

AUDIT CIVICO
Friuli Venezia Giulia

RAPPORTO REGIONALE 2007/2008

Indice

1	Introduzione	3
1.1	L'AUDIT civico in Friuli Venezia Giulia	3
1.2	Il percorso realizzato con il primo ciclo	3
2	L'AUDIT CIVICO: UN'ANALISI CRITICA E SISTEMATICA DELL'AZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE PROMOSSA DALLE ORGANIZZAZIONI CIVICHE.....	5
2.1	Le ragioni dell'Audit civico.....	5
2.1.1	Rappresentare il punto di vista dei cittadini	5
2.1.2	La trasparenza del servizio sanitario.....	6
2.1.3	Un contrappeso ai rischi di frammentazione	7
2.1.4	Il valore costituzionale della valutazione civica	8
2.2	Le quattro domande dell'Audit civico	8
2.3	Riferimenti teorici e metodologici	10
2.4	La struttura di valutazione dell'Audit civico.....	10
2.5	Il benchmarking	12
2.5.1	Il calcolo dell'IAS (Indice di Adeguamento agli Standard).....	13
2.6	Bibliografia	13
3	I risultati dell'AUDIT nelle aziende del Friuli Venezia Giulia.....	15
3.1	Prima componente: "Orientamento verso i cittadini".....	17
3.1.1	Analisi d'insieme.....	17
3.1.2	Analisi fattore per fattore.....	18
3.2	Seconda componente "Impegno dell'azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario"	47
3.2.1	Analisi di insieme.....	47
3.2.2	Analisi fattore per fattore.....	48
3.3	Terza componente "Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali"	56
3.3.1	Analisi d'insieme.....	56
3.3.2	Analisi fattore per fattore.....	57
4	Conclusioni	60
4.1	Un ottimo livello di accesso alle prestazioni: da migliorare tempi di attesa e "reperibilità" sul territorio.....	60
4.2	Ottimale attenzione alla persona, prestazione "alberghiere" e assistenza ospedaliera: qualcosa da migliorare per "gli orari di visita", nella comunicazione e per l'attenzione ai cittadini più deboli.....	60
4.3	Programmi per il miglioramento della qualità, alcune debolezze.....	61
4.4	Cittadini e sanità: buon investimento nelle relazioni con il pubblico, da migliorare il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni civiche	61
4.5	Seconda componente: ottimi livelli con poche "lacune" da colmare.....	62
4.6	Situazioni problematiche.....	63
5	Appendice	65
5.1	Dettaglio strutture monitorate per ASS.....	65
5.2	Composizione equipe locali	69

1 Introduzione

1.1 L'AUDIT civico in Friuli Venezia Giulia

Nel 2006 la Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato il "*Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008*" (DGR 2843 del 24.11.2006). Tra gli obiettivi indicati come prioritari, è prevista "la diffusione sistematica dello strumento dell'*Audit Civico* quale strumento di valutazione dell'applicazione della Carta Europea dei diritti del malato. Obiettivo del Servizio sanitario Regionale è che tutte le strutture regionali siano valutate, in accordo con le associazioni dei cittadini, secondo la metodologia dell'*Audit Civico*."

In accordo con il Piano sanitario e sociosanitario, le "*Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale*" del 2007, 2008 e 2009 (rispettivamente DGR 3163 del 22.12.2006, DGR 3009 del 30.11.2007, DGR 2364 del 13.11.2008) contengono le indicazioni per l'introduzione ed il consolidamento delle attività di Audit Civico in tutte le Aziende Sanitarie regionali, le quali partecipano alla fase di progettazione operativa e applicano lo strumento ai servizi e alle strutture di propria competenza.

1.2 Il percorso realizzato con il primo ciclo

Nel 2006 è stato formalizzato un accordo di collaborazione tra Agenzia Regionale della Sanità e Cittadinanzattiva sia regionale che nazionale per l'adozione ed il coordinamento del programma regionale. Si è costituito un gruppo regionale di coordinamento composto dai rappresentanti di Cittadinanzattiva FVG, Movimento di Volontariato (MoVI) del FVG e Agenzia Regionale della Sanità, allargato, per la gestione e valutazione delle diverse fasi del programma, ai referenti aziendali nominati dai rispettivi Direttori Generali, ai referenti delle associazioni di volontariato e dei gruppi locali. La struttura organizzativa così individuata si articola come segue:

Il gruppo tecnico regionale, formato dai referenti di Cittadinanza Attiva, del MoVI e dell'Agenzia Regionale della Sanità. Ha il compito di governare il programma di AUDIT in accordo con la programmazione regionale e di coordinarne l'attuazione.

Il gruppo di coordinamento regionale, composto dal gruppo tecnico e dai referenti delle equipe locali (referente aziendale e referente dei cittadini) è la sede di confronto e verifica delle diverse azioni, per discutere eventuali criticità e fornire al gruppo tecnico indicazioni e orientamenti utili al miglior andamento del programma.

Nel corso del 2007 è stato organizzato un primo evento a carattere informativo che ha visto la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni di volontariato (in particolare Cittadinanzattiva/TdM e MoVI) e delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. In quella sede è stato illustrato il programma nazionale e regionale di Audit Civico e i cittadini presenti hanno avuto la possibilità di comunicare la propria disponibilità allo svolgimento dei lavori.

In seguito, sempre nel 2007, si sono svolti due corsi di formazione per i cittadini volontari e per il personale delle Aziende, ai quali hanno partecipato complessivamente oltre 100 persone. In entrambe le occasioni, il programma della giornata prevedeva una introduzione sulle politiche della salute in regione FVG e sugli strumenti di valutazione del sistema, per passare alla teoria, metodologia e conduzione operativa dell'*Audit Civico*. Tutti i partecipanti hanno ricevuto gli

“strumenti dell’Audit Civico” (questionari e note metodologiche) e partecipato alla programmazione dei lavori per la realizzazione del primo ciclo di audit.

Successivamente si sono costituite le equipe locali che hanno individuato i loro referenti (per la parte aziendale nominato dall’azienda mentre i cittadini hanno liberamente scelto il loro).

Le equipe come primo passo hanno definito il Piano Locale, documento in cui hanno indicato quali strutture intendevano monitorare e in che tempi.

Si sono quindi svolti i diversi incontri di monitoraggio e le visite nelle varie strutture che sono avvenute nel periodo che va da ottobre 2007 a marzo 2008.

2 L'AUDIT CIVICO: UN'ANALISI CRITICA E SISTEMATICA DELL'AZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE PROMOSSA DALLE ORGANIZZAZIONI CIVICHE

2.1 Le ragioni dell'Audit civico

La decisione di dotare la cittadinanza attiva di un proprio strumento di valutazione della azione delle aziende sanitarie - denominato Audit civico - nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati, spesso con durezza, dal Tribunale per i diritti del malato. Non è difficile rilevare, sulla base dei risultati ottenuti ma soprattutto dell'evoluzione dei servizi sanitari, che le questioni affrontate, oltre cinque anni fa, non solo sono rimaste attuali e centrali, ma hanno acