: INDICATORI

IND. 1	È stata realizzata negli ultimi 2 anni una indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio?
IND. 2	<b>Se sì,</b>
	È stata svolta in collaborazione con Associazioni di Utenti e/o familiari?
	È stata svolta in collaborazione con Associazioni Civiche e/o di Tutela dei diritti dei pazienti?
	Le interviste sono state condotte da personale diverso dagli operatori del Servizio?
	I risultati sono stati resi pubblici?
	In seguito a questa indagine, sono state attuate azioni di miglioramento della qualità?
	Se sì, indicare le azioni intraprese:

Nella tabella sottostante, sono riportati, per ogni SerT monitorato, i valori relativi a ciascun fattore di valutazione. Anche in questi prospetti di sintesi, per una più immediata lettura della tabella stessa, si è ritenuto utile connotare in verde i punteggi quantomeno sufficienti (>61) e in rosso i punteggi sotto la sufficienza (<60). In bianco, invece, le risposte "non pertinenti".

LEGENDA PUNTEGGI:													
	< 60												
> 61	SERT BERGAMO	SERT ARTINENGO	SERT PONTE S.PIETRO	SERT COMO	SERT APIANO	NOA BARANZATE	SERT CORSICO	SERT PAVIA	SERT VIGEVANO	SERT MORBEGNO	SERT SONDRIO	SERT TIRANO	MEDIA (Esclusi i valori del Noa)
<b>COMPONENTE A: ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO:</b>													
SERVIZI E PRESTAZIONI	100	88	87	100	96	94	100	93	93	77	77	81	90
AMBITI DI INTERVENTO	71	43	43	100	100	28	100	71	71	15	28	15	60
REQUISITI STRUTTURALI	100	91	91	100	100	NP	100	100	100	91	83	83	94
REQUISITI ORGANIZZATIVI	78	83	83	89	80	44	89	89	89	58	64	53	78
REQUISITI TECNOLOGICI	81	81	81	85	81	63	63	86	86	62	62	62	75
FORMAZ. PERSONALE	100	100	100	90	90	NP	85	100	NP	NP	NP	85	94
<b>COMPONENTE B: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO</b>													
PREVENZIONE	NP	NP	NP	92	71	91	95	NP	NP	65	70	60	75
TEMPI DI ATTESA	73	74	74	94	92	77	92	94	94	29	33	27	70
CASE MANAGER	92	92	67	58	67	67	100	67	67	58	58	58	71
RETE OPERATORI E SERVIZI	32	32	52	40	80	50	34	34	34	24	24	24	37
REINSERIMENTO	70	60	60	90	80	0	0	0	0	60	60	60	49
<b>COMPONENTE C: UMANIZZAZIONE COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE</b>													
ACCESSIBILITÀ	81	75	81	62	87	44	87	87	56	87	62	87	75
COMFORT	77	82	95	87	68	86	61	78	80	62	64	61	74
PROGRAMMI PERSONALIZZ.	33	33	67	100	100	0	NP	100	100	33	33	0	60
INCLUSIONE MULTIETN.	87	87	87	94	69	50	81	25	25	0	0	0	50
PRIVACY E RISERVATEZZA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
INFORMAZIONE	70	73	67	80	70	87	73	60	40	57	43	50	62
CARTE DEI SERVIZI	0	0	0	62	62	100	75	100	100	100	100	100	62
COINVOLG. FAMIGLIA	33	33	33	67	67	33	33	67	67	0	0	0	36
COLLAB. ASSOCIAZIONI	50	50	50	50	50	50	50	0	0	50	50	50	41
VALUTAZIONE QUALITA'	80	80	80	0	0	NP	60	80	80	0	0	0	42

COMPONENTI		ASL BERGAMO			ASL COMO		ASL MILANO 1		ASL PAVIA		ASL SONDRIO		
SERT		BERGAMO	MARTINENGO	PONTE S.PIETRO	COMO	APIANO GENTILE	CORSICO	Noa BARANZATE	PAVIA	VIGEVANO	SONDRIO	MORBEGNO	TIRANO
A	ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO	88	79	77	95	94	84	52	86	87	64	81	60
B	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	72	71	66	77	77	80	65	60	59	51	48	44
C	UMANIZZAZIONE COMUNICAZIONE PARTECIPAZIONE	60	58	65	70	68	70	62	71	68	49	53	50

In questa tabella viene sintetizzato il posizionamento di ciascun SerT in ordine alle tre macro componenti prese in considerazione.

PUNTEGGIO DELLE COMPONENTI PER ASL		ASL BERGAMO	ASL COMO	ASL MILANO 1	ASL PAVIA	ASL SONDRIO
A	ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO	81	94	68	86	68
B	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	70	77	72	59	48
C	UMANIZZAZIONE COMUNICAZIONE PARTECIPAZIONE	61	69	66	69	51

Analogamente alla tabella precedente, in quest'ultima tabella viene sintetizzato il posizionamento non più dei singoli Sert ma di ciascuna ASL di riferimento dei servizi in ordine sempre alle tre macro componenti prese in considerazione.

## **PRINCIPALI FONTI NORMATIVE ED INFORMATIVE CONSULTATE PER LA REALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI VALUTAZIONE E L'INDIVIDUAZIONE DEGLI STANDARD DI QUALITA' MONITORATI NEL PRESENTE AUDIT CIVICO.**

- Decreto Ministeriale n. 444 Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali. 30 Novembre 1990
- DGR Lombardia Deliberazione n. 7120586 - Definizione ed adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate dai servizi territoriali dipendenze/servizi multidisciplinari integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema di classificazione «a pacchetti di prestazione». 11 Febbraio 2005
- Regione Lombardia:Linee Guida "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale. Allegato a) della delibera n. 6219 del 19 dicembre 2007.
- DGR Lombardia Deliberazione n. 7223 "Rete regionale sulla prevenzione delle dipendenze" Ruolo e funzioni del Dipartimento Dipendenze. 9 Maggio 2008
- Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento Politiche Antidroga: "Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti (prevenzione e riduzione dei rischi e dei danni)". 18 Giugno 2009
- Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento Politiche Antidroga: "Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013", approvato il 29 Ottobre 2010
- Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento Politiche Antidroga: "Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi del Dipartimento delle Dipendenze". 1 Novembre 2011
- Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento Politiche Antidroga: "Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia". Luglio 2012
- DGR Lombardia Deliberazione n. 4225: Adozione del Piano di Azione Regionale per le dipendenze. 25 Ottobre 2012
- DGR Lombardia Deliberazione n 12621. "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite ( art.12 comma 3 e 4 LR. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze".
- Manuale delle Procedure e istruzioni Operative del SerT per la resa in carico e la gestione dei trattamenti personalizzati e per la gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'organizzazione dell'assistenza; ASL Milano 2.15 Dicembre 2008
- DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia: "Linee Guida alla Prevenzione realizzate dal Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione.
- Agenas: La normativa regionale in materia di alcol e problemi alcol correlati. Settembre 2006
- Cittadinanzattiva " In-Sert, un monitoraggio dei cittadini sui Servizi per le Tossicodipendenze". Anno 2007
- Cittadinanzattiva: "Raccomandazione Civica sulle Tossicodipendenze". Anno 2008

## 3.2 L'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa *di Rosapaola Metastasio*

Uno dei tre ambiti di valutazione civica in cui si è sperimentato un Audit Civico tematico in Lombardia è l'importante settore dell'Assistenza Protesica e Integrativa, che afferisce nella maggior parte dei casi all'area delle cure primarie e della continuità assistenziale nelle Aziende Sanitarie Locali coinvolte.

L'Assistenza Protesica e l'Assistenza Integrativa<sup>1</sup> si occupano del percorso di fornitura di dispositivi elencati nel nomenclatore tariffario (D.M. n.332/99).

In quest'indagine si è utilizzata l'espressione Assistenza Protesica o "protesica maggiore", intendendo l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili per persone con deficit fisici, psichici e sensoriali, ossia di dispositivi durevoli e/o personalizzabili. Le tipologie di dispositivi cui si fa riferimento sono:

- ortesi (corsetti, busti, collari, minerve);
- presidi per la deambulazione (plantari, tutori, protesi d'arto);
- ausili e presidi per la locomozione (stabilizzatori, carrozzine);
- protesi acustiche, fonetiche e presidi per la comunicazione;
- protesi oculari e presidi per non vedenti e ipovedenti;
- protesi mammarie;
- ausili antidecubito e letti ortopedici;
- apparecchi per la respirazione;
- apparecchi per il sollevamento (montascale mobile);
- ausili per iniezione (microinfusori per terapia ferrocchelante).

Per Assistenza Integrativa (inclusa "protesica minore") si indicano dispositivi "di consumo" con fornitura periodica (di norma mensile o trimestrale), come:

- ausili e prodotti per gli incontinenti (cateteri, assorbenti, pannoloni, traverse, ecc.)
- ausili e prodotti per gli stomizzati (sacche per stomia)
- ausili e prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee (tra cui medicazioni, bendaggi, trattamenti per il decubito, ecc.)
- presidi per l'automonitoraggio e la terapia del diabete (strisce reattive per glicemia, strisce reattive per glicosuria, strisce reattive per corpi chetonici, lancette pungidito, aghi per insulina)
- alimenti privi di glutine per celiaci

In questa Regione dal 2008, al fine della semplificazione del percorso erogativo di dispositivi protesici durevoli, è stato avviato con fase sperimentale e poi implementato a regime un sistema di riorganizzazione in cui le ASL non svolgono più interamente il ruolo di autorizzatore delle prescrizioni, ma soprattutto un ruolo di controllo a posteriori, con un'importante responsabilità in capo alla figura del medico specialista prescrittore e con affidamento di alcune funzioni alle Aziende Ospedaliere (quale la gestione degli elenchi dei prescrittori), che si interfacciano con l'ASL del proprio territorio. Il sistema si avvale del Software regionale Assistant-RL che permette la tracciabilità e il controllo delle prestazioni on-line.

<sup>1</sup> Gli aventi diritto all'Assistenza Protesica sono:

- Invalidi civili, di guerra e di servizio;
- Ciechi e sordomuti;
- Minori di anni 18 per prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente;
- Amputati di arto, donne mastectomizzate, soggetti che hanno subito intervento demolitore sull'occhio;
- Soggetti entero-urostomizzati e laringo-tracheostomizzati;
- Gli istanti in attesa di accertamento di invalidità da parte della Commissione preposta, nel caso in cui dalla certificazione medica risulti una delle seguenti diciture: "incapace di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore" oppure "necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita", in stretta e coerente relazione con la gravità della menomazione certificata;
- I ricoverati presso Strutture Sanitarie per i quali il medico responsabile certifichi l'urgenza dell'applicazione di una protesi o di un ausilio prima della dimissione. Contestualmente alla fornitura di protesi, deve essere attivata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;
- Gli stranieri extra-comunitari titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno (se riconosciuto lo stato di invalidità civile), nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno. Agli invalidi del lavoro l'Assistenza Protesica è erogata dall'INAIL.

## Gli strumenti di rilevazione e la struttura di valutazione

L'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa è stato analizzato attraverso due strumenti di rilevazione per la raccolta di dati e informazioni. Per l'indagine si è deciso di rilevare i dati a due livelli, ciascuno attraverso uno specifico strumento:

- un Questionario contenente 73 domande da rilevare a livello aziendale, rivolte quindi alla Direzione Generale/Sanitaria della ASL, anche laddove riguardanti i Distretti (Questionario Livello 1: QL1)
- uno strumento di rilevazione di dati a livello di Ufficio Protesi/Ausili, contenente 20 domande rivolte al responsabile e 24 domande di osservazione diretta della sede dell'Ufficio Protesi e Ausili (Strumento Livello 2: SL2).

Ciascuno dei due strumenti si apre con una sezione, denominata "Anagrafica", contenente informazioni preliminari e di contesto necessarie a identificare l'Azienda e il Servizio e a descriverne caratteristiche basilari (in gran parte quantitative).

La rilevazione dei dati è stata organizzata in 11 aree tematiche, denominate Fattori di valutazione, la maggior parte dei quali è stata rilevata in entrambi i livelli.

Di seguito la matrice della struttura di rilevazione, che illustra tale articolazione dei Fattori nei due strumenti di rilevazione dei dati:

FATTORI	L1 Liv. Direzione Gen/ Sanitaria	L2 Liv. Ufficio Protesi/ Ausili
1. Volumi di attività	X	X
2. Integrazione e uniformità dei percorsi di presa in carico	X	X
3. Semplificazione e informatizzazione	X	X
4. Accesso al servizio	X	X
5. Empowerment	X	
6. Controllo e miglioramento della qualità	X	X*
7. Informazione	X	X*
8. Personalizzazione e tutela dei diritti	X	X*
9. Accessibilità fisica e sensoriale	X	X*
10. Partecipazione di cittadini e Associazioni	X	
11. Comfort e sicurezza		X*

Come si può notare nella tabella soprastante, i temi dell'Empowerment (Fattore 5) - riguardante attività e processi messi in atto per rendere più consapevoli i cittadini e più in grado di gestire la propria condizione di pazienti - e della partecipazione dei cittadini vengono rilevati solo a Livello Aziendale, essendo politiche di pertinenza direzionale.

Al contrario, domande riguardanti il comfort e la sicurezza degli spazi del servizio aperti al pubblico (Fattore 11) sono presenti, chiaramente, soltanto all'interno dello strumento di rilevazione dedicato all'analisi e all'osservazione degli Uffici Protesi e Ausili.

La colonna relativa allo Strumento di rilevazione del Livello Ufficio Protesi e Ausili indica, attraverso asterischi, quali Fattori contengano anche domande di osservazione diretta.

Per l'individuazione delle aree tematiche rilevanti e per la formulazione degli strumenti di rilevazione sono state consultate fonti normative, sia nazionali che regionali, e buone prassi rilevanti dal punto di vista civico.

La metodologia prevede che la compilazione degli strumenti di rilevazione sia stata effettuata dopo incontri formativi, e sia stata svolta in modo congiunto, in sede di incontro programmato tra i referenti sanitari e la parte civica dell'équipe locale.

Per ogni risposta gli intervistatori hanno potuto richiedere evidenze, ove ritenuto opportuno<sup>2</sup>. Lo strumento è stato inviato in visione in anticipo, così da permettere alle Direzioni/Responsabili di reperire quelle informazioni (dati di archivio, ecc.) che potrebbero non essere immediatamente disponibili.

Nei casi nei quali l'indicatore proposto non sia pertinente e quindi non dovuto, è stato possibile barrare l'apposita casella "non pertinente" (contrassegnata dalla sigla NP), espressamente prevista per alcune domande. L'indicatore è, così, automaticamente escluso dalla elaborazione. Trattandosi di un progetto pilota, è stato possibile in alcuni casi richiedere la possibilità di esoneri aggiuntivi da domande per le quali sia stata motivata la non pertinenza.

Per alcune delle domande che richiedono dati numerici è stata prevista l'opzione di risposta "non disponibile" (contrassegnata dalla sigla ND) nel caso in cui non fosse possibile fornire il dato richiesto.

## **I risultati per l'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa**

A seguire vengono esposti e commentati i principali risultati emersi dall'indagine per quest'ambito. In primo luogo è presente un paragrafo che analizza e descrive le elaborazioni relative ai "dati anagrafici" delle Aziende e ad alcuni "volumi di attività", che, chiaramente, non sono oggetto di valutazione, ma che possono rappresentare un patrimonio informativo utile e foriero di spunti di riflessione.

I risultati sono poi presentati per ciascun Fattore, attraverso "schede" che si aprono sempre con uno specchietto che presenta il punteggio<sup>3</sup> di ciascuna Asl su quel Fattore, e il valore medio: le Asl e il valore medio sono ordinati da sinistra a destra in ordine decrescente, in modo da poter visualizzare a colpo d'occhio il benchmarking tra le strutture ed il loro posizionamento rispetto alla media.

Sono poi presenti una o due tabelle che contengono gli elenchi degli indicatori che sono stati oggetto di valutazione (attraverso l'attribuzione di un punteggio in una scala da 0 a 100), corredato dal punteggio medio ottenuto dall'indicatore su tutte le strutture in cui è stato rilevato: la prima tabella contiene quelli rilevati attraverso il Questionario rivolto alla Direzione Aziendale, e l'altra illustra gli indicatori rilevati a livello di singolo Ufficio Protesi/Ausili. Tali elenchi presentano gli indicatori già ordinati in base al punteggio medio, in ordine decrescente, in modo che sia immediato per il lettore individuare i punti di forza e di debolezza emersi dai dati aggregati, nel complesso delle Asl e degli Uffici.

In alcuni casi sono stati inseriti dei focus per esaminare in dettaglio l'andamento di singoli indicatori nelle strutture, anche per taluni indicatori non valutati con punteggi.

Il paragrafo conclusivo è dedicato ad uno sguardo d'insieme che illustra graficamente i risultati in modo aggregato e pone alcuni spunti di riflessione.

Alcune precisazioni metodologiche: trattandosi di una indagine-pilota, sono stati frequenti i casi di richieste aggiuntive, da parte delle strutture, di Non Pertinenze di indicatori non previste negli strumenti: ciò comporta che in alcuni casi i valori medi siano calcolati su un numero esiguo di indicatori e/o di strutture.

La notevole ricchezza dei dati a disposizione, raccolti mediante gli strumenti di rilevazione, implica che il presente Report esponga in modo sintetico ed aggregato i risultati degli indicatori, e possa contenere un'illustrazione dettagliata, attraverso specifici focus, di una selezione di aspetti, emersi come particolarmente significativi. Si raccomanda, pertanto, il fondamentale lavoro da parte delle singole équipes locali di studiare e analizzare la base-dati analitica ricevuta rispetto alla propria Azienda, al fine dell'individuazione delle aree di miglioramento e degli indicatori critici per i quali è possibile pianificare azioni.

## **Caratteristiche e volumi di attività delle ASL coinvolte**

Per quanto concerne l'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa, oltre alle Direzioni aziendali delle 5 Asl coinvolte, sono stati sottoposti ad analisi 11 Uffici Protesi/Ausili.

Seguono i campi di applicazione (in verdino le strutture coinvolte e i relativi Distretti di appartenenza):

<sup>2</sup> Per evidenza si intende: documenti, fatti o testimonianze documentate, che confermino un'affermazione o una risposta.

<sup>3</sup> I valori sono espressi in una scala da 0 a 100, dove 100 rappresenta il massimo punteggio ottenibile.

## ASL BERGAMO

DISTRETTI	Sedi Territoriali	Uffici protesi/ausili coinvolti
VALLI BREMBANA E IMAGNA	Valle Brembana	Zogno - Via Paolo Polli
	Valle Imagna e Villa D'Almè	
BASSA BERGAMASCA	Romano Di Lombardia	Romano Di Lombardia - Via Balilla, 25
	Treviglio	
BERGAMO	Bergamo	Bergamo - Via Borgo Palazzo, n. 130
DALMINE	Dalmine	
EST PROVINCIA	Seriate	
	Grumello	
	Valle Cavallina	
	Monte Bronzone e Basso Sebino	
	Alto Sebino	
VALLI SERIANA E DI SCALVE	Valle Seriana	
	Valle Seriana Sup. e Valle Di Scalve	
ISOLA BERGAMASCA	Isola Bergamasca	

## ASL COMO

DISTRETTI	Uffici protesi/ausili coinvolti
COMO CITTÀ	
BRIANZA	Erba
MEDIO ALTO LARIO	
SUD OVEST	Olgiate Comasco
MAL	

## ASL MILANO 1

DISTRETTI	Uffici protesi/ausili coinvolti
GARBAGNATE M.SE	Garbagnate - Via per Cesate, 62
RHO	
CORSICO	Corsico – Via Marzabotto, 12
LEGNANO	
CASTANO PRIMO	
MAGENTA	
ABBIATEGRASSO	

## ASL PAVIA

DISTRETTI	Uffici protesi/ausili coinvolti
LOMELLINA	
OLTREPO	
PAVESE	Pavia <sup>4</sup>

<sup>4</sup> L'Ufficio di Pavia è centralizzato e serve tutti e 3 i Distretti.

## ASL SONDRIO

DISTRETTI	Sedi Territoriali	Uffici protesi/ausili coinvolti
SONDRIO	Sede Territoriale Sondrio	Sondrio - Via Nazario Sauro, 38
MORBEGNO E CHIAVENNA	Sede Territoriale Chiavenna	
	Sede Territoriale Morbegno	Morbegno - Via G.B. Martinelli, 13
TIRANO E BORMIO	Sede Territoriale Bormio	
	Sede Territoriale Tirano	Tirano - Viale Cappuccini, 4



Gli strumenti di rilevazione contengono, come si è detto, domande relative a caratteristiche "anagrafiche" e a volumi di attività, che non sono stati valutati con punteggi, ma che vengono analizzati e riportati per restituire una "fotografia" puramente descrittiva ma interessante delle ASL, le quali, come si evince dalle figure seguenti, presentano caratteristiche quantitative piuttosto differenti.

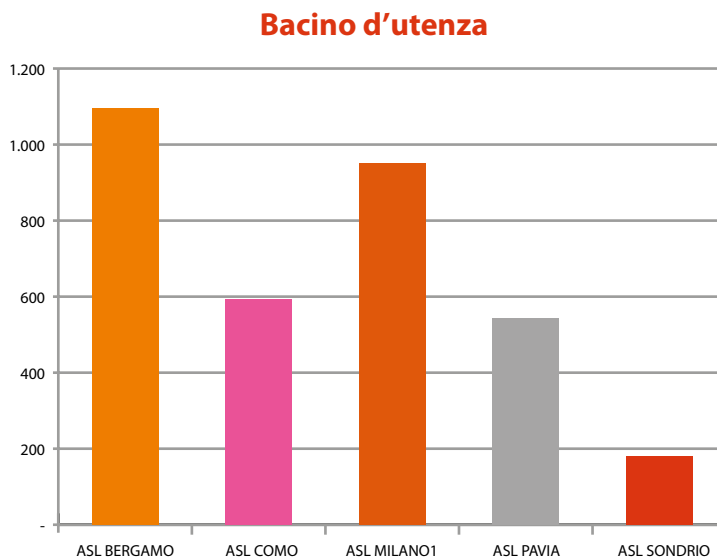


Fig. 1

Per quanto riguarda il bacino d'utenza (in val. assoluti), lo scarto tra l'Azienda con bacino più corposo, ASL di Bergamo, e quella che serve la popolazione più esigua, ASL Sondrio, è evidentemente molto sensibile. Se tuttavia si tiene conto simultaneamente del bacino d'utenza (nelle figure sottostanti rappresentato dalle aree dei cerchi) e della percentuale di abitanti che beneficiano di assistenza, emerge un quadro che fornisce uno spunto interessante.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica (fig. 2), la grandezza della ASL (in termini di popolazione di riferimento) sembrerebbe essere inversamente proporzionale al numero beneficiari seguiti: la Asl più piccola per bacino d'utenza, quella di Sondrio, segue la % più alta di beneficiari sul totale di abitanti. Tale dato, chiaramente, non vuol esprimere alcuna correlazione né valutazione sulla capacità erogative delle Asl, ma potrebbe essere approfondito e interpretato anche alla luce di altre informazioni, quali ad esempio il numero di richieste di autorizzazione.

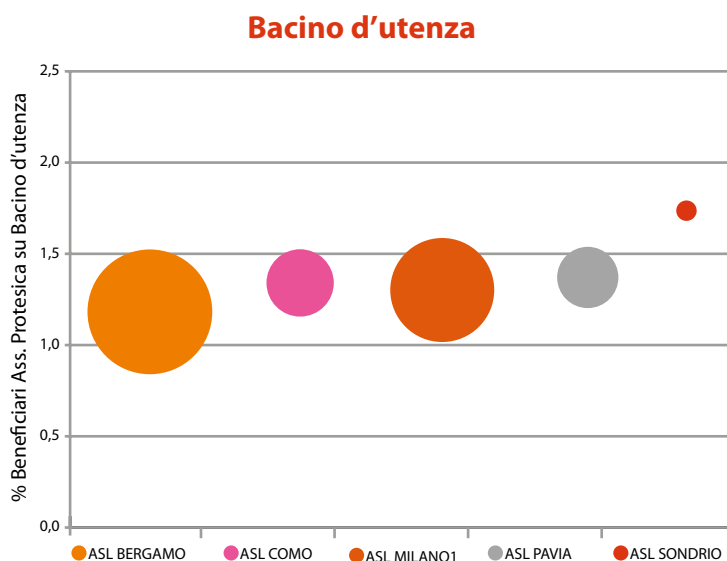


Fig. 2

Per quanto riguarda l'Assistenza Integrativa, invece, le Asl si posizionano in modo vario. Spicca la Asl di Pavia con la percentuale di assistiti più alta tra tutte e 5 le Asl.

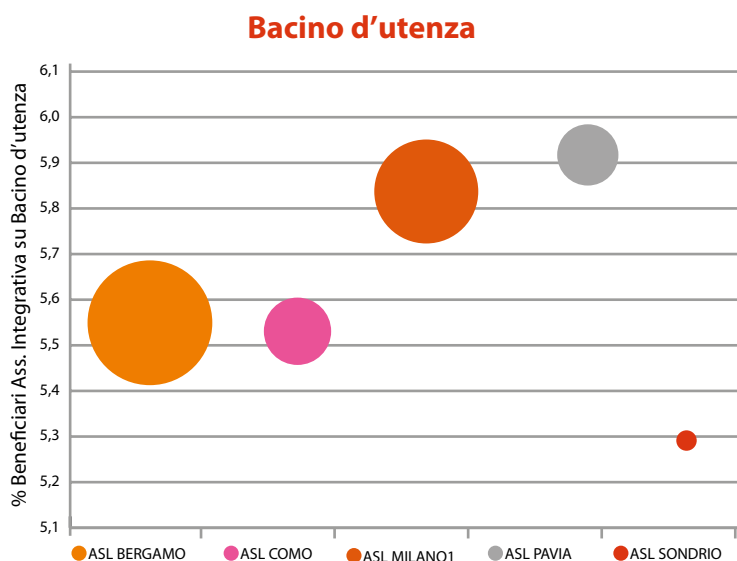


Fig. 2bis

Altro quadro utile viene fornito dall'analisi del trend erogativo, sempre diviso tra i due bracci di quest'ambito di assistenza. I due grafici seguenti mostrano il profilo delle 5 Asl sia in quanto a numero di beneficiari (in val. assoluto) - che dipende evidentemente dalla diversa "grandezza" delle Aziende - sia rispetto all'andamento negli ultimi 3 anni. Per l'Assistenza Protetica emergono, in un quadro di generale relativa stabilità, il sensibile aumento di beneficiari nella Asl di Bergamo e il lieve calo nella Asl di Como tra il 2010 e il 2011, con lieve aumento nel 2012.

### Beneficiari di sola Ass. Protetica - ultimi tre anni

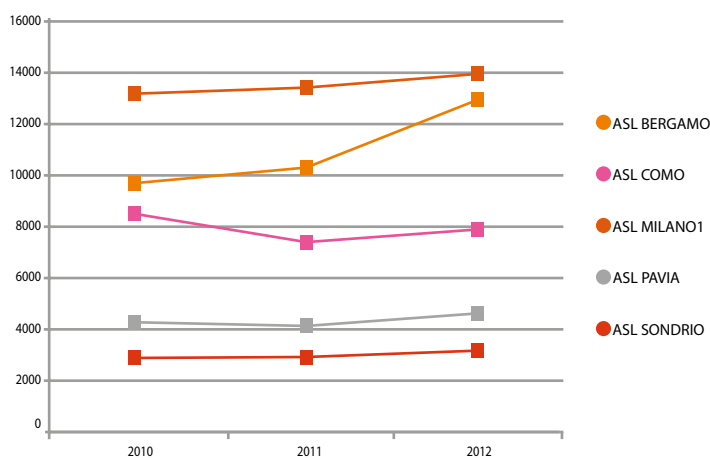


Fig. 3

L'andamento dell'Assistenza Integrativa si mostra piuttosto omogeneo a quello della protesica, e le Asl presentano trend in ascesa moderata, o più decisa nel caso delle Asl di Bergamo e Milano 1.

### Beneficiari di sola Ass. Integrativa - ultimi tre anni

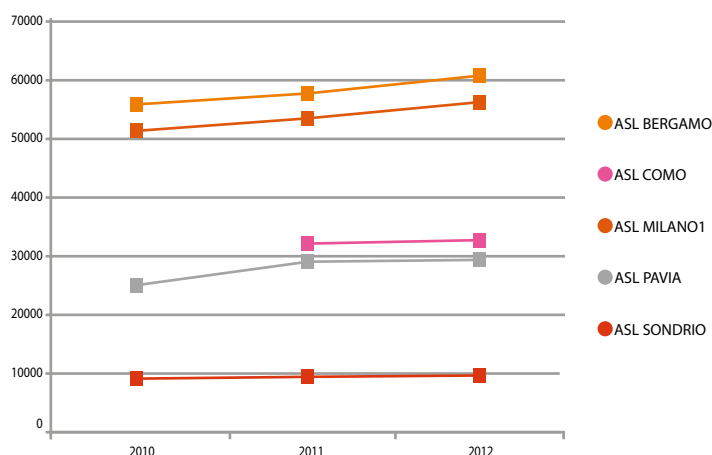


Fig. 4

Interessante poi osservare la tabella con il numero di beneficiari di assistenza protesica e integrativa divisi per tipologia di patologia/fornitura, elencate in ordine decrescente, e le relative distribuzioni di tali assistiti tra le 5 ASL coinvolte.

Beneficiari <sup>5</sup> per tipologia di fornitura, anno 2012	tot	Beneficiari per ASL in %				
		ASL BERGAMO	ASL COMO	ASL MILANO1	ASL PAVIA	ASL SONDRIO
diabetici	122056	29	19	30	17	5
incontinenti assorbenza	49865	25	18	27	23	7
dispositivi protesica maggiore	42242	31	19	25	18	7
celiaci	8492	46	15	23	11	5
ventilati	7805	15	22	33	25	5
incontinenza raccolta	5453	33	nc <sup>6</sup>	32	25	10
stomizzati	3929	34		33	27	6
nutrizione enterale	2681	20	37	27	7	9
microinfusori per insulina	1070	33	17	31	15	4
nefropatici	925	10	30	36	24	ND
broncoaspirati	891	16	31	36	16	ND
concentratori	677	13	14	48	4	20
nutrizione parenterale	281	40	10	20	29	2
intolleranza al latte	165	51	7	21	16	5
SLA (comunicatori oculari)	45	20	22	38	7	13

Fig. 5

<sup>5</sup> Di norma, il n. di beneficiari comprende anche coloro che hanno ricevuto più servizi e forniture.

<sup>6</sup> Non comparabile: la Asl di Como ha potuto fornire un dato aggregato tra incontinenza raccolta e stomizzati (1971 beneficiari).

La tabella mostra in modo chiaro, per quanto riguarda l'assistenza erogata da queste 5 ASL, la consistenza numerica in ordine decrescente dei beneficiari divisi per patologia: si evidenzia che i diabetici sono al primo posto come bisogno di dispositivi, e che le ASL di Bergamo e Milano 1 seguono insieme il 60% dei diabetici in carico alle Asl. Del resto, come si è visto, queste due Aziende sono quelle con bacino d'utenza più ampio. A seguire, la patologia di beneficiari di dispositivi più numerosa è rappresentata dagli incontinenti utilizzatori di presidi ad assorbenza, che, tuttavia, sono meno della metà dei diabetici.

Per quanto concerne la composizione degli assistiti per sesso, si evidenzia una preponderanza di donne in entrambi gli ambiti di assistenza, in particolare in quello dell'Assistenza Protetica.

### Beneficiari di sola Ass. Protetica per sesso, 2012

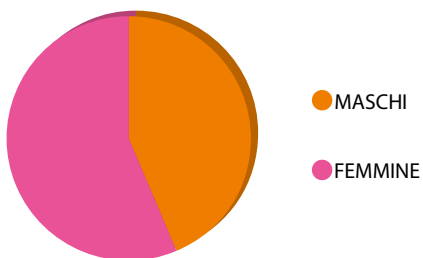


Fig. 6

### Beneficiari di sola Ass. Integrativa per sesso, 2012

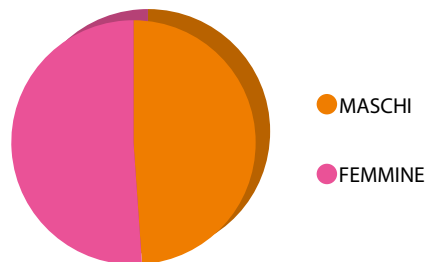


Fig. 7

Uno "zoom" sulla distribuzione degli assistiti per sesso nelle 5 ASL mostra una sostanziale regolarità, con l'unica eccezione della ASL di Pavia, dove il n. di uomini assistiti per l'Ass. integrativa supera quello delle donne.

### Beneficiari di sola Ass. Protetica per sesso e per ASL, 2012

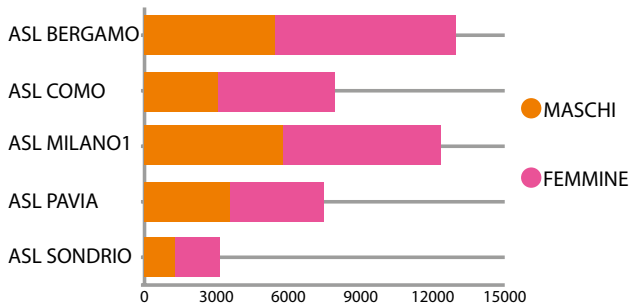


Fig. 8

### Beneficiari di sola Ass. Integrativa per sesso e per ASL, 2012

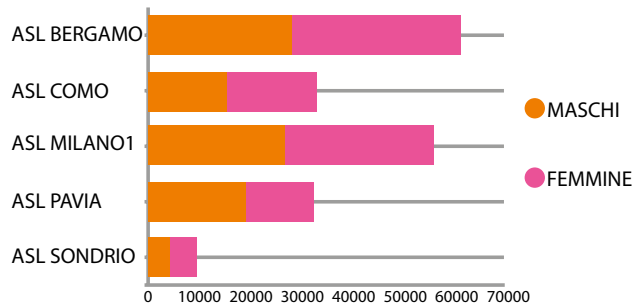


Fig. 9

L'incidenza di beneficiari anziani sul totale è molto simile in quattro delle 5 Asl: tra queste, le Asl di Pavia e di Bergamo presentano un quadro analogo.

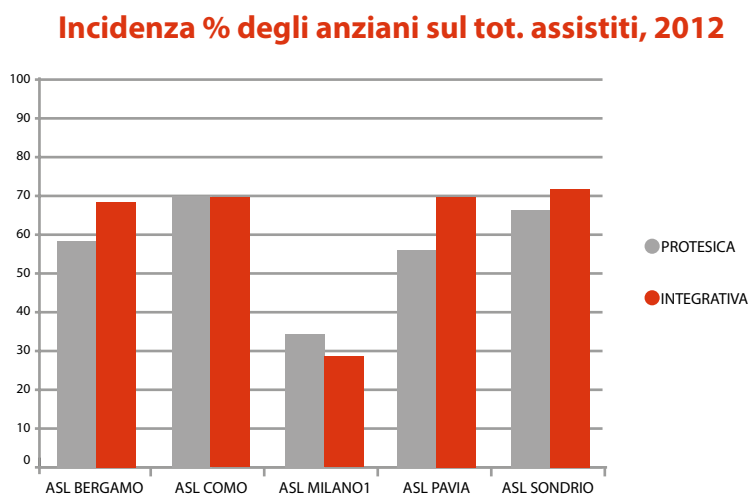


Fig. 10

Si nota, inoltre, come pressochè ovunque la percentuale di beneficiari anziani sia maggiore per l'Assistenza Integrativa rispetto alla Protesica, in particolar modo nella Asl di Pavia e poi di Bergamo. Unica eccezione quella della Asl Milano 1, nella quale è il ramo dell'Assistenza Protesica a presentare una maggior incidenza di anziani sul totale. Questa Asl inoltre, si discosta da tutte le altre anche per la composizione dei beneficiari nettamente meno anziana per entrambi i versanti dell'Assistenza.

L'aspetto dell'età degli assistiti rappresenta un fattore molto importante dal punto di vista delle Asl che devono prendere in carico i pazienti: il soggetto anziano, infatti, presenta spesso, per la condizione di maggior fragilità, un quadro di compresenza di più patologie, necessitando di attenzione su più fronti.

## FATTORE 2 - Integrazione e uniformità dei percorsi di presa in carico

COMO	PAVIA	BERGAMO	MEDIA	MILANO 1	SONDRIO
93	91	88	76	69	42

Questo Fattore si propone di sperimentare una valutazione del grado di adeguamento dell'obiettivo regionale di migliorare l'uniformità dei percorsi, delle procedure e dei comportamenti prescrittivi all'interno delle Aziende e tra le Aziende.

La tabella soprastante mostra in ordine decrescente i punteggi ottenuti su questo Fattore dalle 5 ASL coinvolte. A fronte di un punteggio medio discreto, si nota in questo Fattore uno scarto molto sensibile tra la Asl che ha avuto la valutazione più alta (93) e quella con punteggio più basso (42). La tabella seguente e le successive informazioni forniscono contenuti di dettaglio utili per approfondire, senza poter esaurire, questo fondamentale aspetto.

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Documento aziendale con indicazioni operative per i MMG e per i medici specialisti prescrittori sui criteri e le modalità di prescrizione di presidi, ausili e dispositivi protesici a carico del SSN	100
8	Specifici interventi volti a supportare ed orientare il paziente, anche di minore età, affetto da patologia cronico-degenerativa o da disabilità di particolare complessità	100
11	Partecipazione della ASL agli incontri del Tavolo Regionale degli Uffici Protesi e Ausili negli ultimi 3 anni	93
6	Garanzia dell'identificazione dei prescrittori di dispositivi di Ass. Protesica e Integrativa per i minori con disabilità certificata all'interno di un'equipe composta dagli operatori delle diverse branche specialistiche in relazione alle varie disabilità, con nucleo fisso di figure specialistiche dell'età evolutiva sempre presenti	80
9	Integrazione tra Servizio Ass. Protesica e Integrativa e Servizio ADI, attraverso più modalità comunicative	80
12	Inserimento automatico dei pazienti in percorsi di Ass. al momento delle dimissioni ospedaliere, in caso di necessità di dispositivi di protesica maggiore o minore	80
2	Modalità operative per l'accesso all'Ass. Protesica e Integrativa dei pazienti trattati a domicilio definite a livello aziendale negli ultimi 36 mesi in condivisione con i MMG e svolgimento di indagine per verificarne l'applicazione nei Distretti	75
3	Linee guida/procedure per personale dei servizi territoriali con esplicite indicazioni operative su come fornire una "esauriente informazione" relativamente al Programma Terapeutico	75
4	Garanzia di periodica acquisizione da parte degli operatori, di notizie e informazioni sull'andamento clinico-terapeutico degli assistiti	75
5	Procedura aziendale per garantire continuità della fornitura e stessa tipologia di ausili in caso di transizione ad altro setting assistenziale a liv. territoriale con strutture post-acuzie, con una o più procedure specifiche	60
7	Termine a livello aziendale (in gg) entro il quale al cittadino deve essere garantita la modifica/sostituzione del dispositivo risultato non congruo a seguito del collaudo	50
10	Periodicità e tracciabilità degli incontri tra i Servizi Ass. Protesica e Integrativa e ADI	45

Come si evince dalla tabella soprastante, un cospicuo gruppo di indicatori ha ottenuto un punteggio medio molto alto. Ottima, ad esempio, la diffusione di un documento aziendale contenente indicazioni operative per i MMG (Medici di Medicina Generale) e per i medici specialisti prescrittori volte ad uniformare i criteri e le modalità di prescrizione di presidi, ausili e dispositivi protesici a carico del SSN. Buona la frequenza annuale della partecipazione delle 5 Asl al Tavolo regionale degli Uffici Protesi e Ausili negli ultimi 3 anni.

Discreto il livello di integrazione tra il servizio di Assistenza Protesica e integrativa e il Servizio ADI, per quanto concerne le modalità di comunicazione/integrazione tra i vari Servizi:

A tal proposito la Asl Milano 1 segnala di aver costituito l'EVM, équipe di valutazione multidisciplinare che ha il compito di raccogliere in un'unica scheda tutti i bisogni rilevati, proprio con lo scopo di migliorare l'integrazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Tuttavia il grado di integrazione tra i due Servizi e il lavoro "in rete" vengono indagati anche attraverso un indicatore che approfondisce gli incontri tra i Servizi, e che risulta essere quello con il peggior punteggio medio: "Periodicità e tracciabilità degli incontri tra i Servizi Ass. Protesica e Integrativa e ADI", rilevata attraverso la regolarità di incontri, la frequenza, la eventuale verbalizzazione e formalizzazione in atti aziendali degli esiti di tali incontri e della pianificazione emersa, e la pubblicità/disponibilità di tali atti per la consultazione da parte dei cittadini e delle associazioni.

Le tre Asl di Bergamo, Como e Pavia soddisfano l'indicatore 5, sulla presenza di una procedura per garantire la continuità della fornitura e la stessa tipologia di ausili in caso di transizione ad altro setting assistenziale a livello territoriale con le strutture post-acuzie, con una o più procedure specifiche.

L'indicatore 2 - che rileva se negli ultimi 36 mesi a livello aziendale sono state definite delle modalità operative per l'accesso all'Assistenza Protesica e Integrativa dei pazienti trattati a domicilio in condivisione con i MMG e se è stata svolta un'indagine per verificarne l'applicazione nei Distretti - è stato soddisfatto appieno dalle Asl di Bergamo, Como e Milano 1 e parzialmente da quella di Pavia. Interessante, a proposito dell'impegno aziendale per l'uniformità delle modalità di accesso, la buona prassi segnalata dalla Asl di Como, nella quale è stato realizzato uno specifico progetto che ha previsto prima una formazione e poi un audit interno di verifica, coinvolgendo tutti i Distretti per la revisione delle procedure e la formazione. Il progetto si è svolto in 8 giornate formative con l'obiettivo della omogeneizzazione tra Distretti e uniformità di servizio.

Rispetto alla presenza di Linee guida/procedure per personale dei servizi territoriali con esplicite indicazioni operative su come fornire una "esauriente informazione" relativamente al Programma Terapeutico, (ind. 3) la Asl di Sondrio dichiara di non averle, le Asl di Bergamo, Como e Pavia soddisfano pienamente l'indicatore, mentre la Asl Milano 1 ha richiesto la Non Pertinenza, motivata dal fatto che l'aspetto sia in carico allo specialista prescrittore.

Si segnala la buona prassi volta a facilitare e velocizzare gli iter attuata dalla Asl Milano 1, che è la prima ASL a permettere la prescrizione degli ausili semplici non personalizzati ai MMG.

Soltanto due Asl su 5 hanno fissato a livello aziendale un termine entro il quale al cittadino deve essere garantita la modifica/sostituzione del dispositivo protesico risultato non congruo a seguito del collaudo: per la Asl di Como il termine è di soli 2 giorni, nella Asl Milano 1 è di 20 giorni.

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Procedura specifica a livello aziendale per fornire in modo tempestivo e uniforme ausili e servizi ai pazienti in dimissione programmata e protetta dai presidi delle AAOO del territorio della ASL	100
3	Invio della maggior parte delle schede di dimissione programmata/protetta da parte degli Ospedali dimettenti all'Ufficio Protesico con almeno 72 ore di anticipo rispetto alla dimissione	40

Come si evince chiaramente dai due indicatori rilevati a livello dei singoli Uffici Protesi/Ausili, tutte le Aziende dispongono di una Procedura specifica per fornire in modo tempestivo e uniforme ausili e servizi ai pazienti in dimissione programmata e protetta dai presidi delle AAOO del territorio della ASL, e tutti gli 11 Uffici coinvolti hanno recepito tale procedura nelle modalità operative.

La criticità del processo di dimissioni emerge dall'indicatore successivo, che riguarda un onere in capo alle Aziende Ospedaliere dimettenti. In particolare gli Uffici della Asl Milano 1 e della Asl di Sondrio non ricevono dagli Ospedali dimettenti la maggior parte delle schede con l'anticipo delle 72 ore.

Un Ufficio Protesi/Ausili segnala a tal proposito una criticità nel rapporto con gli Ospedali della zona: *"le Unità Operative ospedaliere non sempre intendono le dimissioni come atto medico, bensì a volte come atto meramente burocratico da delegare, se possibile. Di conseguenza spesso il momento delle dimissioni non è curato come dovrebbe. Le grosse criticità riguardano dimissioni fatte il venerdì pomeriggio quando gli uffici ASL sono in chiusura"*.

Ciò si connette al più ampio tema delle dimissioni inappropriate, che viene spesso segnalato anche dai

cittadini alle sedi locali del Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva della Lombardia.

Un aspetto che può essere interessante approfondire in modo descrittivo, è quello, rilevato attraverso l'ind. 2, non valutato con punteggio, per confrontare le modalità operative previste dei diversi Distretti per il personale amministrativo dell'ufficio in caso di dimissioni ospedaliere programmate o protette:

IND. 2 - Modalità operative pers. amm.vo uff. protesico - dimissioni programmate o protette								
	Uffici	Verifica richiesta di protesi non pers.	Attiva fornitura dom. di protesi non pers.	Informa Serv. fragilità (o anziani/ dis.) e U.O. di degenza della data prevista per consegna	Attiva il prescrittore per protesi online, nei casi previsti	Richiede prescriz. su mod. 03 al med. di Distretto se necessario	Comunica a Serv. Fragilità elenco doc. per completare richiesta	Altro, specificare
ASL BERGAMO	Bergamo	X	X	X			X	
	Romano	X	X	X	X	X	X	
	Zogno	X	X	X	X	X	X	gestione integrata con il cead
ASL COMO	Erba	X	X			X		
	Olgiate C.	X	X			X	X	
ASL MILANO 1	Corsico	X	X	NP	NP	X		Vedi nota per esteso <sup>7</sup> . Contatta uff. invalidi per verbale; segnalaz. dimiss. arriva dirett. all'Uff. fragilità che avvia l'iter
	Garbagnate	X	X	NP: implicita nel protocollo		NP: non c'è bisogno altre prescr.	NP	
ASL PAVIA	Pavia							Percorso: dimissione protetta da parte AO, arriva alla centrale del Voucher che poi attiva tutti i servizi ASL del caso
ASL SONDRIO	Morbegno							ci si attiva su presentaz. mod. 03
	Sondrio	X	X					su presentaz. mod. 03 o prescrizione on line del prescrittore
	Tirano							ci si attiva solo a prescrizione avvenuta su mod. 03 o online

<sup>7</sup> Contatta l'uff. invalidi per verbale di invalidità; in caso di difficoltà nell'interpretare la prescrizione, si contatta direttamente la UO inviante.

La segnalazione di dimissione arriva già direttamente all'Ufficio Fragilità, che avvia l'iter:

- invio comunicazione a MMG. Chiedere valutazione a MMG, se necessario attivare ADI o ADP (programmata);
- si contatta ufficio protesi, se richiesti presidi;
- se vi sono bisogni assistenziali, infermieristici e riabilitazione, si attiva lo sportello voucher.



## FATTORE 3 - Semplificazione e informatizzazione

MILANO 1	BERGAMO	PAVIA	MEDIA	COMO	SONDRIO
100	96	94	90	82	80

Il punteggio medio del Fattore è alto <sup>8</sup> e, sebbene le tre Aziende al di sopra della media si distanzino dalle altre, si può affermare che non emerge uno scarto notevole tra i punteggi posizionati agli estremi. Interessante osservare in dettaglio l'andamento degli indicatori valutati (tabella sottostante) che invece presentano un range molto ampio tra quelli con punteggio più alto, che raggiungono il valore massimo, e l'indicatore con valutazione media più bassa (52).

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
3	Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto e al rinnovo dell'autorizzazione a presidi, ausili e protesi	100
4	Procedure aziendali o dipartimentali per facilitare i cittadini in caso di necessità di personalizzazione del dispositivo, "andando oltre" le mere disposizioni normative	100
5	Presenza nelle sedi dei Distretti di campionari dei dispositivi disponibili, per la consultazione/ visione da parte dei cittadini	100
1	Procedura aziendale che preveda, per l'autorizzazione, la possibilità di usare altra documentazione sanitaria da far valere come certificazione della sussistenza di una patologia	80
6	Procedure per facilitare l'iter autorizzativo in caso di cittadini residenti nel territorio della ASL, ma di fatto domiciliati fuori dalla Regione, che necessitino di ausili di protesica maggiore	60
2	Presenza di fattispecie di autorizzazioni con durata illimitata, che non necessitano di rinnovo annuale	52
	<i>pannoloni e traverse (incontinenza stabilizzata)</i>	
	<i>cateteri e sacche raccogli-urina</i>	
	<i>presidi per automonitoraggio e terapia del diabete (strisce reattive glicosuria, corpi chetonici, lancette pungidito, aghi per insulina)</i>	
	<i>alimenti privi di glutine per celiaci</i>	
	<i>altro, specificare</i>	

Per tale motivo si ritiene interessante, per questo Fattore, riportare il dettaglio dei risultati di alcuni indicatori nelle 5 Aziende, per confrontare prassi ed esperienze.

All'indicatore 4, inserito per sondare se a livello aziendale o dipartimentale sono state individuate particolari procedure per facilitare i cittadini in caso di necessità di personalizzazione del dispositivo, "andando oltre" le mere disposizioni normative, 3 Asl rispondono positivamente:

La Asl Milano 1 specifica che tale tipo di semplificazione è stata adottata riguardo al materiale per incontinenza raccolta e stomie: *"personale infermieristico debitamente formato accoglie il paziente e lo orienta facendo "educazione sanitaria" effettuando anche prove per trovare presidio più idoneo. Se c'è necessità di modificare l'ausilio, la valutazione dell'infermiere è sufficiente per modificare la prescrizione al momento stesso"*.

<sup>8</sup> A determinare tale valore influisce la peculiare modalità di attribuzione di punteggio all'indicatore 4, relativo all'adozione di semplificazioni particolari: è stato attribuito punteggio positivo (100) in caso di risposta affermativa, mentre in caso di risposta negativa l'indicatore è stato escluso senza penalizzare l'Azienda.

Anche la Asl di Sondrio ha risposto positivamente, segnalando ben due procedure di agevolazione del cittadino in questo senso:

- a. Per i presidi di assorbenza, il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale, con lo scopo di snellire i passaggi burocratici a carico del cittadino, ha dato facoltà ai funzionari medici dei Distretti di sostituire direttamente il tipo di presidio prescritto (taglia e modello), qualora lo stesso non risulti adeguato alle esigenze dell'assistito.
- b. Per l'assorbenza, inoltre, è cambiata la maniera distributiva: consegna a domicilio anziché ritiro in farmacia.

La Asl di Pavia indica che per la protesica minore *"ci si rivolge direttamente all'ambulatorio"*.

Per l'ind. 1, che rileva l'eventuale presenza di Procedura aziendale che preveda, per l'autorizzazione, la possibilità di usare altra documentazione sanitaria da far valere come certificazione della sussistenza di una patologia **al fine di evitare al paziente di doversi sottoporre a visite specialistiche esclusivamente mirate all'acquisizione di certificazioni** (ad esempio casi di SDO o cartella clinica già accertante un'incontinenza stabilizzata, sufficiente per lo scopo autorizzativo di ausili assorbenti), 4 Asl hanno risposto affermativamente:

Como: *"Normativa regionale molto restrittiva: ammette specialisti ospedalieri strutturati e MMG come uniche figure abilitate. Il percorso è: dimissioni/scheda informatizzata/ servizio"*

Milano 1: *"Per incontinenza permanente non richiesta una ri-certificazione; per diabetici i MMG certificano online; idem per ventiloterapia e ausili per allettamento e nutrizione artificiale"*

Pavia: *"sufficiente la richiesta del MMG"*.

Bergamo, risponde positivamente ma non specifica.

Il prospetto seguente sintetizza le risposte fornite da ciascuna Asl in merito alla possibilità di autorizzazioni con durata illimitata, senza necessità di rinnovo:

<b>IND. 2: Presenza di fattispecie di autorizzazioni con durata illimitata, che non necessitano di rinnovo annuale</b>	<b>BERGAMO</b>	<b>COMO</b>	<b>MILANO 1</b>	<b>PAVIA</b>	<b>SONDRIO</b>
pannoloni e traverse (incontinenza stabilizzata)	X		X		X
cateteri e sacche raccogli-urina			X		X
presidi per automonitoraggio e terapia del diabete (strisce reattive glicosuria, corpi chetonici, lancette pungidito, aghi per insulina)			X		X
alimenti privi di glutine per celiaci	X	X	X	X	
altro, specificare	<i>materiale di consumo tracheostomizzati ventilati</i>		<i>stomie non temporanee</i>		

La Asl Milano 1 spicca positivamente per quantità di dispositivi per i quali i cittadini non hanno l'onere di provvedere ad effettuare pratiche di rinnovo. Anche le Asl di Bergamo e Sondrio mostrano un'organizzazione fortemente orientata alla semplificazione.

Infine, di notevole interesse è comparare il modo in cui le varie Asl si regolano rispetto alla questione della facilitazione dell'iter autorizzativo in caso di cittadini residenti nel territorio della ASL, ma di fatto domiciliati fuori dalla Regione, che necessitano di ausili di protesica maggiore, indicatore che ha avuto un punteggio medio di soli 60 punti:

Bergamo: si autorizzano prescrizioni specialistiche effettuate da prescrittori fuori provincia/regione ricevute via mail, fax, etc.

Como: risponde di no, ma specifica che *"per la protesica minore si cerca di semplificare tramite accordi con la ASL di domicilio"*

Milano 1: via mail/fax alla Asl di domicilio

Pavia: *"il cittadino non deve tornare dal prescrittore. Per elenco 2 la ASL autorizza una Ditta esterna. La ASL si fa inviare il mod. 03 e autorizza"*.

I referenti di Pavia sollevano un tema di discussione interessante, relativo alla situazione opposta, ossia quella dei cittadini residenti in altre Regioni e che si trovino temporaneamente domiciliati in Lombardia. Questo tema - di difficile analisi attraverso lo strumento dell'Audit Civico applicato alla Regione ospitante poiché, appunto, tali cittadini dipendono dalla Asl di origine - si pone tuttavia come una questione altamente rilevante e sulla quale le stesse sedi territoriali lombarde del **Tribunale per i Diritti del Malato** ricevono frequenti segnalazioni. I referenti della Asl di Pavia dichiarano che: *"il problema riguarda cittadini domiciliati qui in Lombardia temporaneamente, e provenienti da altre Regioni: dipende da queste inviare l'autorizzazione. Si segnala che i problemi riguardano soprattutto la protesica minore"*.

### Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Modalità per accedere ai servizi che evitino al cittadino di recarsi fisicamente presso l'Ufficio (possibilità di invio digitale di documentazione, richieste via mail, strumenti informatici ecc.)	100

Consolidata in tutti i Distretti valutati è l'informatizzazione per quanto concerne le possibilità offerte al cittadino dai comuni strumenti informatici: la maggior parte degli Uffici indica diversi canali utilizzabili: E-Mail, Fax, Assistant RL.

## FATTORE 4 – Accesso al servizio

BERGAMO	SONDRIO	PAVIA	MEDIA	COMO	MILANO 1
79	76	72	69	67	51

L'accesso al servizio ha ottenuto un punteggio medio modesto considerando le Asl nel complesso. Tuttavia, come si evince dalle tabelle seguenti contenenti il dettaglio dei punteggi medi ottenuti dagli indicatori rilevati a livello aziendale e a livello di Uffici Protesi/Ausili, alcuni aspetti hanno visto una valutazione positiva o molto positiva, in particolare quelli che riguardano direttamente l'esperienza dei cittadini per accedere al diritto: attesa e agevolezza, intesa come ridotto spreco di tempo.

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
12	Tempi effettivi di attesa (media relativa al 2012) dal momento della richiesta di autorizzazione al momento dell'effettiva consegna del dispositivo	92
	<i>Materasso antidecubito</i>	
	<i>Cuscino antidecubito a nido d'api</i>	
	<i>Letto articolato</i>	
	<i>Carrozzina manuale</i>	
	<i>Carrozzina elettrica</i>	
	<i>Ventilatori polmonari</i>	
	<i>Sacche per stomie</i>	
3	Passaggi del cittadino presso uffici amm.vi di ASL o altro ente, per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione	85
	<i>Ventilatori polmonari</i>	
	<i>Ausili ad assorbenza per incontinenza non stabilizzata</i>	
	<i>Microinfusori per insulina</i>	
4	Reclami ricevuti negli ultimi due anni (2011 e 2012) dall'URP in merito a lunghezza, complessità o disagio del percorso per ottenere l'autorizzazione o il rinnovo	80
6	Modalità organizzativa di consegna/erogazione mensile dei fabbisogni di Ass. Integrativa (ausili monouso)	80
8	Tempi amm.vi di trasmissione alla ASL ospitante dell'autorizzazione alla fornitura di ausili per incontinenza e per diabete, in caso di pazienti residenti nel territorio della ASL, ma di fatto domiciliati fuori dalla Regione	73
9	Tempi amm.vi di trasmissione alla ASL ospitante dell'autorizzazione alla erogazione di dispositivi di protesica maggiore (letti articolati, carrozzine, ecc.), in caso di pazienti residenti nel territorio della ASL, ma di fatto domiciliati fuori dalla Regione	55

La maggior parte degli indicatori rilevati a livello aziendale presenta risultati medi positivi. L'indicatore 12 - che riguarda i tempi effettivi di attesa dal momento della richiesta di autorizzazione al momento dell'effettiva consegna dei dispositivi considerati <sup>9</sup> - è il primo indicatore quanto a punteggio, che risulta di ben 92/100, seguito dall'indicatore che attribuisce una valutazione al numero di passaggi previsti per il cittadino presso uffici amministrativi per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione (85).

<sup>9</sup> L'individuazione e la selezione dei dispositivi "segnaletici" per i quali fosse particolarmente rilevante richiedere dati su tempi di attesa e numero di passaggi è stata effettuata in condivisione con il Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici (CnAMC), sulla base delle risultanze degli ultimi Rapporti elaborati da tale rete.

Per entrambi questi indicatori si ritiene interessante mostrare il confronto tra i punteggi ottenuti dalle singole ASL:

**Ind. 12: Tempi di attesa (media 2012) per: Materasso antidecubito; Cuscino antidecubito a nido d'api; Letto articolato; Carrozzina manuale; Carrozzina elettrica; Ventilatori polmonari; Sacche per stomie**

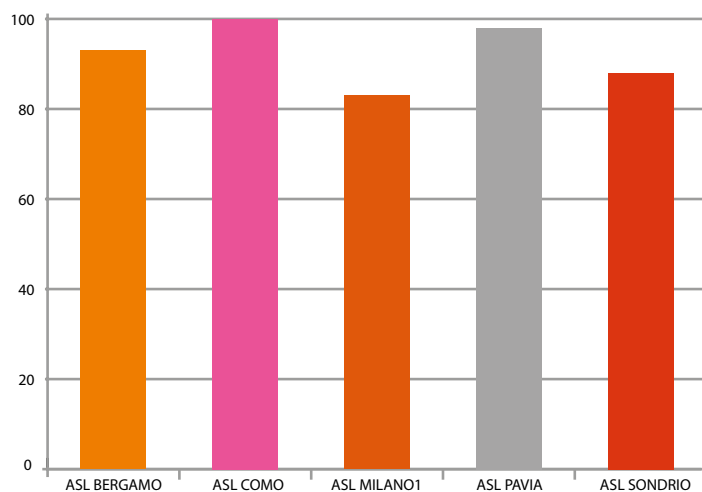


Fig. 11

Rispetto ai tempi di attesa per i sette dispositivi considerati (indicatore 12), la Asl di Como emerge quale Azienda che ottiene il miglior punteggio.

Rispetto all'indicatore che attribuisce una valutazione in base al numero di passaggi del cittadino presso uffici amministrativi per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione di tre dispositivi, considerati segnaletici, è la Asl Milano 1 a spiccare positivamente per agevolezza e semplificazione dell'iter di rinnovo previsto per i cittadini.

**Ind. 3: Numero di passaggi del cittadino presso uffici amm.vi di ASL o altro ente, per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione per: Ventilatori polmonari; Ausili ad assorbenza per incontinenza non stabilizzata; Microinfusori per insulina**

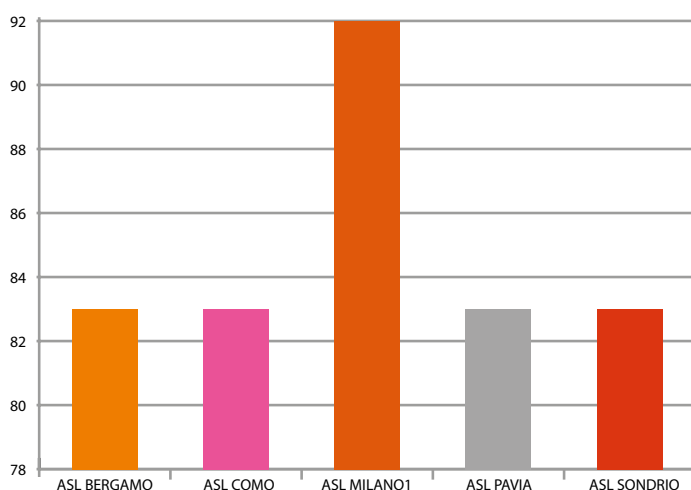


Fig. 12

La frequenza di reclami rispetto alla disagio del percorso per accedere al diritto (ind. 4) è risultata esigua, ottenendo quindi un punteggio elevato (80).

Stesso punteggio medio positivo ha avuto l'indicatore 6, relativo all'erogazione mensile degli ausili monouso, soddisfatto da tutte e Asl tranne la Milano 1, che eroga di norma in modo trimestrale, ma "su richiesta dell'utente può essere mensile o bimensile".

## Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
4	Passaggi del cittadino presso uffici amministrativi di ASL o altro ente, previsti per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione	80
	<i>Ventilatori polmonari</i>	
	<i>Ausili ad assorbenza per incontinenza non stabilizzata</i>	
	<i>Microinfusori per insulina</i>	
5	Modalità apertura dell'Ufficio/Sportello protesi e ausili per facilitare l'accesso dei lavoratori	36

Per quanto concerne i dati rilevati a livello degli Uffici Protesi/Ausili, si conferma buono l'aspetto dell'agevolezza per il cittadino in termini di volte in cui si deve fisicamente recare presso uffici, mentre appare negativo il punteggio medio dell'indicatore 5, che valuta se gli Uffici riescono a venire incontro alle esigenze di accesso dei cittadini lavoratori, adottando alcune delle misure proposte:

- *fa orario continuato una o più volte a settimana*
- *effettua almeno un'apertura pomeridiana alla settimana*
- *apre prima delle 9 una o più volte a settimana*
- *chiude dopo le 17 una o più volte a settimana*

Si ritiene utile mostrare per tale indicatore il dettaglio dei **punteggi** ottenuti dai singoli Uffici sottoposti a valutazione. Sebbene il criterio di valutazione sia costruito in modo che l'indicatore è soddisfatto (100) quando sono barrati tutti e quattro gli item proposti <sup>10</sup>, la tabella sottostante rivela comunque in generale una soddisfacente attenzione degli Uffici nel fornire alcune delle possibilità per venire incontro ai cittadini lavoratori: più della metà dei punti di accesso, infatti, offre due delle 4 modalità categorizzate:

Ind. 5 - Modalità di apertura degli Uffici protesi/ ausili per facilitare l'accesso dei lavoratori										
ASL BERGAMO			ASL COMO		ASL MILANO 1		ASL PAVIA	ASL SONDRIO		
Bergamo	Romano	Zogno	Erba	Olgiate	Corsico	Garbagnate	Pavia	Morbegno	Sondrio	Tirano
50	50	50	0	25	50	25	50	25	50	25

Si ritiene interessante, al fine di arricchire il quadro relativo a questo importante Fattore, inserire un'informazione ottenuta rapportando al bacino d'utenza il numero totale di Uffici Protesi e Ausili presenti nelle Asl: emerge che mediamente tra le 5 Asl coinvolte c'è un Ufficio ogni 39.082 abitanti. Ottimo appare il rapporto tra abitanti e numero di punti di accesso del cittadino nel Distretto di Tirano (Asl Sondrio), nei Distretti di Pavia e Oltrepò (Asl Pavia), così come pure nei Distretti della Asl di Milano 1, e molto positiva può dirsi anche la situazione per gli abitanti di Zogno, Lomellina e Morbegno (nettamente sopra la media calcolata sugli 11 Uffici).

<sup>10</sup> Nel caso di questo indicatore, il criterio di valutazione è rappresentato dall'attribuzione di un punteggio di 25 per ciascun item barrato, tra i 4 proposti.

## Un Ufficio Protesi/Ausili ogni.....Abitanti

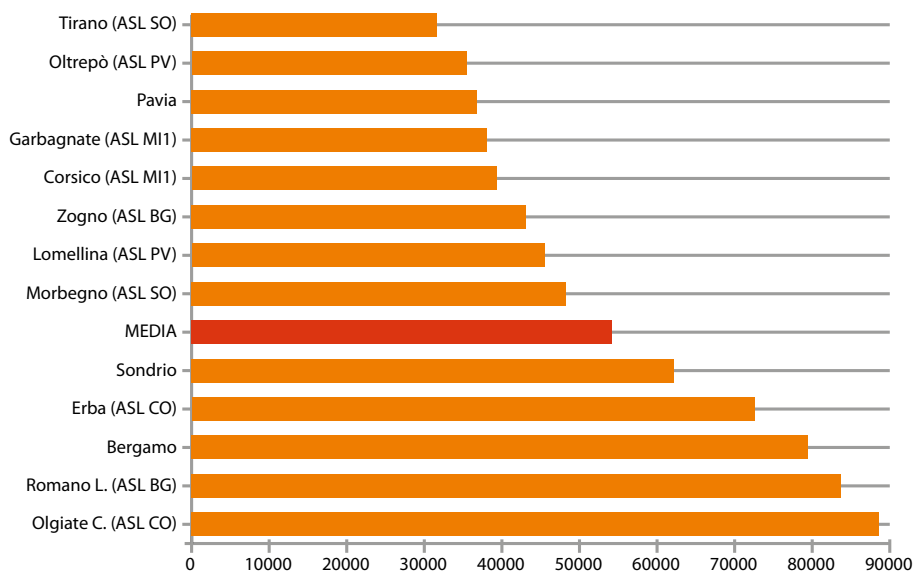


Fig. 13

Coerente al grafico precedente è la situazione descritta dalla figura seguente: gli abitanti delle Asl di Pavia e Milano 1 beneficiano di un buon rapporto tra numero di abitanti e numero totale di operatori di sportello/front office operanti nelle Aziende:

## Un operatore di sportello ogni.....Abitanti

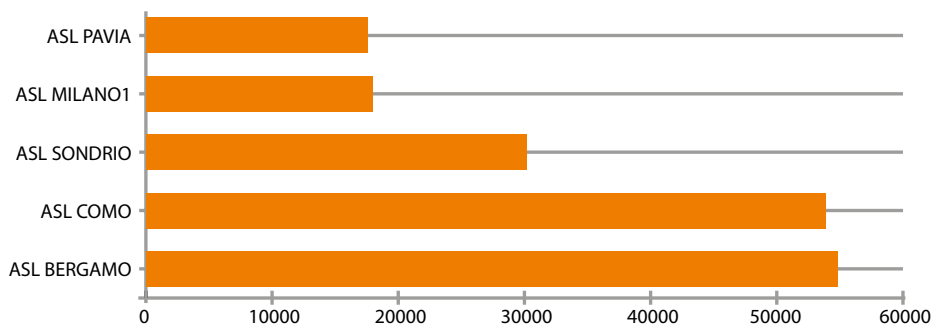


Fig. 14

## FATTORE 5 – Empowerment

BERGAMO	COMO	SONDRIO	MEDIA	MILANO 1	PAVIA
100	100	100	96	93	87

Il tema dell'Empowerment, valutato a livello aziendale e mediante tre soli indicatori, è risultato ottimo, in particolare per l'attivazione in tutte e 5 le Aziende di iniziative di promozione della salute sul tema del diabete, e di programmi di educazione terapeutica di target di pazienti in 4 Asl <sup>11</sup> su 5.

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Iniziative negli ultimi 24 mesi di "promozione della salute", per favorire informazione, sensibilizzazione e prevenzione sul tema del diabete	100
2	Attivazione negli ultimi 24 mesi di Programmi di educazione terapeutica / autogestione / prevenzione di complicanze per target definiti di pazienti beneficiari di Assistenza Protesica e Integrativa e per i loro caregiver	100
3	Grado di completezza dell'informazione al cittadino al momento del collaudo / prima consegna dell'ausilio, in merito all'utilizzo del dispositivo protesico o integrativo	85

Si ritiene utile e interessante far emergere le buone prassi raccolte attraverso questi indicatori, appositamente accompagnati da richiesta di specificazione con domande aperte.

Per l'indicatore 1, si sottolineano alcune virtuose iniziative di promozione della salute per favorire informazione, sensibilizzazione e prevenzione sul tema del **diabete**:

- la Asl di Como ha lavorato sui concetti e sugli stili di vita, coinvolgendo le **scuole** e i cittadini. È stato inoltre redatto un Percorso Diagnostico Terapeutico con area informativa per specialisti e Medici di Medicina Generale. Dopo la revisione del Protocollo (svolta in collaborazione con la ASL di Monza), è stato condiviso con specialisti e MMG, allo scopo di lavorare per una prescrizione più attenta e appropriata. Inoltre sono state svolte iniziative informative/formative rivolte ai pazienti diabetici (anche per arginare interessi economici gravitanti sul diabete). L'obiettivo della Asl è di predisporre un documento sul diabete da diffondere sul territorio.

- la Asl di Sondrio pianifica annualmente interventi di promozione alla salute, nei quali vengono sviluppate le tematiche inerenti ai fattori di rischio, facendo riferimento anche a quelli che potrebbero favorire l'insorgere del diabete (es. attività motoria, corretta alimentazione, corretto stile di vita).

A proposito dell'indicatore 2, si segnalano alcune buone prassi di empowerment rivolte a target definiti di pazienti beneficiari di Assistenza Protesica e Integrativa e ai loro caregiver, attraverso programmi di educazione terapeutica/autogestione/prevenzione di complicanze:

- la Asl di Pavia si distingue per aver svolto iniziative dedicate a vari target di pazienti e caregiver: **incontinenti** non ad assorbenza, pazienti con **lesioni** da decubito, **tracheostomizzati** e **stomizzati**. In particolare rispetto a quest'ultima tipologia di pazienti e caregiver è stato elaborato un opuscolo informativo sulla gestione delle **stomie addominali**, al fine di supportare il paziente e la famiglia nelle modalità di erogazione e gestione dei dispositivi e garantire delle dimissioni del paziente in sicurezza. L'opuscolo è stato elaborato all'interno del Tavolo tecnico ASL/Ospedali del territorio istituito al fine di definire e condividere un percorso prescrittivo integrato Asl e servizi ospedalieri ed assicurare la consulenza infermieristica di stomaterapisti in grado di supportare, dopo le dimissioni ospedaliere, il paziente e la sua famiglia nella gestione degli ausili. L'opuscolo sarà, presumibilmente, ultimato all'inizio del 2014 e messo, quindi, a disposizione di operatori sanitari, ambulatori "Presidi ed ausili" della ASL e Centri ospedalieri.

<sup>11</sup> La Asl di Como ha chiesto di essere esonerata dall'indicatore 2 ritenuto Non Pertinente per la propria Azienda. Il valore medio dell'indicatore è stato dunque calcolato su 4 Asl.



- la Asl di Bergamo ha realizzato programmi rivolti ai pazienti in **Assistenza Domiciliare Integrata**.

- la Asl Milano 1 ha promosso iniziative sull'**automonitoraggio** della glicemia.

- la Asl di Sondrio ha promosso corsi specifici per **pazienti ventilati** presso la broncopneumologia dell'Azienda Ospedaliera di Sondalo.

L'unica Azienda a non rispondere a tale indicatore è stata la Asl di Como, motivando la non pertinenza con la dichiarazione che i programmi di educazione terapeutica sono "di competenza degli specialisti, con i quali c'è però una collaborazione permanente".

Infine riguardo all'indicatore 3, che indaga le modalità di informazione del cittadino al momento del collaudo o della prima consegna dell'ausilio, si riporta il dettaglio delle risposte fornite dalle Asl:

<b>IND. 3: Grado di completezza dell'informazione al cittadino in merito all'utilizzo del dispositivo protesico o integrativo, al momento del collaudo / prima consegna dell'ausilio</b>	<b>BERGAMO</b>	<b>COMO</b>	<b>MILANO 1</b>	<b>PAVIA</b>	<b>SONDRIO</b>
oralmente	X	X	X	X	
attraverso un apposito opuscolo	X	X	X		
attraverso simulazioni o dimostrazioni pratiche	X	X		X	

Le Asl di Bergamo e Como dichiarano che i cittadini ricevono informazioni in tutte e tre le modalità.

La Asl Milano 1 segnala la buona prassi della predisposizione di un'apposita scheda per monitorare, sia a campione che su segnalazione dell'utente, la correttezza dell'iter di collaudo.

L'unica Azienda a non rispondere a tale indicatore è stata la Asl di Sondrio, motivando la non pertinenza con la dichiarazione che tale compito informativo è in carico alla Ditta erogatrice.

## FATTORE 6 – Controllo e miglioramento della qualità

MILANO 1	BERGAMO	COMO	PAVIA	MEDIA	SONDRIO
89	88	87	86	83	65

La maggior parte degli indicatori, sia a livello aziendale che a livello di Uffici, ha raggiunto un punteggio buono o molto buono, ma si nota un sensibile scarto tra gli indicatori con valore maggiore e quelli più deboli.

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
20	Attività di promozione per il recupero di dispositivi già assegnati ma non utilizzati da parte della ASL	100
1	Presenza di Centri di riferimento dell'Azienda Sanitaria per la manutenzione di presidi, ausili e protesi (interni o esterni all'azienda)	100
2	Valutazione da parte dell'Asl della possibilità di erogare dispositivi non inclusi nel Nomenclatore tariffario nel caso di gravissime disabilità o di richieste in casi particolari	100
5	Richieste da parte della ASL alla Direzione Generale Sanità avanzate per la valutazione con HTA, o con procedure assimilabili, di dispositivi protesici, negli ultimi 24 mesi	100
9	Percorsi di aggiornamento per gli operatori sanitari che s'interfacciano con i cittadini presso gli Sportelli, negli ultimi 24 mesi	100
21	Controllo del 50% delle prescrizioni online nel corso dell'anno 2012	100
16	Attesa media del cittadino per il recupero del dispositivo non più utile	88
6	Corsi di formazione / aggiornamento per il personale degli Uffici Protesi e Ausili, negli ultimi 12 mesi	86
8	Distribuzione di materiale informativo / linee guida rivolti ai MMG per rafforzare gli strumenti e le competenze a loro disposizione con cui orientare i pazienti	80
19	Reclami di cittadini in merito a problemi/disagi dovuti al mancato ritiro dei dispositivi non più utili, negli ultimi due anni	80
12	Reclami sul servizio di Assistenza Protesica e Integrativa, e relativa gestione, negli ultimi due anni	78
15	Monitoraggio a campione del processo di erogazione in merito all'effettiva consegna dei dispositivi e alle eventuali sostituzioni di dispositivi a seguito di collaudi, negli ultimi 6 mesi, con redazione di verbale agli atti contenente anche azioni correttive in tema di contenimento e monitoraggio dei costi	75
14	Procedura aziendale che dispone la verifica periodica a campione dell'effettivo svolgimento dei collaudi	60
7	Corsi di aggiornamento rivolti ai MMG sull'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa (ultimi 24 mesi)	55
13	Modalità operativa di collaborazione con gli erogatori di ausili, volta a favorire e disciplinare una gestione congiunta del "caso", nelle situazioni di segnalazioni di gravi disagi/disservizi o difficoltà del paziente beneficiario	50
18	Procedura codificata di segnalazione da parte del cittadino su problemi/disagi dovuti al mancato ritiro di dispositivi non più utili	40
4	Commissioni od organismi per la valutazione preliminare della qualità-costo-efficacia (con procedure di HTA o assimilabili) dei dispositivi protesici da erogare attivi presso la ASL	25
10	Indagine sulla soddisfazione degli utenti per il servizio di Assistenza Protesica maggiore negli ultimi 36 mesi	24
11	Indagine sulla soddisfazione degli utenti per il servizio di Assistenza Integrativa negli ultimi 36 mesi	10

Come emerge chiaramente dalla tabella soprastante, un cospicuo gruppo di indicatori raggiunge il massimo punteggio.

Interessante soffermarsi sull'indicatore 2, che rileva se la Asl valuta la possibilità di erogare dispositivi non inclusi nel Nomenclatore tariffario nel caso di gravissime disabilità o di richieste in casi particolari, indicatore al quale tutte le Aziende rispondono affermativamente. L'apposita domanda aperta permette di notare che le Aziende si sono analogamente dotate di una Commissione extra-tariffaria multidisciplinare, in un caso ancora da formalizzare.

<b>Iter per la valutazione della erogazione di dispositivi non inclusi nel Nomenclatore tariffario nel caso di gravissime disabilità o di richieste in casi particolari</b>				
<b>BERGAMO</b>	<b>MILANO 1</b>	<b>COMO</b>	<b>PAVIA</b>	<b>SONDRIO</b>
commissione extra-tariffaria	commissione extra-LEA	attraverso la commissione extra tariffaria (extra-LEA) composta da: farmacista, specialista e fisioterapista	commissione informale interdipartimentale con prospettiva di formalizzazione	si attiva la commissione UVM (unità valutativa multidisciplinare)

Tutte e 5 le Aziende soddisfano l'indicazione regionale di effettuare il controllo del 50% delle prescrizioni on-line, e alcune Aziende segnalano di propria iniziativa il dato aggiuntivo di aver realizzato il controllo sul 100% delle prescrizioni.

Positivo anche l'aspetto dell'**aggiornamento degli operatori** sanitari che s'interfacciano con i cittadini presso gli Sportelli (ind. 9), realizzato negli ultimi 24 mesi in tutte e 5 le Aziende.

Non così rosea la situazione della formazione / aggiornamento per il personale degli Uffici Protesi e Ausili negli ultimi 12 mesi (punteggio medio 86), e decisamente critica l'attenzione all'aggiornamento dei MMG svolto negli ultimi 24 mesi (punteggio medio 55), di cui si riportano i risultati di dettaglio:

<b>IND. 6 - Corsi di formazione / aggiornamento per il personale degli Uffici Protesi e Ausili, negli ultimi 12 mesi</b>	<b>ASL BERGAMO</b>	<b>ASL COMO</b>	<b>ASL MILANO1</b>	<b>ASL PAVIA</b>	<b>ASL SONDRIO</b>
<b>PUNTEGGIO INDICATORE</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>80</b>
<b>si tratta di:</b>					
attività permanenti e periodiche	X		X		
attività formative "ad hoc" che non rientrano in un programma stabile	X	X	X	X	X
<b>i corsi hanno avuto a tema</b>					
Specifiche aree di intervento professionale (approfondimenti tematici)	X	X		X	X
Procedure e modalità lavorative	X	X	X	X	X
Fenomeni emergenti	X	X			
Comunicazione con il cittadino/utente	X	X	X		
<b>i corsi hanno coinvolto</b>					
Non più del 25% dell'organico					
Non più del 50% dell'organico					
Non più del 75% dell'organico	X		X		
Il 100% dell'organico		X		X	X
<b>i corsi sono stati rivolti</b>					
Solo al personale di sportello/front office					
Anche al personale di back office					
Entrambi i tipi di operatori	X	X	X	X	X

Tutte le Asl esaminate coinvolgono nei corsi di aggiornamento sia gli operatori di front office che quelli di back office, ma soltanto le Asl di Bergamo e di Milano 1 attuano la formazione a carattere periodico e permanente. Spiccano, inoltre le Asl di Bergamo e di Como per completezza dei temi trattati nei corsi.

Migliorabile in generale appare l'impegno per l'aggiornamento dei Medici di Medicina Generale sull'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa:

IND. 7 - Corsi di aggiornamento rivolti ai MMG sull'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa (ultimi 24 mesi)	ASL BERGAMO	ASL COMO	ASL MILANO1	ASL PAVIA	ASL SONDRIO
PUNTEGGIO INDICATORE	75	85	55	62	0
% di MMG che hanno preso parte ai corsi, sul totale dei MMG della ASL	NP: in fase di avvio	53%	47%	70%	
<b>temi trattati in particolare</b>					
Appropriatezza prescrittiva		X			
Orientamento del paziente		X			
Corretto utilizzo dei dispositivi		X			
Incontinenza urinaria	X	X			
Celiachia	X	X			
Diabete	X	X	X	X	

In particolare emergono la Asl di Sondrio, che non ha per nulla realizzato corsi, e le Asl che, pur avendoli attivati, hanno coinvolto una ridotta % di MMG e/o hanno trattato pochi temi. Buono, sotto questo aspetto, il profilo della Asl di Como.

Soltanto 2 Asl su 5 (Como e Milano 1) hanno realizzato un'indagine sulla soddisfazione degli utenti per il servizio di Assistenza Protesica maggiore negli ultimi 36 mesi (ind. 10): in nessuno dei due casi sono state attivate formali azioni di miglioramento in seguito a quanto emerso dalle indagini di soddisfazione, ma va menzionato l'impegno per la trasparenza da parte della Asl di Como che ha reso pubblici, tramite internet, gli esiti dell'indagine.

Ancor inferiore l'attenzione alla soddisfazione degli utenti dell'Assistenza protesica minore (Integrativa), che sono stati consultati in un'unica Asl, la Milano 1 (ind. 11).

Appaiono confortanti i discreti punteggi medi (78 e 80) degli indicatori che valutano la frequenza dei reclami ricevuti negli ultimi due anni e la relativa gestione da parte delle Asl, sia in generale sul servizio di Assistenza protesica e Integrativa, sia in merito a problemi/disagi dovuti al mancato ritiro dei dispositivi non più utili. Pochi, infatti, sono risultati i reclami pervenuti: spicca positivamente la Asl di Sondrio, con il punteggio più alto.

IND. 12 - Reclami sul servizio di Ass. Protesica e Integrativa, e relativa gestione, negli ultimi due anni	ASL BERGAMO	ASL COMO	ASL MILANO1	ASL PAVIA	ASL SONDRIO
<b>PUNTEGGIO INDICATORE</b>	<b>78</b>	<b>83</b>	<b>50</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<i>n.reclami sul serv. Ass. Protesica/Integrativa nel biennio</i>	69 <sup>12</sup>	5	8	6	
<i>n. totale dei reclami ricevuti nel biennio</i>	445	250	561	106	
<b>Indicare se i reclami hanno riguardato:</b>					
scarsità/inadeguatezza/insufficienza informazioni ricevute			X	X	
inadeguatezza dell'assistenza ricevuta	X				
diversità dei dispositivi erogati rispetto a quelli prescritti			X <sup>13</sup>		
scarsa qualità / difetti di funzionamento dei dispositivi		X	X		
lunghezza, tortuosità o poca agilità dell'iter autorizzativo	X	X		X	
lunghezza, tortuosità o poca agilità dell'iter per il rinnovo					
modalità e periodicità dell'erogazione			X		
puntualità delle consegne / rispetto degli appuntamenti		X	X	X	
tempi di erogazione (tra l'autorizzazione e la consegna)	X				
adeguatezza dei quantitativi erogati	X				
<b>A seguito dell'analisi quali-quantitativa dei reclami, sono state messe in atto azioni di miglioramento?</b>	SI	SI	NO	SI	
Specificare	Coinvolgimento funzionari regionali e ditte fornitrici	Vedi sotto	Per la scarsa rappresentatività del campione	Risposta al segnalante + azioni miglioramento	

12 Nota della Asl di Bergamo: "si consideri che 56 reclami sono relativi al 2012 in quanto è stato attivato il nuovo servizio di consegna a domicilio dei pannoloni (il precedente prevedeva il ritiro in farmacia), che ha generato problemi nell'avvio".

13 Nota della Asl Milano 1: "nel senso di incompatibilità dei presidi".

Si segnalano le azioni di miglioramento messe in campo nella Asl di Como in merito a due tipologie di criticità:

- rispetto alla problematica "lunghezza, tortuosità o poca agilità dell'iter autorizzativo": presa in carico della problematica da parte dei responsabili distrettuali per individuare azioni di miglioramento dei percorsi di accesso al servizio;
- rispetto alla problematica "puntualità delle consegne / rispetto degli appuntamenti": intervento del SAF (Servizio di Assistenza Farmaceutica) sulla Ditta che effettua le consegne, con convocazione del referente locale per valutare le problematiche e individuare azioni opportune per migliorare il servizio.

Spicca il basso valore medio dell'indicatore n. 4, che rileva se presso la Asl sono attive Commissioni od organismi per la valutazione preliminare della qualità-costo-efficacia (con procedure di HTA <sup>14</sup> o assimilabili) dei dispositivi protesici da erogare attivi presso la ASL: soltanto la Asl Milano 1 risponde positivamente, specificando che tutte le Commissioni per l'aggiudicazione delle Gare svolgono valutazioni con tali tipologie di procedure.

### Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Percorsi di aggiornamento tecnico per gli operatori sanitari che s'interfacciano con i cittadini presso gli Sportelli negli ultimi 24 mesi (anche in collaborazione con il Distretto Socio Sanitario)	100
3	Presenza presso l'Ufficio di avvisi affissi od opuscoli circa la possibilità e le modalità per gli utenti di comunicare all'Azienda commenti, suggerimenti e reclami	100
4	Presenza presso l'Ufficio di schede per le segnalazioni e i reclami degli utenti	100
5	Presenza presso l'Ufficio di punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	100
2	Corsi sulla relazione e la comunicazione per gli operatori sanitari che s'interfacciano con i cittadini presso gli Sportelli negli ultimi 24 mesi (anche in collaborazione con il Distretto Socio Sanitario)	64

Molto buono il profilo del Fattore Controllo e miglioramento della qualità per quanto concerne 4 dei 5 indicatori rilevati a livello di singoli Uffici Protesi/Ausili, pienamente soddisfatti in tutti gli Uffici.

Emerge una riflessione rispetto al tema della **formazione**: mentre in tutti gli Uffici sono stati realizzati corsi di **aggiornamento tecnico** per gli operatori che si interfacciano con i cittadini (ind. 1), meno uniforme tra gli Uffici analizzati è l'attenzione alla formazione degli operatori di front office sulla **relazione e sulla comunicazione con il pubblico**, che è l'unico aspetto a non aver raggiunto il punteggio massimo, sebbene il valore medio non sia preoccupante (64). Tali corsi, infatti, sono stati svolti in 7 Uffici su 11: non hanno ricevuto formazione negli ultimi 24 mesi gli operatori dei 3 Uffici della Asl di Sondrio coinvolti (Morbegno, Sondrio, Tirano) e quelli dell'Ufficio di Erba (Asl Como).

## FATTORE 7 – Informazione

BERGAMO	COMO	PAVIA	MEDIA	MILANO 1	SONDRIO
62	59	57	52	50	34

Il tema dell'informazione, con un punteggio medio tra le Aziende di soli 52 punti, risulta migliorabile in base agli indicatori rilevati.

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
3	Completezza di informazione nel sito web della ASL in merito ai requisiti e alle modalità di accesso al diritto all'Assistenza Protesica e Integrativa e al rinnovo	93
4	Presenza nel sito web aziendale di contenuti informativi sul tema	85
	<i>elenco di tutti Uffici/sportelli protesi e ausili, completo di giorni e orari di apertura</i>	
	<i>elenco dei Centri autorizzati a prescrivere/autorizzare presidi protesici</i>	
	<i>elenco degli specialisti del privato accreditato autorizzati a prescrivere ausili</i>	
	<i>elenco delle farmacie abilitate ad erogare ausili ai beneficiari</i>	
	<i>sportello URP online</i>	
2	Indicazioni dei tempi di attesa tra la domanda di autorizzazione all'erogazione di dispositivi e l'effettiva consegna nella Carta dei Servizi aziendale	60
1	Materiale informativo sull'accesso all'Ass. Protesica e Integrativa e completezza informativa	16

Molto buona è risultata, in media, la completezza dei **siti web** della ASL in merito alla presenza dei seguenti contenuti informativi generali, relativi cioè a requisiti e modalità di accesso al diritto (ind. 3):

- *requisiti per avere diritto all'Assistenza Protesica e Integrativa*
- *modalità per accedere all'assistenza (iter autorizzativo)*
- *modalità per ottenere il rinnovo dell'autorizzazione*

Tale indicatore è stato pienamente soddisfatto da 4 ASL su 5: la Asl Milano 1 non soddisfa il terzo item richiesto.

Meno brillante, ma buono (85), è in media l'esito dell'altro indicatore riguardante le informazioni sui siti web, il n. 4, relativo a informazioni e **contenuti specifici** sul tema. Di seguito i profili in dettaglio delle Asl su questo indicatore:

<b>IND. 4 - Contenuti informativi nel sito web aziendale</b>	<b>ASL BERGAMO</b>	<b>ASL COMO</b>	<b>ASL MILANO<sup>1</sup></b>	<b>ASL PAVIA</b>	<b>ASL SONDRIO</b>
<b>PUNTEGGI ASL</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>60</b>
elenco di tutti Uffici/sportelli protesi e ausili, completo di giorni e orari di apertura	X	X	X	X	X
elenco dei Centri autorizzati a prescrivere/autorizzare presidi protesici	X	X	X	X	X <sup>15</sup>
elenco dei Centri autorizzati a prescrivere/autorizzare presidi protesici	X	X	X	X	NP
elenco delle farmacie abilitate ad erogare ausili	X	X	X	X	
sportello URP online	X	X	X	X	X
sezione FAQ	X			X	

15 Nota della Asl di Sondrio: "Sì, per strutture pubbliche. Nella realtà locale i medici autorizzati alla prescrizione dei dispositivi protesici sono identificati in uno specifico Albo redatto dall'ASL. E' in fase di valutazione la modalità e la possibilità di renderlo pubblico, attraverso il sito aziendale. Nel sito aziendale, nei casi in cui sia richiesta l'autorizzazione da parte dell'ASL, viene specificato che, per tale autorizzazione, il cittadino dovrà rivolgersi agli Uffici di assistenza protesica".

Per quanto concerne, invece, i **materiali informativi di orientamento cartacei** (opuscoli, ecc.) messi a disposizione dei cittadini per illustrare in dettaglio i requisiti per avere diritto all'Assistenza Protesica e Integrativa e le modalità/procedure di accesso al servizio (ind. 1), soltanto una Asl su 5, quella di Bergamo, soddisfa tale indicatore: per tale motivo il valore medio è di soli 16 punti.

Si ritiene che abbia ancora utilità, dal punto di vista civico, la predisposizione di materiali per informare alcune fasce sociali poco avvezze all'utilizzo degli strumenti informatici (anziani, ecc.).

La Asl di Bergamo raggiunge, tra l'altro, un elevato punteggio (82) su questo indicatore, per grado di completezza e diffusione di tali materiali. Si riporta il dettaglio dei dati forniti dalla Asl in merito a tutte le sotto-domande di cui si compone questo indicatore:

#### **Dettaglio su ind. 4 della ASL di Bergamo (punteggio 82)**

<b>Presenza nel materiale informativo di informazioni sui seguenti punti</b>	
categorie beneficiarie del diritto all'assistenza	X
passaggi per attivare il servizio	X
documentazione da presentare	X
modalità per richiedere il rinnovo dell'autorizzazione	X
elenco completo di tutti gli uffici protesi dell'ASL, con indirizzi, orari d'apertura e recapiti	X
possibilità prevista dal nomenclatore di scegliere un tipo o un modello di dispositivo non incluso ma riconducibile a quello prescritto, a giudizio dello specialista prescrittore, integrando l'eventuale differenza di prezzo	
modalità per segnalare eventuali criticità (n.telefono, orari, mail, ecc.)	X
<b>Luoghi di distribuzione dei materiali informativi</b>	
ai medici di medicina generale, per metterlo a disposizione negli studi	
nei presidi ospedalieri	X
presso il servizio Assistenza Protesica della ASL	X
presso gli Uffici/Sportelli protesi e ausili presenti a livello distrettuale	
presso la sede del Distretto Socio-sanitario	X



Si segnala, infine, il risultato relativo all'ind. 2: soltanto tre Asl - quelle di Como, Milano 1 e Pavia – inseriscono nella Carta dei Servizi aziendale l'indicazione sui tempi di attesa tra la domanda di autorizzazione all'erogazione di dispositivi, e l'effettiva consegna.

## Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
3	Cartello con indicati i giorni e i relativi orari di apertura, all'ingresso dell'Ufficio protesico	100
2	Recapiti telefonici con orari, ecc., e altre informazioni per casi di necessità di supporto, forniti al cittadino beneficiario dagli operatori, al momento del collaudo/prima consegna	86
1	Numero di telefono dedicato a fornire assistenza ai pazienti beneficiari di Assistenza Protesica e Integrativa, gratuito e accessibile	45
7	Materiale informativo (opuscoli, ecc.) rivolto ai cittadini e alle loro famiglie sul diritto al bonus elettrico in caso di utilizzo di dispositivi energivori, e sui requisiti per accedervi	40
4	Materiale informativo (opuscoli, ecc.) rivolto ai cittadini per illustrare in dettaglio i requisiti per avere diritto all'Assistenza Protesica e Integrativa e le modalità/procedure di accesso al servizio	28
8	Affissione nei bagni delle tabelle di registrazione degli interventi giornalieri di pulizia con nominativo dell'operatore e orario	18
5	Materiale informativo (opuscoli, ecc.) rivolto ai cittadini per illustrare in dettaglio le modalità per avere garantita la continuità dell'assistenza Integrativa (fornitura di ausili) in caso di domicilio temporaneo in altra Regione	0
6	Materiale informativo (opuscoli, ecc.) rivolto ai cittadini per illustrare in dettaglio le modalità per ottenere l'assistenza sanitaria gratuita all'estero (paesi UE e paesi con accordi bilaterali)	0

Nella maggior parte delle sedi territoriali coinvolte i cittadini ricevono al momento del collaudo/prima consegna **con opuscolo** i recapiti telefonici con orari e altre informazioni per casi di necessità di supporto, mentre a Romano di Lombardia (Asl Bergamo), Morbegno e Tirano (Asl Sondrio) i cittadini ricevono queste informazioni solo oralmente.

Non buono il risultato medio dell'indicatore relativo alla presenza di un numero telefonico dedicato a fornire assistenza ai pazienti beneficiari di Assistenza Protesica e Integrativa con le seguenti caratteristiche:

- *gratuito*
- *attivo almeno 4 ore al giorno*
- *con operatore dedicato esclusivamente a rispondere al telefono, nelle ore di attività del num.*

Gli Uffici hanno soddisfatto l'indicatore in modo variegato, e nessun Ufficio ha risposto positivamente a tutti e tre gli item relativi a questo aspetto: ciò induce una riflessione metodologica doverosa a seguito della prima esperienza pilota di Audit Civico, suggerendo che, probabilmente, tale indicatore vada riformulato in modo meno "esigente".

Coerenti con le risposte fornite a livello aziendale, i dati sulla presenza di materiale informativo cartaceo, predisposti nella Asl di Bergamo a livello territoriale.

Nessun Ufficio Protesi/Ausili fornisce materiale informativo sulle modalità per avere garantita la continuità dell'assistenza Integrativa (fornitura di ausili) in caso di domicilio temporaneo in altra Regione, né sulle modalità per ottenere l'assistenza sanitaria gratuita all'estero (paesi UE e paesi con accordi bilaterali).

## FATTORE 8 – Personalizzazione e tutela dei diritti

PAVIA	BERGAMO	COMO	MEDIA	SONDRIO	MILANO 1
50	42	38	36	33	17

Il tema della personalizzazione e tutela dei diritti è stato indagato con poche domande che non possono certamente esaurire questo importante e complesso argomento. La presente scheda va, dunque, intesa non proprio come un Fattore di valutazione, quanto come un raggruppamento di alcuni aspetti sondati, utile per le informazioni e i dati che può fornire.

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Procedura aziendale che prevede, per l'erogazione domiciliare di dispositivi, accorgimenti volti alla tutela della privacy	100
2	Materiale informativo multilingue a disposizione dei cittadini sui requisiti per avere diritto all'Assistenza Protesica e Integrativa e le modalità/procedure di accesso al servizio	0
3	Contenuti informativi multilingue sull'Ass. Protesica e Integrativa nel sito web della ASL	0

Come è evidente dallo specchio soprastante, che riporta il quadro dei 3 indicatori rilevati, tutte e tre <sup>16</sup> le Asl nelle quali si effettuano distribuzioni a domicilio si sono dotate di una procedura aziendale che prevede, per l'erogazione domiciliare di dispositivi, accorgimenti volti alla tutela della privacy. In dettaglio, tutte le Aziende prevedono entrambi gli accorgimenti proposti come items:

- *l'assenza di scritte identificative del contenuto sugli imballaggi dei dispositivi consegnati*
- *l'obbligo per la Ditta fornitrice di consegnare direttamente all'ingresso dell'abitazione*

Nessuna Azienda ha predisposto contenuti informativi multilingue sull'ambito della Protesica-Integrativa, né in cartaceo né sul sito web.

Tuttavia riguardo a questo aspetto la Asl di Como segnala di aver preso parte, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, al Progetto (premiato in Regione) "Health Orienteering", che dispone un'informativa in 8 lingue, "ma che attualmente per mancanza di fondi è stato abbandonato in favore di progetti, sempre in collaborazione con l'AO, sui servizi più frequentati dagli stessi stranieri: consultorio, 118, vaccinazioni, MMG".

### Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
4	Materiali informativi (opuscoli, ecc.) circa i diritti e le responsabilità dei cittadini	64
5	Materiale informativo multilingue sull'accesso all'Assistenza Protesica e Integrativa	0

I materiali informativi (opuscoli, ecc.) circa i diritti e le responsabilità dei cittadini sono presenti in 7 Uffici su 11: mancano negli Uffici di Corsico e Garbagnate (Asl Milano 1) e in quelli di Sondrio e Tirano (Asl Sondrio).

<sup>16</sup> L'indicatore è Non Pertinente in due Aziende: nella Asl di Como in quanto "la distribuzione avviene tramite farmacia per protesica minore e assorbenza", e in quella di Pavia dove "per l'assistenza integrativa non c'è domicilio".

Si ritiene interessante riportare, inoltre, i dati relativamente ad una delle domande che non sono state valutate tramite l'attribuzione di un punteggio, poste ai responsabili degli Uffici protesi/ausili.

Riguardo all'indicatore:

3	Gestione di eventuali richieste di erogazione di letto antidecubito e carrozzina entrambi necessari alla stessa persona, ma che la normativa vieta di erogare contestualmente, negli ultimi 24 mesi
---	---

è interessante confrontare in modo puramente descrittivo le modalità operative con cui le Asl gestiscono e affrontano tale necessità, modalità che sono in parte differenti e, a volte, variano tra Distretti della stessa Asl.

Ad esempio nel Distretto di Bergamo tali richieste non vengono proprio accettate (ed è l'unico Ufficio a rispondere negativamente), mentre gli altri due Distretti prendono in considerazione la possibilità attraverso una valutazione di uno specialista o di un fisioterapista. Di seguito il dettaglio delle risposte di tutti gli Uffici:

<b>ASL BERGAMO</b>	<b>Bergamo</b>	Le richieste non vengono accettate
	<b>Romano</b>	Con richiesta e prescrizione dello specialista di utilità/necessità
	<b>Zogno</b>	Su visita domiciliare del fisioterapista
<b>ASL COMO</b>	<b>Erba</b>	Con supervisione medico dirigente e fisioterapista
	<b>Olgiate C.</b>	Ci si regola in base alle condizioni del paziente in collaborazione con lo specialista
<b>ASL MILANO 1</b>	<b>Corsico</b>	Valutazione a domicilio (sempre fisioterapista) il medico di distretto eroga entrambi ma con eventuale deroga a termine per uno dei due ausili (generalmente viene sempre dato il letto più comodo)
	<b>Garbagnate</b>	Valutazione del caso da parte del medico e del fisioterapista oppure della Commissione extra LEA) Si utilizza il riciclo (magazzino del riciclo con valutazione a 3 mesi dell'erogato)
<b>ASL PAVIA</b>	<b>Pavia</b>	Con una valutazione clinica del caso, tenuto conto che il problema sussiste solo per la carrozzina pieghevole (letto + carrozzina fissa non presenta problemi)
<b>ASL SONDRIO</b>	<b>Morbegno</b>	Previa valutazione medica e socio-sanitaria
	<b>Sondrio</b>	previa Valutazione funzionario medico per erogazione
	<b>Tirano</b>	previa Valutazione funzionario medico per erogazione

## FATTORE 9 – Accessibilità fisica e sensoriale

BERGAMO	MILANO 1	MEDIA	COMO	PAVIA	SONDRIO
96	94	69	61	61	35

Il punteggio soltanto discreto del tema dell'accessibilità fisica e sensoriale è attribuibile essenzialmente alla mancata o parziale conformità del sito web aziendale ai requisiti sull'accessibilità previsti dalla legge Stanca, e alla quasi totale carenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso agli Uffici Protesi e Ausili (barriere sensoriali).

Tuttavia, come emerge dalla seconda tabella, è molto buona l'accessibilità intesa come assenza di barriere architettoniche e come dotazione di parcheggi riservati ai disabili, e sono positivi anche i risultati medi degli indicatori che indagano elementi attinenti alla raggiungibilità delle strutture in generale (mezzi pubblici, adeguata cartellonistica e segnaletica per l'orientamento).

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
1	Conformità del sito web aziendale ai requisiti sull'accessibilità previsti dalla L. Stanca e s.m.i	53

Le Asl di Bergamo e Milano 1 dichiarano che il sito web aziendale è conforme a tutti i requisiti di accessibilità previsti dalla Legge.

La conformità dei siti web delle Asl di Como e Pavia si limita alla maggior parte dei requisiti, mentre la Asl di Sondrio deve ancora del tutto adeguare il proprio sito.

### Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
4	Presenza di almeno un percorso accessibile per disabili motori	100
6	Posti auto riservati a disabili	100
7	Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale	100
2	Cartellonistica stradale in prossimità dell'Ufficio per indicarne l'ubicazione	91
3	Insegna visibile all'esterno per segnalare l'Ufficio	91
8	Presenza di almeno un bagno per disabili	91
1	Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede dell'Ufficio	90
5	Accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso all'Ufficio	9

Come anticipato, sono molto positivi i profili medi degli indicatori che rilevano l'attenzione alle disabilità fisiche negli Uffici Protesi Ausili.

Assenti pressochè ovunque accorgimenti in favore dell'accessibilità a persone con disabilità sensoriali, tranne che nell'Ufficio di Romano di Lombardia, che spicca per questo elemento virtuoso.

## FATTORE 10 – Partecipazione di cittadini e Associazioni

I risultati degli indicatori afferenti al tema della partecipazione dei cittadini, rilevati a livello aziendale, sono stati analizzati e riportati soprattutto per gli spunti e i dati "segnaletici" che forniscono <sup>17</sup>, e vanno considerati quali singoli contributi informativi.

BERGAMO	PAVIA	SONDRIO	MEDIA	MILANO 1	COMO
50	33	33	27	20	0

### Indicatori rilevati a livello Aziendale

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
2	Iniziative di "promozione della salute" sul tema del diabete promosse in collaborazione con organizzazioni civiche	80
5	Convocazione negli ultimi 24 mesi di rappresentanti di Associazioni locali di pazienti/cittadini in merito alle segnalazioni da esse ricevute su criticità del serv. di Ass. Protesica e Integrativa	33
1	Presenza stabile di organismi di rappresentanza dei cittadini e dei pazienti nella Commissione per la valutazione preliminare della qualità-costo-efficacia dei dispositivi protesici	0
4	Possibilità di controlli degli utenti sulla qualità dei dispositivi erogati prevista nei capitoli d'appalto che regolano le forniture di ausili e dispositivi per l'Assistenza Protesica e Integrativa	0
6	Iniziative comuni (Azienda e organizzazioni civiche) negli ultimi 36 mesi per la valutazione civica della qualità del servizio di Assistenza Protesica e Integrativa	(0)
3	Attivazione negli ultimi 24 mesi di collaborazioni con organizzazioni civiche, Comitati di quartiere o altri organismi del no-profit attivi sul territorio per un supporto nell'individuazione di situazioni di spreco/recupero delle eccedenze	

Positivo il dato sul coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle iniziative di promozione della salute sul tema del diabete, che avviene in 4 Asl su 5 (Bergamo, Milano 1, Pavia e Sondrio).

Il risultato più interessante e su cui è utile avviare un ragionamento volto al cambiamento è quello relativo alla comune **assenza di rappresentatività dei cittadini** in un aspetto-chiave del servizio di Assistenza Protesica e Integrativa: è inaccettabile che i cittadini/utenti non siano coinvolti **nei controlli sulla qualità dei dispositivi erogati**. È vivamente auspicabile che **nei capitoli d'appalto** che regolano le forniture di ausili e dispositivi venga inserita espressamente tale possibilità, e che i relativi costi siano previsti a carico della Ditta fornitrice aggiudicataria.

Inoltre, l'unica Azienda che ha risposto di avere **Commissioni od organismi per la valutazione preliminare della qualità-costo-efficacia** (con procedure di HTA o assimilabili) dei dispositivi protesici da erogare (esaminata nel Fattore 6 "Controllo e miglioramento della qualità") **non coinvolge** in modo stabile organismi di **rappresentanza dei cittadini e dei pazienti** in tale Commissione.

Apparrebbe modesto il risultato relativo alla convocazione da parte della Asl di rappresentanti di Associazioni locali di pazienti/cittadini in merito alle segnalazioni da esse ricevute su criticità del servizio (ind. 5), ma il dato è influenzato dal fatto che, come alcune Asl hanno segnalato, le segnalazioni ricevute dalle Associazioni sono state esigue e non si è reso quindi necessario convocarle su questo. Tuttavia alcune Asl segnalano di incontrare con una certa frequenza le Associazioni: la Asl Milano 1 svolge incontri periodici con Associazioni di pazienti, e la Asl di Como attua *"in generale un incontro all'anno con le Associazioni per rendere conto del fatto e delle cose da fare"*.

<sup>17</sup> Tale Fattore, in questa prima edizione del progetto, non raggiunge nel suo complesso una "affidabilità" dal punto di vista del confronto valutativo tra Aziende, per via delle numerose risposte non pertinenti o non dovute.

Nessuna delle Aziende aveva negli ultimi 3 anni realizzato iniziative in partnership con organizzazioni civiche per la valutazione civica della qualità del servizio di Assistenza protesica e Integrativa (ind. 6), prima del presente Audit Civico: tale risultato va ricalibrato alla luce del fatto che le 5 Asl stanno appunto soddisfacendo tale indicatore proprio attraverso la partecipazione, dimostratasi peraltro molto attiva e collaborativa, ad un'indagine di valutazione civica della qualità del servizio.

Le Asl non coinvolgono nelle proprie attività di recupero delle eccedenze o di individuazione delle situazioni di spreco (che tutte e cinque attuano) organizzazioni civiche, Comitati di quartiere o altri organismi del no-profit attivi sul territorio (ind. 3<sup>18</sup>), soggetti che, invece, potrebbero contribuire in forme o modi diversi per un utile supporto.

---

18 L'indicatore non ha tuttavia avuto punteggio negativo per il particolare criterio di valutazione che si è voluto attribuire: le Asl avrebbero avuto 100 punti in caso di risposta affermativa, ma non avrebbero ricevuto alcuna penalizzazione in caso di risposta negativa. Tale criterio è stato adottato proprio in considerazione della natura esplorativa della domanda e del fatto che l'attivazione di tale tipo di iniziativa, ancora rara, sarebbe una buona prassi da premiare, ma non è ragionevole penalizzarne l'assenza.

## FATTORE 11 – Comfort e sicurezza

MILANO 1	PAVIA	MEDIA	BERGAMO	SONDRIO	COMO
95	95	91	90	88	85

Ottimo, infine, il profilo medio delle Aziende dal punto di vista della sicurezza strutturale e del comfort, aspetti indagati attraverso alcuni indicatori rilevati nei luoghi di accesso al pubblico, a livello, cioè, dei singoli undici Uffici Protesi/Ausili coinvolti.

### Indicatori rilevati a livello Ufficio Protesi/Ausili

N. IND	INDICATORI VALUTATI:	PUNTEGGIO MEDIO
2	Bagni per il pubblico	100
4	Presenza di segnaletica per: - vie di fuga - estintori - piano di evacuazione	100
5	Cartelli regolamentari sul divieto di fumo	100
1	Sala d'attesa con dotazioni di comfort	60
3	Eventuale osservazione di segni di fatiscenza/scarsa igiene <sup>19</sup>	/
6	Rilevazione di eventuali evidenze di trasgressione del divieto di fumo <sup>20</sup>	/

<sup>19</sup> Indagati attraverso la verifica osservazionale dell'assenza dei seguenti items:

- segni di fatiscenza alle pareti
- vetri rotti
- finestre che non si chiudono
- rifiuti o altro materiale abbandonato
- soffitti e/o muri con ragnatele
- rubinetti rotti
- servizi igienici fuori uso

<sup>20</sup> Indagati attraverso la verifica osservazionale dell'assenza dei seguenti items:

- Persone che fumano negli ambienti a servizio dell'utenza
- Posacenere nella struttura
- Mozziconi di sigaretta per terra
- Odore di fumo di sigaretta nella struttura.

Non sorprende il perfetto adeguamento degli Uffici lombardi alla segnaletica di sicurezza e a quella relativa al divieto di fumo, così come il fatto che in nessuna struttura siano stati rilevati segni di fatiscenza o di scarsa igiene, né evidenze di trasgressione del divieto di fumo.

Interessante la valutazione delle sale d'attesa, indicatore che a livello medio presenta un punteggio di 60 e che valuta la presenza di cinque caratteristiche (attribuendo 20 punti per ciascun item barrato). Nessuno degli Uffici ha raggiunto il punteggio massimo, ma 7 su 11 hanno barrato almeno 3 dei cinque item proposti:

Sala d'attesa con dotazioni di comfort
ambiente dedicato a tale funzione (e non un corridoio con sedie)
presenza di posti a sedere
presenza di distributori di bevande/alimenti
presenza di dispenser di acqua gratuita
presenza di climatizzazione

## Considerazioni conclusive sull'ambito dell'Assistenza Protesica-Integrativa: sguardo d'insieme e spunti di riflessione

Il presente paragrafo è dedicato ad uno sguardo d'insieme che illustra graficamente i risultati in modo aggregato relativamente ai valori medi dei Fattori e alla comparazione dei risultati delle 5 Asl per ciascun Fattore.

Come emerge chiaramente dal grafico sottostante, il quadro complessivo dei risultati delle 5 Asl partecipanti evidenzia una forte attenzione al tema dell'empowerment <sup>21</sup>, e può dirsi molto elevato anche il livello di comfort e sicurezza delle strutture aperte al pubblico.

Molto positivo anche il profilo del Fattore 6, che è più significativo dal punto di vista della corposità numerica di indicatori, e che assume una notevole rilevanza ai fini di un primo Audit Civico dell'ambito dell'Assistenza Protesica e integrativa: attraverso tale Fattore, infatti, si è cercato di sondare, con 21 indicatori, la funzione di controllo da parte delle Asl rispetto ai servizi di erogazione di dispositivi, fondamentale in un sistema regionale in cui parte del percorso è in carico alle Aziende Ospedaliere. Anche l'aspetto del miglioramento della qualità, rilevato attraverso questo stesso Fattore, ha evidenziato elementi molto positivi.

### MEDIA FATTORI

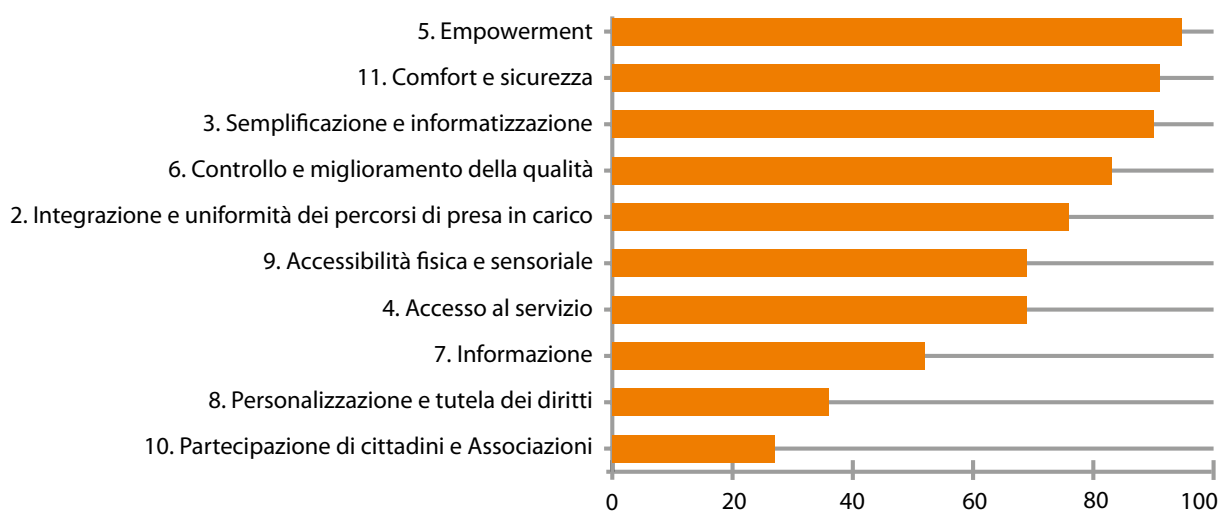


Fig. 15

Il punteggio non elevato del tema dell'accessibilità fisica e sensoriale è attribuibile essenzialmente alla mancata o parziale conformità del sito web aziendale ai requisiti sull'accessibilità previsti dalla legge Stanca e alla carenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso agli Uffici Protesi e Ausili (barriere sensoriali), mentre gli Uffici sono risultati tutti accessibili rispetto alle barriere architettoniche.

Un'area su cui è possibile - ciascuna Azienda in base al proprio contesto e ai bisogni locali - individuare aree di miglioramento è sicuramente quella dell'informazione.

I punteggi bassi del Fattore 8, relativo alla personalizzazione e tutela dei diritti, e del Fattore 10, riguardante la partecipazione di cittadini e Associazioni, sono in parte attribuibili all'esiguità del numero di indicatori valutati attraverso questa prima esperienza: al di là, dunque, dei punteggi numerici, si ritiene interessante aver sondato la presenza di iniziative specifiche, e si rimanda alle relative schede per un approfondimento descrittivo delle evidenze emerse.

21 Indagato attraverso tre soli indicatori.



Uno sguardo d'insieme ai risultati ottenuti su ciascun Fattore dalle singole Asl (figura sotto) mostra come la struttura di valutazione, elaborata per la prima volta e testata attraverso questa sperimentazione, riesca a far emergere differenze tra le Aziende in relazione ai temi trattati:

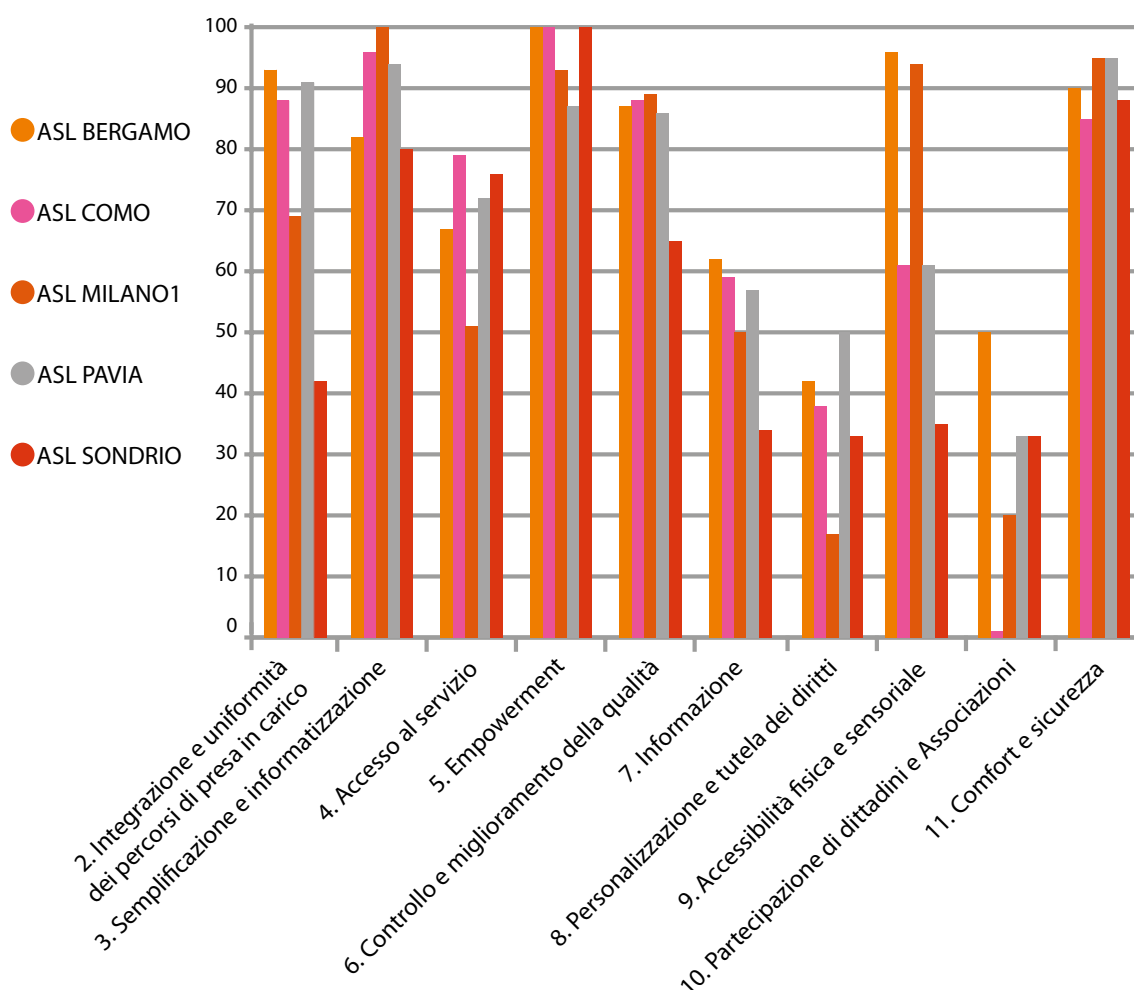


Fig. 16

Il range di punteggio è infatti ampio e variegato tra le Aziende, e si può affermare che attraverso questa indagine sia stato possibile far emergere per ciascuna Asl sia punti di forza che aree migliorabili.

Questo il quadro dei risultati nel complesso, che deve però tenere conto anche delle diversità "anagrafiche", dimensionali e organizzative delle ASL, descritte all'inizio del capitolo (cfr. il paragrafo Caratteristiche e volumi di attività delle ASL coinvolte).

Il progetto ha rappresentato anche il luogo di confronto e discussione riguardo alla riorganizzazione stessa del servizio regionale nell'ottica della semplificazione e alla necessità di tenere sotto controllo aspetti che possono generare fragilità.

Operatori di alcuni Uffici Protesi e Ausili hanno, ad esempio, sollevato un interessante spunto di riflessione rispetto al sistema lombardo di spostamento in capo alle Aziende Ospedaliere di alcune importanti funzioni precedentemente in carico alle Asl, e rispetto ai potenziali rischi connessi ai temi dell'appropriatezza prescrittiva e dell'omogeneità dei comportamenti tra professionisti delle Asl e professionisti delle Aziende Ospedaliere.

Si auspica che il processo di collaborazione e partecipazione messo in moto attraverso questo ciclo di Audit Civico prosegua fattivamente nell'ottica, appunto, di favorire un confronto virtuoso tra le strutture sanitarie e i cittadini, e che la ricchezza informativa prodotta grazie all'impegno e alla collaborazione di tutti coloro che hanno preso parte al Progetto venga dibattuta e utilizzata quale strumento di lavoro, ai fini del miglioramento del bene comune.

### 3.3 L'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata di Michela Liberti

La struttura di valutazione dell'Audit Civico dell'Assistenza Domiciliare Integrata è stata costruita seguendo la metodologia che da sempre contraddistingue il metodo dell'Audit Civico, usando come fonti per la costruzione degli indicatori: normative, buone pratiche, documenti ufficiali; con lo scopo di definire indicatori oggettivi, che quindi non hanno l'obiettivo di rilevare la percezione dell'utente del servizio, ma di rilevare una situazione di fatto.

La struttura di valutazione così costruita è stata poi validata insieme ad un gruppo di esperti del mondo sanitario.

Il risultato è la struttura che vi presentiamo di seguito:

STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI	
FATTORI DI VALUTAZIONE	N° INDICATORI
ANAGRAFICA	7 <sup>1</sup>
DATI DI ATTIVITA' E DI PERSONALE	11 <sup>2</sup>
TEMPI DI ATTESA	6 <sup>3</sup>
ACCESSO AL SERVIZIO	19
PRESA IN CARICO	20
EQUIPE ASSISTENZIALE	15
FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	14
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	8

1 Indicatori non valutati con l'attribuzione di un punteggio ma attraverso una valutazione di tipo descrittivo.

2 Vedi sopra.

3 Vedi sopra.

Otto Fattori di valutazione e circa 100 indicatori. Il dettaglio dei singoli indicatori previsti nei Fattori verrà presentato nella parte relativa alla presentazione dell'analisi dei risultati. I primi tre Fattori di valutazione: Anagrafica, Dati di attività e di personale e Tempi di attesa, non sono stati valutati con l'attribuzione di un punteggio, ma hanno ricevuto una valutazione di tipo descrittivo, questo per due ordini di motivi: per la natura stessa di alcuni indicatori che non permettono una valutazione quantitativa (Anagrafica) e per la mancata individuazione degli standard di riferimento che permettono di misurare la distanza da quest'ultimo e quindi l'attribuzione di un punteggio.

Per la raccolta delle informazioni sono stati costruiti due strumenti di rilevazione, in particolare:

- un Questionario per la Direzione Generale della ASL;
- un Questionario per la Direzione del Distretto Sanitario.

Di seguito una Tabella che descrive l'ambito di applicazione della struttura di valutazione.

<b>STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI</b>		
<b>FATTORI DI VALUTAZIONE</b>	<b>Q. Direz. Generale</b>	<b>Q. Direz. Distretto</b>
ANAGRAFICA	X	
DATI DI ATTIVITA' E DI PERSONALE	X	X
TEMPI DI ATTESA		X
ACCESSO AL SERVIZIO		X
PRESA IN CARICO		X
EQUIPE ASSISTENZIALE		X
FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	X	
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	X	

I Fattori: Anagrafica, Dati di attività e di personale, Formazione e comunicazione e Monitoraggio e valutazione sono stati indagati attraverso un Questionario rivolto alla Direzione Generale della ASL. Mentre i Fattori: Dati di attività e di personale, Tempi di attesa, Accesso al servizio, Presa in carico ed Equipe assistenziale sono stati valutati attraverso un Questionario rivolto alla Direzione del Distretto.

Il limite principale di questa struttura di valutazione dell'Audit Civico sull'ADI sta nella specificità del Servizio stesso, che ha il suo luogo di erogazione presso il domicilio del paziente, quindi, avendo scelto di escludere per questa edizione il coinvolgimento degli utenti del servizio, quello che abbiamo potuto valutare sono stati aspetti di programmazione, organizzazione e di valutazione del servizio.

## **LE AZIENDE CHE HANNO PRESO PARTE AL PROGETTO**

Le Aziende che hanno preso parte all'Audit civico sull'ADI in Lombardia nel 2013 sono 5, in particolare:

- ASL Bergamo
- ASL Como
- ASL Milano1
- ASL Pavia
- ASL Sondrio

Mentre i Distretti valutati sono in totale 11, così distribuiti:

- ASL Bergamo: 3 Distretti - Valle Brembana (sede Zogno), Romano di Lombardia, Bergamo
- ASL Como: 2 Distretti - Como sud-est, Brianza
- ASL Milano1: 2 Distretti - Corsico e Garbagnate
- ASL Pavia: 1 Distretto, dove è presente il CEAD centrale
- ASL Sondrio: 3 Distretti - Sondrio, Morbegno, Tirano

## ANALISI DEI RISULTATI

Di seguito sono presentati i risultati di livello regionale.

La presentazione seguirà l'ordine dei Fattori di valutazione e per ognuno verranno presentati i risultati più rilevanti.

Ogni scheda Fattore prevede, l'elenco degli indicatori, i risultati più rilevanti e un commenti ai dati.

Per i primi tre Fattori di valutazione: Anagrafica, Dati di attività e di personale e Tempi di attesa, l'analisi sarà di tipo descrittivo, senza attribuzione di un punteggio. Mentre per i restanti Fattori sono state costruite delle Tavole di benchmarking tra le Aziende. Verrà attribuito anche un giudizio al Fattore secondo la seguente classificazione:

PUNTEGGIO IAS	
VALORE	CLASSE DI MERITO
da 91 a 100	Eccellente
da 81 a 90	Buono
da 61 a 80	Discreto
da 41 a 60	Mediocre
da 21 a 40	Scadente
da 0 a 20	Pessimo

Ancora una precisazione, l'analisi delle risposte dei Questionari per la Direzione del Distretto Sanitario hanno rilevato che le procedure dei Servizi ADI, all'interno della singola ASL, sono identiche tra loro, quindi si è deciso di annullare il benchmarking tra i Servizi ADI della stessa ASL, mentre manteniamo quello tra le Aziende.

## Fattore di valutazione "ANAGRAFICA"

Il Fattore "Anagrafica", indagato a livello di Direzione Generale della ASL, prevede le seguenti voci:

- Denominazione Azienda Sanitaria Locale
- Bacino di utenza della ASL
- Numero di Comuni afferenti all'ASL
- Numero di Centri di Area metropolitana afferenti all'ASL
- Elenco dei CEAD presenti nella ASL, divisi per Distretto
- Elenco dei Servizi ADI presenti nella ASL divisi per Distretto
- Elenco dell'UVM presenti divisi per Distretto

## BACINO DI UTENZA DELLE ASL



## NUMERO DI COMUNI AFFERENTI ALLE ASL

ASL BERGAMO	ASL COMO	ASL MILANO 1	ASL PAVIA	ASL SONDRIO
<b>244</b>	<b>160</b>	<b>73</b>	<b>190</b>	<b>78</b>

## ELENCO DEI SERVIZI PRESENTI NELLE ASL

AZIENDA SANITARIA	ELENCO CEAD	SERVIZI ADI	Unità di Valutazioni Multidimensionale
<b>ASL BERGAMO</b>	Bergamo	Bergamo	
	Area territoriale Est Provincia: Grumello, Seriate, Sarnico, Lovere, Trescore	Area territoriale Est Provincia: Grumello, Seriate, Sarnico, Lovere, Trescore	
	Dalmine	Dalmine	
	Val Seriana: Albino Clusone	Val Seriana: Albino Clusone	
	Val Brembana: Zogno, Villa Dalmè	Val Brembana: Zogno, Villa Dalmè	
	Isola Bergamasca	Isola Bergamasca	
	Bassa Bergamasca: Romano L., Treviglio	Bassa Bergamasca: Romano L., Treviglio	

AZIENDA SANITARIA	ELENCO CEAD	SERVIZI ADI	Unità di Valutazioni Multidimensionale
<b>ASL COMO</b>	Brianza: Erba, Cantù, Mariano Comense	Brianza	Brianza
	Como: Como	Como	Como
	MAL: Dongo, Menaggio	Mal	Mal
	Sud Ovest: Lomazzo, Fino mornasco, Olgiate Comasco	Sud Ovest	Sud Ovest

AZIENDA SANITARIA	ELENCO CEAD <sup>4</sup>	SERVIZI ADI <sup>5</sup>	Unità di Valutazioni Multidimensionale
<b>ASL MILANO1</b>	Garbagnate Milanese	Garbagnate Milanese	Stimiamo una media di 20 équipe
	Rho	Rho	
	Corsico	Corsico	
	Legnano	Legnano	
	Castano Primo	Castano Primo	
	Magenta	Magenta	
	Abbiategrasso	Abbiategrasso	

4 Nella ASL Milano1 i CEAD non sono mai stati costituiti formalmente, ma ci sono stati diversi livelli di adeguamento alla normativa, ad esempio i Laboratori distrettuali

5 Nella ASL Milano1, il presente elenco va inteso come Punti di Accesso al Servizio.

AZIENDA SANITARIA	ELENCO CEAD	SERVIZI ADI	Unità di Valutazioni Multidimensionale
<b>ASL PAVIA</b>	Pavia	Pavia	PAVESE
	9 Piani di zona	9 Piani di zona	LOMELLINA OLTREPO

AZIENDA SANITARIA	ELENCO CEAD	SERVIZI ADI <sup>6</sup>	Unità di Valutazioni Multidimensionale <sup>7</sup>
<b>ASL SONDRIO</b>	Sondrio	Tirano - Bormio	Tirano - Bormio
	Chiavenna	Sondrio	Sondrio
	Tirano	Morbegno	Morbegno
	Bormio	Chiavenna	Chiavenna
	Morbegno		

6 Nella ASL di Sondrio il Servizio ADI prende il nome di Commissione di valutazione distrettuale che ha il compito di presiedere ed attivare il servizio.

7 Nella ASL di Sondrio l'Unità di valutazione multidimensionale prende il nome di Commissione di valutazione distrettuale che ha il compito di presiedere ed attivare il servizio.

Il Fattore "Anagrafica" con le sue informazioni descrive il contesto dentro il quale si svolge il Progetto, ed evidenzia fin da subito la diversa organizzazione dei servizi che caratterizza le 5 Aziende.

Il CEAD non è presente in tutte le Aziende, in particolare in un'Azienda è stata prevista in alternativa la Commissione di valutazione distrettuale.

I Servizi ADI sono presenti ovunque ma hanno a volte funzioni diverse, in un'Azienda, ad esempio, il Servizio ADI va inteso solo come Punto di Accesso al Servizio.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è presente in tutte le Aziende ma ha modalità organizzative diverse e anche il numero delle équipe varia nelle diverse Aziende.

## Fattore "Dati di attività e di personale"

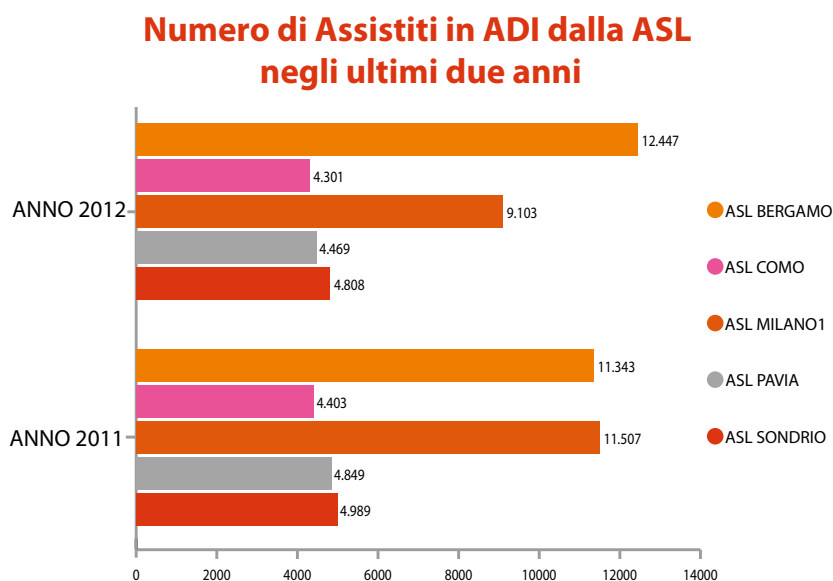
Il Fattore "Dati di attività e di personale" prevede le seguenti voci:

- Numero di assistiti in ADI dalla ASL, divisi per ADI e ADI Palliativa, negli ultimi due anni
- Percentuali di assistiti in ADI dalla ASL divisi per sesso nel 2012
- Percentuali di assistiti in ADI dalla ASL divisi per fasce di età nel 2012
- Bacino di utenza del Servizio ADI nel Distretto
- Numero di assistiti in ADI dal Distretto, divisi per ADI e ADI Palliativa, negli ultimi due anni
- Percentuali di assistiti in ADI dal Distretto divisi per sesso nel 2012
- Percentuali di assistiti in ADI dal Distretto divisi per fasce di età nel 2012
- Numero complessivo di richieste per ADI pervenute al CeAD nel 2012
- Numero di ADI attivate direttamente dal CeAD sul totale di ADI attivati nel 2012
- Numero di ADI inoltrate dal CeAD all'UVM, per una valutazione di secondo livello nel 2012 sul totale delle richieste ADI ricevute
- Numero complessivo di richieste ADI attivate direttamente dall'UVM sul totale di ADI pervenute nel 2012
- Numero di operatori presenti nel CEAD con funzioni di front office sul totale degli operatori
- Numero di operatori presenti al CEAD con funzioni di back office sul totale degli operatori
- Qualifica (amministrativi, medici, infermieri, etc.) e provenienza (ASL o Comune) degli operatori presenti nel CEAD

I dati sono stati rilevati a livello di Direzione Generale della ASL e a livello di Direzione di Distretto.

## NUMERO DI ASSISTITI DI LIVELLO AZIENDALE

Numero di assistiti in ADI dalla ASL negli ultimi due anni



Le Aziende con il numero di assistiti più elevato sono Bergamo e Milano1. Le altre Aziende sanitarie si attestano tutte tra i 4000 e i 5000 assistiti.

Nel 2012 tutte le Aziende hanno mantenuto invariato il numero di assistiti, tranne l'Azienda di Milano1 dove sono diminuiti di circa 2000 unità.

### Numero di assistiti in ADI dalla ASL, divisi per ADI e ADI Palliativa, negli ultimi due anni

	ASL Bergamo	ASL Como	ASL Milano 1	ASL Pavia	ASL Sondrio
<b>ANNO 2012</b>	<b>12.447</b>	<b>4.301</b>	<b>9103</b>	<b>4469</b>	<b>4.808</b>
cure domiciliari prestazionali	5.474	2621	7.094	1547	3.828
cure domiciliari di I livello	4.140	1161	418	1771	722
cure domiciliari di II livello	863	241	728	486	64
cure domiciliari di III	1.309	63	457	266	115
cure domiciliari palliative a malati terminali	661	215	406	399	79
<b>ANNO 2011</b>	<b>11.343</b>	<b>4.403</b>	<b>11507</b>	<b>4.849</b>	<b>4.989</b>
cure domiciliari prestazionali	5.203	2576	9.441	2006	3.938
cure domiciliari di I livello	2.372	1262	529	1371	765
cure domiciliari di II livello	2.181	278	381	259	73
cure domiciliari di III	991	62	578	761	85
cure domiciliari palliative a malati terminali	596	225	578	451	128



Le ASL di Milano1 e Sondrio risaltano rispetto alle cure domiciliari prestazionali perchè erogano prevalentemente questo tipo di servizio. Mentre nelle altre Aziende gli assistiti sono distribuiti nei diversi profili di cura.

<b>Percentuali di assistiti in ADI dalla ASL divisi per sesso nel 2012</b>	<b>ASL Bergamo</b>	<b>ASL Como</b>	<b>ASL Mi1</b>	<b>ASL Pavia</b>	<b>ASL Sondrio</b>
MASCHI	39	40	32	38	34
FEMMINE	61	60	68	62	66

In tutte le Aziende sanitarie il rapporto tra il numero di maschi e femmine assistite in ADI è 40 maschi e 60 femmine.

<b>Percentuali di assistiti in ADI dalla ASL divisi per fasce di età nel 2012</b>	<b>ASL Bergamo</b>	<b>ASL Como</b>	<b>ASL Mi1</b>	<b>ASL Pavia</b>	<b>ASL Sondrio</b>
< 65 anni	12	11	10	12	9
> 65 anni	88	89	90	88	91

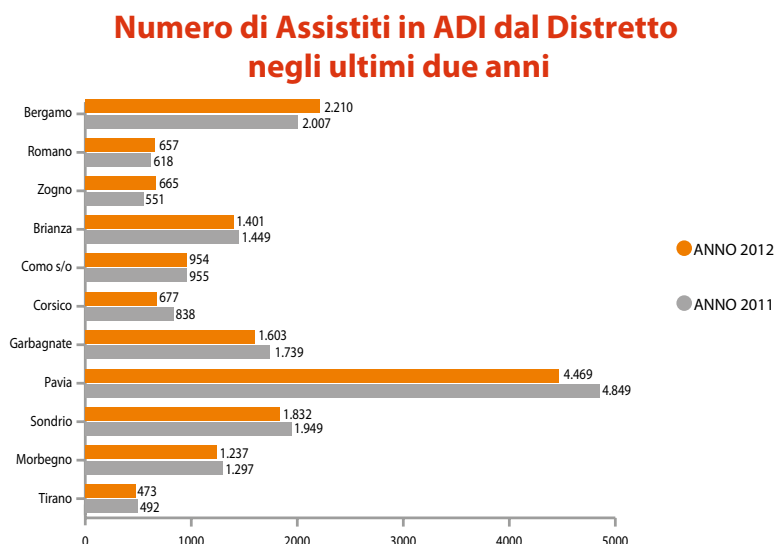
In tutte le Aziende la percentuale di assistiti ultra 65enni è circa il 90%.

## NUMERO DI ASSISTITI PER DISTRETTO

Il bacino di utenza dei diversi Distretti coinvolti è:

<b>Bacino utenza Servizio ADI - Distretto</b>										
<b>ASL Bergamo</b>			<b>ASL Como</b>		<b>ASL Milano 1</b>		<b>ASL Pavia</b>	<b>ASL Sondrio</b>		
Bergamo	Romano	Zogno	Brianza	Como s/o	Corsico	Garbagnate	Pavia	Sondrio	Morbegno	Tirano
150.000	85.000	43.180	200.000	187.000	115.000	192.000	553.106	56.286	46.763	28.768

## Numero di assistiti in ADI dal Distretto negli ultimi due anni



Il numero di assistiti ADI totale per Distretto non è variato in modo importante dal 2011 al 2012, in tutti i Distretti valutati.

Di seguito il dettaglio del numero di assistiti per profilo di cura nei diversi Distretti.

### Numero di assistiti in ADI dal Distretto, divisi per ADI e ADI Palliativa, negli ultimi due anni

	ASL Bergamo			ASL Como		ASL Milano 1		ASL Pavia	ASL Sondrio		
	Bergamo	Romano	Zogno	Brianza	Como s/o	Corsico	Garbagnate	Pavia	Sondrio	Morbegno	Tirano
<b>ANNO 2012</b>	<b>2210</b>	<b>657</b>	<b>665</b>	<b>1401</b>	<b>954</b>	<b>677</b>	<b>1603</b>	<b>4469</b>	<b>1832</b>	<b>1237</b>	<b>473</b>
prestazionali	1100	201	318	873	578	426	1215	1547	1472	1.071	300
I livello	523	291	240	381	319	65	232	1771	261	129	130
II livello	204	43	47	72	54	51	69	486	20	10	20
III livello	118	86	54	19	3	18	87	266	41	9	19
palliative	265	36	6	56 <sup>8</sup>	0 <sup>9</sup>	117	ND	399	38	18	4
<b>ANNO 2011</b>	<b>2007</b>	<b>618</b>	<b>551</b>	<b>1449</b>	<b>955</b>	<b>838</b>	<b>1739</b>	<b>4849</b>	<b>1949</b>	<b>1297</b>	<b>492</b>
prestazionali	971	203	282	868	578	562	1391	2006	1554	1.102	309
I livello	422	155	135	433	293	75	197	1371	300	148	124
II livello	268	158	67	85	81	62	65	259	20	7	20
III livello	114	55	64	16	3	22	85	761	27	8	19
palliative	232	47	3	47	0	117	ND	451	48	32	20

Fonte: Cittadinanzattiva, dati Audit Civico Assistenza Domiciliare Integrata Lombardia 2013

8 Si ricorda che in questi territori la presenza della ODCP

9 Si ricorda che in questi territori la presenza della ODCP

Per tutti i Distretti il rapporto tra il numero di maschi e femmine assistite in ADI è circa 40 maschi e 60 femmine, come dimostra la tabella sottostante.

<b>% di assistiti in ADI dal Distretto divisi per sesso nel 2012</b>											
	ASL Bergamo			ASL Como		ASL Milano 1		ASL Pavia	ASL Sondrio		
	Bergamo	Romano	Zogno	Brianza	Como s/o	Corsico	Garbagnate	Pavia	Sondrio	Morbegno	Tirano
MASCHI	40	44	37	40	41	31	66	38	33	33	38
FEMMINE	60	56	63	60	59	69	34	62	67	67	62

Lo stesso rapporto che avevamo riscontrato a livello di Azienda, tra assistiti con un età inferiore ai 65 anni e gli ultra 65enni, rimane confermato anche a livello di Distretto: il 90% circa degli assistiti ha oltre 65 anni, il restante 10% è sotto i 65 anni.

<b>% di assistiti in ADI dal Distretto divisi per fasce di età nel 2012</b>											
	ASL Bergamo			ASL Como		ASL Milano 1		ASL Pavia	ASL Sondrio		
	Bergamo	Romano	Zogno	Brianza	Como s/o	Corsico	Garbagnate	Pavia	Sondrio	Morbegno	Tirano
< 65 anni	13	15	9	12	16	13	7	12	10	9	8
> 65 anni	87	85	91	88	84	87	93	88	90	91	92

Sono stati previsti in questo Fattore un numero limitato di indicatori dedicato alla valutazione del numero di richieste ricevute e attivate dai diversi organi/Enti predisposti (CeAD e Unità di Valutazione Multidimensionale), ma le informazioni raccolte non sono omogenee tra di loro e non permettono un confronto dei dati a livello aziendale. Mentre, rilevano che le diverse Aziende hanno attivato, al proprio interno, modalità organizzative differenti del Servizio ADI.

Di seguito riportiamo una tabella con il numero di richieste per ADI pervenute al CeAD nel 2012.

<b>Numero complessivo di richieste per ADI pervenute al CeAD nel 2012</b>										
ASL Bergamo			ASL Como		ASL Milano 1		ASL Pavia	ASL Sondrio		
Bergamo	Romano	Zogno	Brianza	Como s/o	Corsico	Garbagnate	Pavia	Sondrio	Morbegno	Tirano
ND	ND	ND	1425	1071	677	1603	5277	383	194	180

## Fattore "Tempi di attesa"

Il Fattore "Tempi di attesa" prevede le seguenti informazioni:

- Tempo di attesa (espresso in giorni) tra richiesta e valutazione multidimensionale del caso per ADI/ADI palliative
- Tempo di attesa (espresso in giorni) dalla valutazione alla definizione del PAI per ADI/ADI palliative
- Tempo di attesa (espresso in giorni) tra stesura del PAI e attivazione dello stesso per ADI/ADI palliative
- Tempi di attesa dalla richiesta all'attivazione dell'ADI
- Tempi di revisione (espresso in giorni) del PAI per ADI/ADI palliative
- Nel caso di ridefinizione/prosecuzione del PAI si può verificare un "periodo finestra"

I dati sono stati rilevati nei singoli Distretti monitorati.

Questo Fattore vuole valutare i tempi di attesa dei diversi passaggi, dal momento della richiesta a quello dell'erogazione, includendo anche la fase di revisione del Piano Terapeutico.

Di seguito trovate una Tabella per ogni passaggio del Servizio ADI, diviso per profili di cura.

<b>Tempo di attesa (espresso in giorni) tra richiesta e valutazione multidimensionale del caso</b>					
	ASL Bergamo	ASL Como	ASL Milano 1	ASL Pavia	ASL Sondrio
cure domiciliari prestazionali	1	2	2	ND IL DATO PER LIVELLO	1
cure domiciliari di I livello	1	2	2	Triage immediato 1 gg infermiere	1
cure domiciliari di II livello	1	2	2		1
cure domiciliari di III livello	1	1	1	4/5 gg fisioterapia-pista	1
cure domiciliari palliative a malati terminali	1	2	2		1

Il Tempo di attesa tra richiesta e valutazione del caso è molto basso in tutte le Aziende, oscilla da 1 e 2 giorni.

<b>Tempo di attesa (espresso in giorni) dalla valutazione alla definizione del PAI</b>					
	ASL Bergamo	ASL Como	ASL Milano 1	ASL Pavia	ASL Sondrio
cure domiciliari prestazionali	2	NP tutto informatizzato e condiviso con l'ente erogatore in tempo reale	2	ND IL DATO PER LIVELLO	1
cure domiciliari di I livello	2		2	Triage immediato 1 gg infermiere	1
cure domiciliari di II livello	2		2		1
cure domiciliari di III livello	2		1	2/3 gg fisioterapia-pista	1
cure domiciliari palliative a malati terminali	2		2		1

Anche il passaggio dalla valutazione alla definizione del PAI si svolge entro breve tempo, e soprattutto questa è una situazione che abbiamo riscontrato in tutte le Aziende valutate.

### Tempo di attesa (espresso in giorni) tra stesura del PAI e attivazione dello stesso

	ASL Bergamo	ASL Como	ASL Milano 1	ASL Pavia	ASL Sondrio
cure domiciliari prestazionali	0	2	2	contemporaneo	1
cure domiciliari di I livello	0	2	2		1
cure domiciliari di II livello	0	2	2		1
cure domiciliari di III livello	0	in tempo reale	1		1
cure domiciliari palliative a malati terminali	0	2	2		1

Il tempo necessario di attesa dalla stesura del PAI alla sua attivazione è immediato in 2 Aziende, necessità di 1 giorno nella ASL di Sondrio, e di 2 giorni per le ASL di Como e Milano1.

### Tempi di revisione (espresso in giorni) del PAI

	ASL Bergamo	ASL Como	ASL Milano 1	ASL Pavia	ASL Sondrio
cure domiciliari prestazionali	30	90	1	Non in base al profilo ma al bisogno, comunque Max 90 gg	non è definita una valutazione in base al livello bensì in base al bisogno di pazienti e famigliari
cure domiciliari di I livello	30	90	1		
cure domiciliari di II livello	30	90	1		
cure domiciliari di III livello	30	90	1		
cure domiciliari palliative a malati terminali	30	90	1		

I dati relativi ai tempi di attesa per la revisione del PAI non sono omogenei tra di loro.

Probabilmente, le équipe hanno attribuito un significato diverso all'indicatore e questo ha comportato che hanno rilevato il dato in modo diverso.

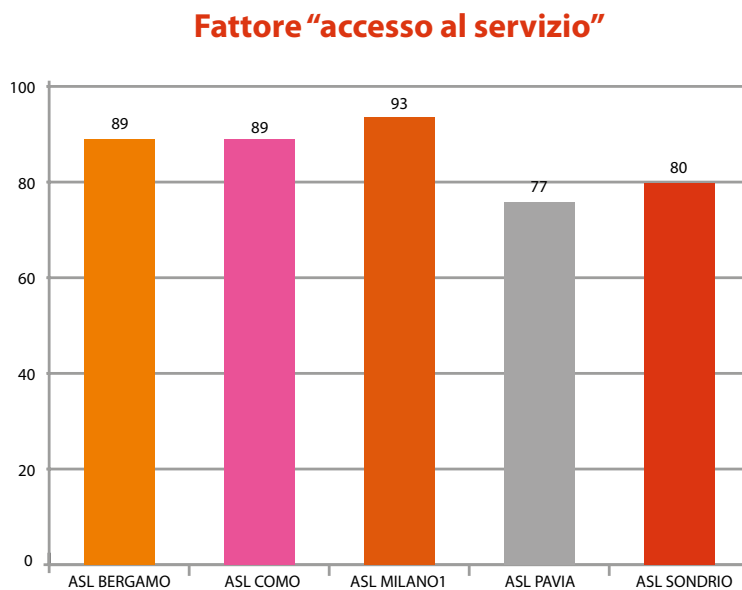
Sarà necessario approfondire meglio il problema per arrivare ad una condivisione del significato dell'indicatore.

## Fattore "Accesso al servizio"

Il Fattore "Accesso al servizio" prevede i seguenti indicatori:

- Presenza del CEAD
- Il CEAD è collegato in modo formale con i Servizi sociali del SAD del Comune
- Il CEAD attiva sia la parte sanitaria che sociale dell'ADI
- Il CEAD è collegato in modo formale con l'Ufficio Ausili e Protesi
- Il CeAD verifica la prescrizione dell'ADI e la sussistenza dei requisiti di appropriatezza certificati dal medico curante sull'impegnativa
- Il CeAD esegue una prima valutazione del bisogno (scala di valutazione Triage) attraverso l'utilizzo della Scheda del Triage da compilare insieme al care giver
- In caso di bisogno semplice, il CeAD eroga il titolo o voucher con l'indicazione delle prestazioni necessarie
- In caso di bisogno complesso, il CeAD dispone una valutazione di secondo livello al domicilio del paziente, previo appuntamento
- Nel caso di persone dimesse dall'ospedale con richiesta urgente di attivazione di ADI, è prevista una procedura di attivazione con PAI di emergenza di tipo prestazionale valido al massimo per 15 giorni, entro i quali l'UVM deve effettuare la valutazione di secondo livello per la definizione del PAI
- Nei casi di post acuzie oppure di terminalità l'ADI viene attivato entro le 24 ore, rimandando ad una fase successiva l'attivazione dell'UVM per la definizione del PAI
- Presenza di una UVM per l'ADI nel Distretto
- L'UVM è costituita almeno dalle seguenti figure professionali: medico, assistente sociale, infermiere
- E' indicata la misura del dolore nella scheda di richiesta di attivazione ADI:
- Il PAI definito dall'Ente erogatore viene approvato dal Servizio ADI della ASL prima della sua attivazione
- Il PAI viene concordato anche con il MMG/Pls
- Nel PAI sono indicati i seguenti elementi:
  - la durata del periodo di erogazione delle cure domiciliari;
  - gli interventi degli operatori sanitari;
  - la terapia del dolore;
  - gli interventi a rilevanza sociale;
  - la cadenza degli accessi del medico curante al domicilio del paziente;
  - i momenti di verifica comune;
  - le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico;
  - le competenze e funzioni del referente familiare;
  - la sottoscrizione dell'assistito e/o di un familiare.
- Coinvolgimento della famiglia e del paziente nella definizione del PAI
- Condivisione degli obiettivi del PAI con la famiglia e il paziente
- Individuazione di un case manager (responsabile del caso) per ogni caso preso in carico dal servizio ADI

## Grafico - Fattore "Accesso al servizio"



**IAS medio del fattore: 86**

In tema di "accesso al servizio", la valutazione complessiva è buona.

La maggior parte degli indicatori rispettano lo standard, e questo giustifica l'IAS medio del Fattore elevato. Mentre alcuni indicatori sono assenti in diverse le Aziende, come il collegamento tra il CEAD e i Servizi sociali del Comune oppure con l'Ufficio Protesi e Ausili.

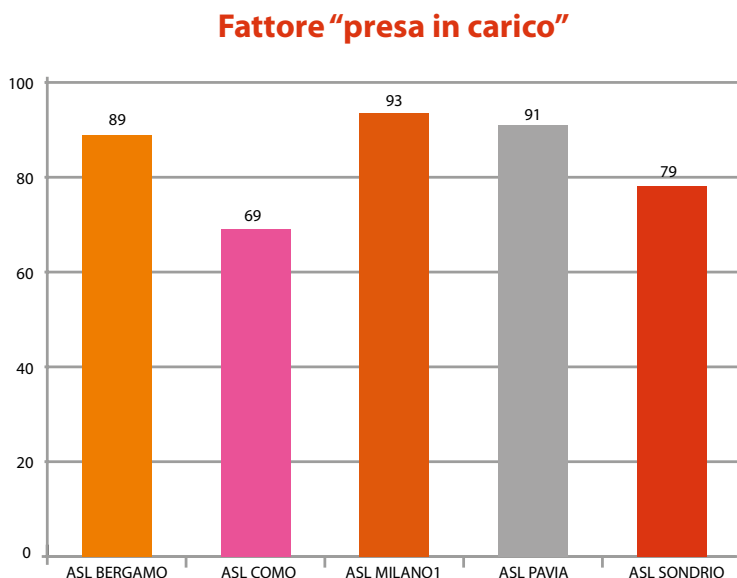
## Fattore "Presenza in carico"

Il Fattore "Presenza in carico" prevede i seguenti indicatori:

- Servizio ADI è disponibile 7 giorni su 7
- Servizio ADI è disponibile 24 ore al giorno per le cure palliative
- Servizio telefonico di assistenza ai pazienti e ai familiari attivo tutti i giorni per almeno 12 ore al giorno
- Indicare il numero di giorni a settimana e di ore giornaliere MINIME e MASSIME di ADI per profilo di cura?
- Nel caso si renda necessaria una modifica sostanziale del PAI, viene: ratificata dall'UVM; esplicitato quali sono le motivazioni e i cambiamenti; condivisa con tutti gli operatori; comunicata correttamente al paziente e ai suoi familiari?
- In caso di sospensione dell'assistenza, ad opera sia del Medico curante che del Case manager, viene data comunicazione all'assistito e ai suoi familiari con preavviso di almeno 3 giorni
- Viene misurato il dolore e registrato nella cartella clinica, per tutti i profili di cura ?
- Vengono adottate terapie del dolore diverse per curare il dolore: terminale oncologico cronico
- Numero di casi seguiti con terapia del dolore, nell'ultimo anno, divisi per: dolore cronico dolore oncologico cure palliative
- Terapie del dolore specifiche per il dolore pediatrico
- Coinvolgimento nella terapia del dolore del caregiver
- Gli utenti e i familiari possono usufruire di un Servizio di assistenza psicologica?
- Possibilità di eseguire delle prestazioni diagnostiche a casa del paziente
- Procedura per la gestione delle piaghe da decubito
- Il paziente/caregivers viene istruito per gestire le lesioni da pressione
- Quanto tempo in media un paziente ci mette per guarire da una piaga da decubito?
- Nell'arco del 2012 qual è il numero di casi di lesioni da pressione che trovano una risoluzione definitiva del problema sul numero totale di casi trattati
- E' prevista la possibilità di richiedere la consulenza di un medico specialista per la valutazione di un intervento sulla lesione da pressione
- Medicazioni avanzate per la cura delle lesioni da pressione
- Realizzazione negli ultimi 24 mesi di iniziative di addestramento/formazione sul tema della "movimentazione" rivolte ai beneficiari di ADI per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee e ai loro caregivers, con lo scopo di prevenire/ridurre le piaghe da decubito



## Grafico - Fattore "Preso in carico"



### IAS medio del fattore: 84

Anche per quanto riguarda la "presa in carico", la valutazione complessiva è buona e tre ASL registrano valori sopra la media.

Il Servizio ADI comprende l'intero arco della settimana, è infatti attivo 7 giorni su 7 e per 24 ore al giorno, ovviamente a seconda del bisogno del paziente. Mentre l'area del dolore, dalla misura alle terapie somministrate, è ancora poco chiara e presenta probabilmente delle inadempienze. Non è un aspetto facile da indagare perché è una di quelle attività che si trova spesso al confine tra la competenza dell'Azienda e quella del Ente erogatore del Servizio che in Lombardia è quasi sempre esternalizzato. È sicuramente un punto di attenzione.

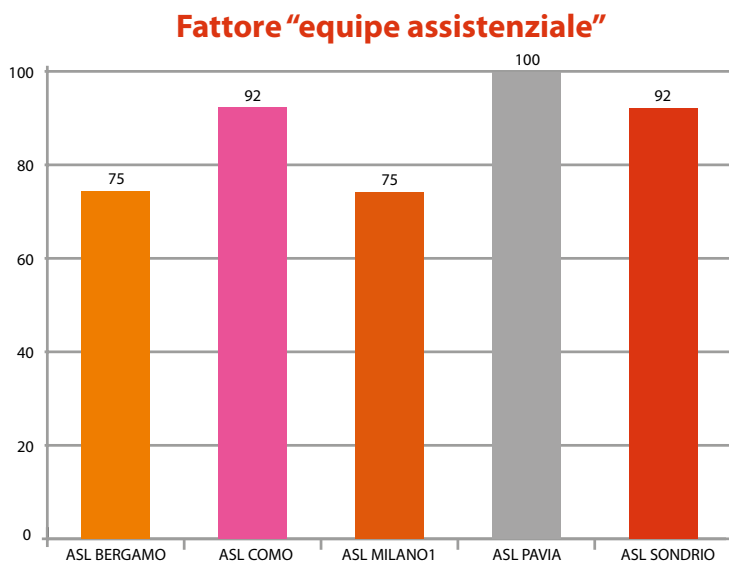
Altro tema caldo riguarda la cura delle piaghe da decubito. Tutte le Aziende hanno le procedure per la gestione delle piaghe e in tutte le Aziende il caregiver viene istruito per la cura. Ma purtroppo non siamo riusciti a raccogliere i numeri che descrivono l'entità del problema e soprattutto qual'è la probabilità di guarire. Questo tema è senz'altro indicativo della qualità del servizio che gli utenti ricevono.

## Fattore "Equipe assistenziale"

Il Fattore "Equipe assistenziale" prevede i seguenti indicatori:

- Composizione tipo dell'équipe assistenziale per le ADI di I e II livello: MMG/Pls, medico specialista, infermiere, professionista della riabilitazione, operatore sociosanitario, dietista, psicologo, assistente sociale
- Composizione tipo dell'équipe assistenziale per l'ADI di III e le cure palliative: MMG/Pls, medico specialista, infermiere, professionista della riabilitazione, operatore sociosanitario, dietista, psicologo, assistente sociale
- Disponibilità dell'équipe assistenziale 24 ore su 24 per i pazienti in ADI più complessi (cure domiciliari di III livello e/o cure palliative per malati terminali)
- Servizio di reperibilità infermieristica
- Servizio di reperibilità del MMG
- Servizio di reperibilità del medico specialista
- L'équipe assistenziale utilizza la cartella clinica informatizzata
- L'équipe assistenziale indica nella cartella clinica gli interventi dei diversi professionisti ed i relativi programmi di intervento elaborati da ciascuno
- Al domicilio del paziente viene rilasciato un diario clinico dove gli operatori annotano l'andamento del PAI
- Comunicazione formale al paziente/famiglia del nominativo del case-manager di riferimento
- Comunicazione in anticipo al paziente/famiglia di tutti i nominativi degli operatori che turneranno a casa del paziente
- Controllo dalla ASL che i tempi di erogazione delle prestazioni (durata dell'accesso domiciliare), secondo PAI, vengono rispettati dall'Ente erogatore
- Condivisione dei traguardi con la famiglia e con il paziente
- Modalità strutturata di informazioni alla famiglia sulla situazione clinica del paziente
- Riunioni di équipe in cui viene coinvolta la famiglia

## Grafico - Fattore "Equipe assistenziale"



### IAS medio del fattore: 87

Ancora una volta, per quanto attiene il Fattore riferito all'"equipe assistenziale", la valutazione è buona; con una ASL, quella di Pavia, che ottiene un punteggio eccellente. In tutte le Aziende la composizione dell'équipe è adeguata ai casi presi in carico, così come è garantita, dove serve, la disponibilità dell'équipe 24 ore su 24 e in particolare del servizio infermieristico.

Alcuni punti di attenzione riguardano invece le modalità organizzative dell'équipe al domicilio del paziente. Infatti, visto che in diverse Aziende questa parte è completamente esternalizzata e gestita dall'Ente erogatore, non è stato sempre facile recuperare le informazioni necessario a valutare la qualità del Servizio, soprattutto riguardo alle modalità di comunicazione al paziente/famigliari (condivisione dei traguardi, modalità strutturata di informazione alla famiglia, riunione di équipe con la famiglia).

## Fattore "Formazione e Comunicazione"

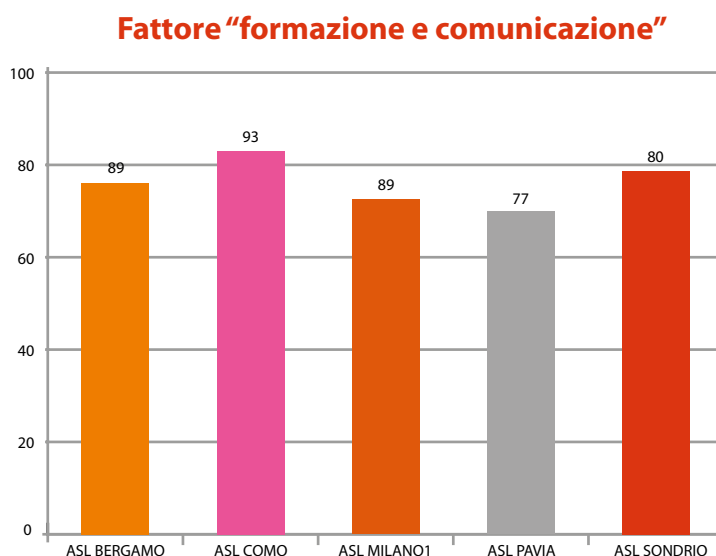
Il Fattore "Formazione e Comunicazione" prevede i seguenti indicatori:

- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni sull'ADI rivolti ai MMG/Pls
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori che s'interfacciano con i cittadini presso i CEAD
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori dei percorsi di cura
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori che effettuano le valutazioni multidimensionali
- Corsi di formazione organizzati dalla ASL e rivolti al care giver per la gestione del paziente
- Materiale informativo di orientamento (opuscoli, ecc.) rivolto ai cittadini per illustrare in dettaglio i requisiti per avere diritto all'ADI e le modalità/procedure di accesso al servizio
  - Se sì, tali materiali contengono informazioni per i cittadini sui seguenti punti:
    - beneficiari del diritto all'assistenza
    - passaggi per attivare il servizio
    - documentazione da presentare
    - modalità per richiedere il rinnovo dell'autorizzazione
    - elenco completo di tutti i punti distrettuali dell'ASP, completo di relativi indirizzi, orari d'apertura e recapiti
  - Se sì, tali materiali vengono distribuiti:
    - ai MMG/Pls per metterlo a disposizione negli studi
    - nei presidi ospedalieri/aziende ospedaliere
    - presso le Farmacie del territorio dell'ASL
    - presso le sedi distrettuali dell'ASL
    - presso i servizi sociali dei Comuni
- Nel sito web della ASL sono presenti le informazioni in merito:
  - ai requisiti per avere diritto all'ADI
  - alle modalità per accedere all'assistenza (iter autorizzativo)
  - alle modalità per ottenere il rinnovo
- Nel sito web della ASL sono presenti i seguenti elementi:
  - elenco dei CEAD/completo di giorni, orari di apertura e recapiti
  - elenco dell'UVM completo di giorni e orari di apertura e recapiti
  - URP online
  - sezione FAQ
- Il materiale informativo messo a disposizione dei cittadini dalla ASP per orientamento (opuscoli,

ecc.) e per illustrare in dettaglio i requisiti per avere diritto all'ADI e le modalità/procedure di accesso al servizio è multilingue

- Nel sito web dell' ASL l'elenco dei CEAD, completo di giorni e orari di apertura, è disponibile in almeno altre due lingue oltre all'italiano
- Il sito web aziendale prevede alternative equivalenti al contenuto audio e/o visivo per garantire l'accessibilità del sito web a persone con disabilità (cecità e ipovisione, sordità e perdita di udito, difficoltà di apprendimento, limitazioni cognitive, limitata libertà di movimento)
- Servizio telefonico di informazione sull'ADI
- Carta dei servizi con l'indicazione delle modalità e procedure di accesso all'ADI

#### Grafico - Fattore "Formazione e Comunicazione"



**IAS medio del fattore: 76**

È invece discreta la valutazione di "Formazione e Comunicazione". L'Area della Formazione agli operatori della sanità intesi come: MMG, PIs, operatori dei CEAD e dei percorsi di cura, viene soddisfatta. Mentre non tutte le Aziende svolgono dei corsi di formazione per il caregiver, sono assenti in 2 casi su 5.

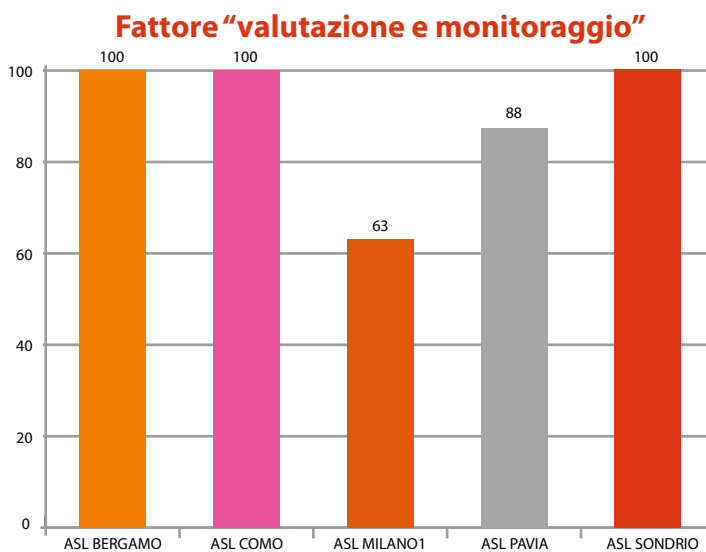
In tema di comunicazione l'aspetto di criticità è l'assenza del materiale multilingue sia cartaceo, in tutte le Aziende tranne una. Mentre in nessuna Azienda, che digitale, in questo caso è assente in tutte.

## Fattore "Valutazione e Monitoraggio"

Il Fattore "Valutazione e Monitoraggio" prevede i seguenti indicatori:

- E' stata realizzata negli ultimi 36 mesi un'indagine sulla soddisfazione degli utenti sul servizio ADI  
Se sì,
- Le interviste sono state condotte da personale appositamente addestrato
- Le domande rivolte agli utenti hanno riguardato i seguenti argomenti: attivazione del servizio, rapporti con gli utenti , qualità dell'assistenza
- I risultati sono stati resi pubblici
  - Se sì, specificare con quali modalità:
  - assemblea
  - conferenza dei servizi
  - rapporti
  - internet
- In seguito a questa indagine sono state attuate azioni di miglioramento della qualità
- Negli ultimi 24 mesi avete ricevuto da parte degli Enti erogatori il Report contenente i risultati dell'indagine di soddisfazione di un campione rappresentativo di utenti che l'Ente dovrebbe realizzare da Capitolato
- In seguito alla ricezione di quest'indagine, sono state attuate azioni di miglioramento della qualità
- Negli ultimi due anni (2011 e 2012), l'ufficio URP ha ricevuto reclami di cittadini presi in carico dall'ADI
- A seguito dell'analisi quali quantitativa dei reclami, sono state messe in atto azioni di miglioramento
- L'Ente erogatore inviare periodicamente i report sui reclami da loro ricevuti sul servizio ADI
- A seguito della ricezione dei report sui reclami ricevuti dalle Ditte fornitrici, sono state messe in atto azioni di miglioramento
- E' stata individuata una modalità operativa di collaborazione con gli Enti erogatori, volta a favorire e disciplinare una gestione congiunta del "caso", nelle situazioni di segnalazioni di gravi disagi/disservizi o difficoltà del paziente beneficiario di assistenza

## Grafico - Fattore "Valutazione e monitoraggio"



**IAS medio del fattore: 90**

Una valutazione complessiva buona si ha infine in "Valutazione e Monitoraggio", con tre ASL di eccellenza e rispettivamente quelle di Bergamo, Como e Sondrio. Anche se questo Fattore si caratterizza soprattutto per i numerosi indicatori per i quali tutte le Aziende hanno chiesto la "non pertinenza", motivandola come aspetti che loro non gestiscono ma competono all'Ente erogatore o alla Regione. In particolare dei seguenti indicatori:

- Negli ultimi 24 mesi avete ricevuto da parte degli Enti erogatori il Report contenente i risultati dell'indagine di soddisfazione di un campione rappresentativo di utenti che l'Ente dovrebbe realizzare da Capitolato?
- L'Ente erogatore inviare periodicamente i report sui reclami da loro ricevuti sul servizio ADI?

## SPECCHIETTO RIEPILOGATIVO

STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI	
FATTORI DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO IAS
ACCESSO AL SERVIZIO	Buono
PRESA IN CARICO	Buono
EQUIPE ASSISTENZIALE	Buono
FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	Discreto
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	Buono

L'analisi dei dati ha rilevato un Servizio ADI BUONO per i cittadini. Anche se come abbiamo dichiarato all'inizio esiste un limite che, come evidenziato precedentemente, risiede nella specificità del Servizio stesso, che ha il suo luogo di erogazione presso il domicilio del paziente. Tale limite potrebbe essere facilmente superato se, nel prossimo ciclo di Audit Civico, si prevedesse il coinvolgimento dei cittadini che fruiscono del Servizio. Quello che, in questa edizione, abbiamo potuto valutare sono stati aspetti di programmazione, organizzazione e di valutazione del servizio, dai quali l'ADI risulta soddisfacente.

Alcuni punti di attenzione riguardano il grado di esternalizzazione del Servizio, non tanto come modalità di gestione quanto piuttosto come difficoltà di valutazione e controllo del Servizio erogato dall'Ente.



### Capitolo 3

Grafici e tabelle - Fonte: Cittadinanzattiva "Audit Civico Lombardia", dati 2013



## Capitolo 4

# Alcune considerazioni

*di Paola Pellicari*

*Coordinatore Regionale Tribunale per i Diritti del Malato*

## 4.1 L'Audit Civico come incontro tra ambiente civico e cultura aziendale

Una particolare cultura dell'incontro è il "cuore" di questa sperimentazione lombarda.

Il processo di audit civico diviene terreno di incontro tra due culture: da un lato, un "ambiente civico formato" dove il cittadino non diventa tanto soggetto valutatore, quanto "co-protagonista della messa in opera della funzione pubblica, disponendo di risorse, di legittimazione e poteri propri, indispensabili per fronteggiare i problemi presenti nell'agenda pubblica, sia come individui che in forma associata" (Moro, 2008); dall'altro, la "cultura aziendale" che si "mette in gioco" aprendosi al confronto.

Il rapporto tra bisogno di salute e risposte da parte delle Aziende è caratterizzato da un'asimmetria informativa che fa sì che il cittadino, portatore di bisogni essenziali complessi, non sia sempre in grado di tradurli in una domanda tale da consentire all'Azienda risposte appropriate. In questo contesto si inserisce il ruolo delle organizzazioni civiche quali facilitatori dell'incontro tra le due dimensioni, facce di una stessa medaglia, in una "comunità di destino" preposta alla custodia, all'implementazione ed all'arricchimento di quello che è un bene pubblico irrinunciabile.

Parlare di Audit Civico vuol dire riconoscimento delle reciproche razionalità e competenze che si fa cultura condivisa e linguaggio comune.

La modalità di conduzione in équipes miste di ogni fase del monitoraggio ne è il risultato.

Le rilevazioni così condotte hanno permesso ai cittadini di entrare nel cuore dell'azienda conoscendone il funzionamento "dal di dentro" e all'azienda di acquisire una modalità di auto-valutazione partendo da un punto di vista "al di fuori" della propria autoreferenzialità, ma soprattutto, ha permesso ad ognuno di mettersi nei panni di ognuno, in uno scambio informativo continuo.

In questa sperimentazione l'incontro delle due razionalità, in una modalità di condivisione e compartecipazione, ha contribuito a creare gli stessi strumenti di rilevazione.

Aver lavorato assieme nella definizione di tutte le fasi del monitoraggio a partire, come già detto, dall'approntamento degli stessi strumenti è stata la principale garanzia di una visione pragmatica della valutazione, orientata al reale miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni, nella consapevolezza di partecipare ad un progetto vissuto realmente come comune.

Non c'è mai stata una risposta di *routine*, ma sempre lo sforzo di narrare la *ratio*, il processo, così come a volte i limiti, che stanno alla base delle grandi come delle piccole decisioni.

Questo unito alla consapevolezza da parte di tutti che qualsiasi implementazione di servizi non sia un prodotto quanto un processo mai concluso, sempre migliorabile ed adattabile a contesti in continua trasformazione, dove i bisogni di ieri non sono più quelli di oggi, che non saranno quelli di domani.

Ne è scaturito uno strumento di valutazione "sostenibile e praticabile", cioè di facile applicazione, snello quanto basta da non impattare negativamente sull'attività aziendale e tanto flessibile da permettere ai cittadini di cogliere aspetti veramente peculiari e per questo importanti della qualità dei servizi erogati, anche al di là dei vari fattori previsti dallo strumento. La compilazione del "Diario di bordo" è stata un momento fondamentale perché da una parte, base per la produzione di autentica informazione civica e di raccolta e censimento di buone pratiche anche esportabili, dall'altra, base di partenza per il lavoro che seguirà. La condivisione dei risultati e l'approntamento dei Piani di miglioramento che le équipes si stanno già organizzando a svolgere, è di fatto un *work in progress*, non tanto attività puntuale, quanto "percorso comune".

L'aver lavorato assieme con queste modalità ha permesso di dotarsi di un sistema di valutazione che - ben oltre dal fare pagelle o esprimere giudizi fini a se stessi - dà valore a ciò che si fa nel confronto delle rispettive capacità di lettura del bisogno reale.

## 4.2 Ambiti di miglioramento e punto di vista dei cittadini

La tecnologia dell'Audit Civico se da una parte permette di fotografare l'esistente, dall'altra coglie anche la capacità di cambiamento del sistema nel suo costante adattarsi all'evoluzione della domanda di salute espressa dalla cittadinanza. Dato epidemiologico e domanda espressa indicano nella cronicità il terreno sul quale, sistema, aziende e cittadini, sono costretti a misurarsi per garantire la totale coerenza tra sviluppi della rete d'offerta e orientamento della domanda.

La cronicità riguarda il 30% della popolazione lombarda, si tratta di circa 3.000.000 di persone, 600.000 in condizioni di cronicità socio-sanitaria (disabilità, non autosufficienza, dipendenze etc.). Questo ha comportato nell'ultimo decennio un incremento del volume delle attività socio sanitarie del 53%, per una spesa che interessa il 70% delle risorse del Fondo Socio Sanitario Regionale.

Da un'assistenza prevalentemente incentrata sulla rete ospedaliera si è necessariamente spostata dunque l'attenzione sul territorio e sull'organizzazione di una presa in carico che vede nella prossimità e nella continuità delle cure i suoi assi portanti e nell'integrazione tra ambito sanitario e socio assistenziale, la vera sfida da cogliere. Di qui la necessità di un iter di riforma dei servizi che ha previsto una fase di sperimentazione non ancora conclusa.

Qualunque valutazione che si voglia obiettiva quindi, non può prescindere da una contestualizzazione dei vari servizi in questo ambiente di sperimentazione e riforma, tese a garantire un miglior orientamento ed accesso ai servizi territoriali e una migliore e più efficiente integrazione della rete degli operatori in ambito sanitario, socio sanitario e socio assistenziale.

A partire dal 2012 sono state avviate sperimentazioni per la creazione di un modello organizzativo e di rilevazione multidimensionale del bisogno, da estendere a tutto il territorio, che ha riguardato in special modo ADI e SERT e va dunque apprezzato lo sforzo delle Aziende di fornire in forma aggregata, per il presente monitoraggio, i dati, rilevati prima e dopo il 1/9/2012, disomogenei fra loro per effetto delle mutate modalità di rilevazione.

In sintesi, per quanto riguarda l'ADI, la sperimentazione ha riguardato l'introduzione della scheda di Triage per una valutazione di primo livello e la scala Functional Independence Measure, integrata con l'applicazione del sistema VAOR (per la domiciliarità delle cure), per il secondo livello, che riguarda la valutazione funzionale e sociale.

Per quanto riguarda la ASL Milano1, la Sperimentazione Regionale ADI si è sovrapposta ad un'attività già iniziata con singoli progetti, di fatto anticipatori, recependone in parte la metodologia di lavoro.

Nell'ambito delle Dipendenze, dal 2011 la Regione ha avviato la sperimentazione di un iter di valutazione del bisogno, da parte di équipes multiprofessionali (SERT e SMI), che si avvale di vari strumenti clinici, psico-diagnostici e di valutazione sociale della persona, che concorrono a definire il livello di gravità sul quale poi calibrare le modalità di presa in carico.

La fotografia restituita dall'Audit dunque coglie i servizi di ADI e SERT, nel vivo di questo processo. Inoltre, per quanto riguarda l'ADI, è emerso come il recepimento della normativa della Sperimentazione Regionale, veda ancora diversi livelli di adeguamento sia da parte delle ASL, sia da parte dei Distretti al loro interno, che dipende in larga parte dalle caratteristiche del territorio, dal livello di collaborazione raggiunto con i Comuni, dall'esistenza o meno di Aziende per i Servizi, come per esempio Comuni Insieme per quanto riguarda l'area della ASL Milano1.

Nel corso del monitoraggio è emerso anche come questa sperimentazione abbia già portato, per entrambi i servizi, ad una maggiore appropriatezza, grazie anche a regole prescrittive più rigorose tanto per i MMG che per le Aziende Ospedaliere. Di contro è risultato evidente come non sempre la collaborazione tra ASL ed Enti Locali sia ottimale e questo è senza dubbio un ambito da sviluppare, anche se, già a partire dall'introduzione della scheda di Triage per l'ADI, si sta procedendo verso la creazione di una modalità comune di lettura del bisogno, sulla quale confrontarsi.

Le équipes hanno raccolto informazioni e buone pratiche delle singole Aziende che saranno la base per l'elaborazione di un Rapporto Locale di Valutazione, comprensivo dei Piani di Miglioramento che andranno sottoposti all'attenzione delle Direzioni Generali per un loro recepimento. L'obiettivo ultimo dell'Audit è infatti quello di fotografare l'esistente, valutarne la qualità e, soprattutto, promuovere azioni sostenibili

di miglioramento, concrete e verificabili nel tempo, oggetto, come si è detto, dei Piani di Miglioramento individuali.

Dall'elaborazione dei dati raccolti sono emersi però ambiti di miglioramento trasversali a tutte le Aziende, che si sono rivelati sostanzialmente in linea con le segnalazioni dei cittadini raccolte, su tutto il territorio regionale, da parte delle sedi del Tribunale per i Diritti del Malato, in particolare per quanto riguarda ADI e Assistenza Protesica.

Rimandando quindi al Rapporto Locale l'analisi delle singole realtà aziendali, si possono però già delineare alcuni ambiti sui quali lavorare.

Un primo ambito, di cui si è già parlato, è quello della collaborazione tra ASL ed Enti Locali. A fronte di bisogni sempre più complessi e sempre più persone a rischio di esclusione sociale, nel contesto di una crisi economica che morde soprattutto famiglie e redditi più bassi, si rendono sempre più necessarie azioni che promuovano sinergie più puntuali ed efficaci tra cittadinanza, Associazioni, Enti locali ed ASL, interpreti privilegiati, dall'alto delle rispettive competenze, delle specificità, dei bisogni e delle risorse del territorio presidiato.

La necessità di un'informazione più accessibile ed esaustiva su tutti gli iter di accesso ed erogazione del servizio è trasversale a tutti i servizi monitorati e costituisce sicuramente un secondo ambito di intervento. Molte sono le segnalazioni riguardanti la sostanziale frammentarietà dell'informazione ricevuta e la difficoltà da parte dell'utente a pensare in termini di percorso di presa in carico, con momenti e professionalità coinvolte ben identificabili. L'utente spesso stenta ad avere una visione globale del suo percorso all'interno del servizio. Le caratteristiche dell'utenza, anzianità, bassa scolarità, scarsa familiarità con i mezzi informatici, fanno sì che larga parte dell'informazione disponibile sia loro di fatto preclusa e per quanto materiali cartacei e presenza di operatori possano sembrare anacronistici, di fatto ci risulta essere ancora il modo migliore per orientare l'utenza in modo da favorire il pieno incontro tra bisogni espressi e offerta di servizi tramite un efficace ed efficiente collegamento con le risorse del territorio. Non si deve dimenticare la particolare natura del rapporto di agenzia tra aziende ed utenza, dove l'azienda ha l'onere da una parte, di aiutare la persona ad esprimere la domanda, dall'altra di offrire una risposta appropriata e in linea con i due vincoli fondamentali di equità e bilancio. In attesa dello Sportello Unico Welfare (indicato nel PRS per la X Legislatura 2013/18), che comunque non esaurirà il bisogno di orientamento e accompagnamento all'interno di servizi di natura complessa, sicuramente questo è uno degli ambiti da migliorare ed implementare, ribadendo che ogni azione di miglioramento debba necessariamente avere come riferimento l'utenza più fragile e a rischio di esclusione sociale. Un'informazione più chiara ed immediatamente accessibile, unitamente alla possibilità di essere accolti e indirizzati da operatori ben formati all'interno di percorsi di presa in carico snelli ed efficaci, semplificherebbe di molto la vita alle tante famiglie con anziani o cronici a carico, favorendone sicuramente la domiciliarizzazione.

Sempre in tema di informazione, ai nostri sportelli sono in aumento le richieste da parte di utenti stranieri, se è vero che molti di loro parlano bene l'italiano e che vi sono comunità in grado di ovviare alle difficoltà linguistiche, è anche vero che la totale assenza di strumenti informativi multilingue stride con l'alto livello dell'organizzazione socio-sanitaria lombarda. Sarebbe inoltre auspicabile l'avvio di forme di cooperazione con le diverse comunità etniche proprio a livello informativo e di rilevazione dei bisogni, questo potrebbe ridurre di molto l'esclusione sociale, favorendo l'integrazione ed ovviando ad un pericoloso sommerso "fai da te" che sempre più associazioni denunciano.

Questo discorso si salda indubbiamente con la necessità di percorsi che, oltre ad essere snelli e di immediata comprensione e fruizione da parte di tutta l'utenza, siano anche uniformi. Questa percezione è sicuramente effetto della sperimentazione regionale in atto, di cui si è già trattato, che se anche nell'immediato vede diversi livelli di recepimento da parte delle strutture, ha come obiettivo proprio l'implementazione di un modello di presa in carico uniforme e condiviso su tutto il territorio regionale. Sarebbe interessante monitorarne gli esiti futuri magari con un'Audit dedicato.

Molte segnalazioni ricevute dai nostri sportelli sul territorio, inoltre, evidenziano una sorta di scollamento tra le diverse anime della presa in carico, in particolare segnalano la scarsa sinergia tra ASL e MMG. Nell'affrontare il grosso problema della cronicità la domanda che emerge da parte dei cittadini è una migliore integrazione, un più stretto contatto tra MMG, in funzione di gate keepers, operatori territoriali,

specialisti e aziende ospedaliere. E questo è tanto più evidente se si considera il numero di pazienti anziani, cronici, con comorbidità, portatori di bisogni complessi in contesti familiari e sociali sempre meno favorevoli (anziani soli, famiglie mononucleari, contesti sociali non solidali, povertà, bassa scolarità, etc).

Lo stesso discorso riguarda anche le dimissioni ospedaliere, spesso vissute come inappropriate da parte dei familiari di pazienti che vengono restituiti al territorio senza che sia stata attivata una reale e completa presa in carico da parte dei servizi preposti. Si rileva la necessità di un immediato inquadramento del paziente cronico già a livello di ospedale in modo che sia avviato subito verso percorsi di presa in carico appropriati ed aderenti ai suoi reali bisogni.

Per quanto riguarda in particolare l'ADI, molte sono le segnalazioni che riguardano il problema della prevenzione e del trattamento delle piaghe da decubito. I cittadini lamentano una scarsa attenzione alla prevenzione a partire dal livello ospedaliero fino ad una presa in carico percepita come insufficiente, in termini di tempo dedicato, da parte dell'infermiere a domicilio.

Il ruolo del care giver, in un contesto di aumento esponenziale delle cronicità, a fronte di una popolazione sempre più anziana, è diventato cruciale. L'attività di formazione in questo campo dovrebbe essere incrementata perchè leva strategica in un'ottica di prevenzione, per esempio nel caso delle lesioni da pressione, sia primaria che terziaria.

In ultimo, come Movimento da più di trent'anni a fianco di cittadini ed utenti, constatiamo con un certo rammarico, che molto ci sia ancora da fare sul versante della partecipazione civica. E' da tempo fuori discussione il prezioso apporto che le associazioni civiche, le associazioni di pazienti, il volontariato in tutte le sue forme, hanno dato e continuano a dare al sistema, ma purtroppo queste risorse stentano ancora ad essere riconosciute e valorizzate per quello che sono e che possono dare, il loro lavoro è ancora sommerso e non riconosciuto con atti formali di collaborazione. Se l'obiettivo, così come espresso dalle recenti Regole di Sistema 2014, è quello di *"affrontare le cronicità attraverso un modello sistemico incentrato sulla persona e non sulla malattia o sulle strutture"*, l'apporto delle associazioni portatrici di un punto di vista civico e di una conoscenza "altra" del territorio e delle sue risorse, complementare al know how aziendale, è allora imprescindibile.

I dati rilevati a questo proposito sono sconfortanti, si vedano per esempio gli indicatori del fattore 10 rilevati in ambito protesico ma estensibili anche agli altri servizi monitorati. Ci auguriamo che l'implementazione e lo sviluppo nelle Asl delle "Cabine di Regia" introdotte dal DGR 326/2013 e richiamate nell'Allegato 4 delle Regole di Sistema 2014, si apra più decisamente alla partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni perchè, in un'ottica di valutazione multidisciplinare del bisogno, non si può fare a meno del loro apporto e del loro punto di vista, pena una visione d'insieme parziale e dunque solo parzialmente efficiente ed efficace.

Il mancato raggiungimento dello standard da parte di tutte le aziende monitorate in riferimento agli indicatori 1 e 4 del fattore 10, che riguardano la partecipazione civica nelle Commissioni per la Valutazione preliminare della qualità-costo-efficacia dei dispositivi protesici e la possibilità di controllo da parte degli utenti della qualità dei dispositivi erogati, prevista nei capitolati di appalto che regolano le forniture di ausili e dispositivi per l'assistenza protesica, induce una riflessione. Partendo dal dato di fatto che molte organizzazioni civiche hanno sviluppato in anni di militanza ed impegno le competenze necessarie per essere pienamente all'altezza di svolgere questi compiti, tuttavia, emerge la mancanza di una cultura della partecipazione civica in funzione di controllo e contrasto all'illegalità. Un primo importante passo in questa direzione forse spetterebbe alla Regione che potrebbe promuovere, presso le Aziende, più incisive forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini nell'ambito della definizione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33) contenuto nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, richiamato nell'allegato 3 delle Regole di Sistema 2014.

## 4.3 Conclusioni

Questo ciclo sperimentale di Audit Civico ha posto una prospettiva di *accountability* nuova rispetto al passato, dove non è solo l'organizzazione pubblica e chi la governa ad essere chiamata a "rendere conto" delle scelte assunte, delle azioni poste in essere e dei risultati raggiunti, ma anche i cittadini, a loro volta, sono chiamati a dimostrare di essere in grado di porsi come interlocutori del governo pubblico mettendo a disposizione le proprie peculiari competenze ed energie.

Per questo sono state superate le rispettive autoreferenzialità e diffidenze per creare e sperimentare assieme uno strumento di valutazione il più possibile completo, frutto del riconoscimento e dell'armonizzazione dei rispettivi punti di vista, grande punto di forza del progetto.

In un momento in cui la valutazione delle *performance* e dei risultati è considerata sempre più come motore di innovazione, modernizzazione e miglioramento, il lavoro fatto assume particolare valore in piena attuazione del dettato del D. Lgs. 150/2009, che viene però di fatto superato in una prospettiva di *empowerment* che non è più solo civico ma civico e aziendale al contempo, nell'esercizio di un autentica partecipazione democratica al governo e alla custodia del bene pubblico.



## Contributi e ringraziamenti

Il presente Report è stato curato da Cittadinanzattiva della Lombardia. Il III capitolo, relativo alla metodologia e alla elaborazione dei dati è stato redatto dall'Agazia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva (sede nazionale), diretta da Francesca Moccia.

Si ringraziano tutti coloro che hanno preso parte al Progetto e tutti gli operatori aziendali che hanno contribuito alla rilevazione. In particolare, i referenti aziendali e i referenti civici che hanno costituito le equipe locali, collaborando alla costruzione condivisa di un percorso e degli strumenti di rilevazione, affinati e rivisti grazie alla condivisione con tutte le équipes locali nel corso delle formazioni/laboratorio e testati per la prima volta con questa esperienza:

*Maddalena Bellagente  
Franco Bombo  
Sandro Butelli  
Rocco Capasso  
Piera Cipolla  
Vittorio Colombini  
Giovanna Crea  
Elisabetta Diotallevi  
Fernanda Donchi  
Renato Durello  
Marina Di Ciacco  
Rosalba Di Guida  
Danilo Domenico Facchinetti  
Luigia Gianotti  
Annalisa Lavezzoli  
Tomaso Leali  
Franco Locatelli  
Cristina Malatrasi  
Sergio Mangili  
Ernesto Mantovani  
Paolo Messina  
Rosapaola Metastasio  
Gabriella Monolo  
Valter Moro  
Emilia Paoletti  
Daniela Pellicchi  
Paola Pellicciari  
Mauro Rovaris  
Anna Sannino  
Caterina Saracino  
Anna Scotti  
Claudio Signori  
Giuseppe Tallarico  
Liliana Tartero  
Emilia Vaccari  
Angela Volpe  
Roberta Zanetti*



In particolare si ringraziano per la disponibilità accordata i seguenti referenti aziendali che hanno dato un ulteriore prezioso contributo specifico per l'affinamento degli strumenti di rilevazione:

- per l'Ambito delle Dipendenze: Renato Durello, responsabile del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano1
- per l'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa: Rosalba Di Guida (Asl Bergamo), Marina Di Ciacco, Domenico Arensi, Anna Scotti e Luigia Gianotti (Asl Milano 1)
- per l'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata: Marina Di Ciacco e Assunta Latino (Asl Milano 1).

Un ringraziamento sentito va all'Azienda USL di Bologna ed in particolare ad Anna Poli, Responsabile Funzione Percorsi della Riabilitazione, staff della Direzione Generale, e a Roberta Montanelli, Responsabile Coordinamento Funzioni Amministrative Protesica, per l'importante e preziosa consulenza nella fase di elaborazione degli strumenti di rilevazione dell'ambito dell'Assistenza Protesica e Integrativa.

Si ringrazia, in primis, Enrica Pellanda, Segretario Amministrativo di Cittadinanzattiva Lombardia, per il supporto alla stesura del progetto e, ancora, Angelo Tanese, Direttore dell'Agenzia di Valutazione Civica al momento dell'avvio dell'iniziativa, per il fondamentale apporto all'innovatività del progetto.

Si ringraziano inoltre, per il confronto e i preziosi contributi, nella elaborazione degli strumenti di rilevazione nello specifico per quanto attiene il capitolo relativo Metodologia e Risultati: Sabrina Nardi, Vice Coordinatore nazionale Tribunale per i Diritti del Malato (TDM), Isabella Mori, responsabile Pit unico, e le colleghe dell'Area Salute di Cittadinanzattiva sede nazionale: Valeria Fava, Giulia Mannella, Carla Berliri.

Si ringraziano infine, per il supporto e la supervisione: Antonio Gaudio e Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale e Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Alessio Terzi, Past President di Cittadinanzattiva; Tonino Aceti, Coordinatore nazionale Tribunale per i Diritti del Malato; Alberto Fontana, componente della Direzione Nazionale di Cittadinanzattiva; Ilaria Brancaccio, Coordinatore regionale delle politiche dei consumatori-utenti; Alessandro Cossu, responsabile Ufficio Stampa e Comunicazione di Cittadinanzattiva.







***Cittadinanzattiva, attribuisce un valore strategico al fatto di mettere i cittadini in grado di produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi.***

*E' in questo contesto che si inserisce il progetto sperimentale dell'Audit Civico in Lombardia al quale hanno aderito 5 ASL: Bergamo, Como, Milano<sup>1</sup>, Pavia e Sondrio. Trattasi di una metodologia volta a promuovere la valutazione della qualità dei servizi e delle strutture delle aziende sanitarie locali e ospedaliere da parte dei cittadini.*

*Tale attività ha i requisiti previsti dall'art. 118, ultimo comma, della Costituzione: "Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane, Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".*

*Il processo di Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica (valutazione civica) dell'azione delle aziende sanitarie e può rappresentare un sostegno importante per l'azione civica e per le amministrazioni, in quanto:*

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

*Lo sviluppo della valutazione civica nell'ambito dei servizi sanitari è stato determinato dalla esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino, ossia definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche ed assumere un preciso approccio tecnico per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria. Gli attuali programmi sulla qualità percepita sviluppano l'ascolto dei cittadini, ma non li riconoscono come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate.*

**audit civico**  
L O M B A R D I A

**Cittadinanzattiva della Lombardia**

Tel. 02.70009318

[info@cittadinanzattivalombardia.com](mailto:info@cittadinanzattivalombardia.com)

[www.cittadinanzattivalombardia.com](http://www.cittadinanzattivalombardia.com)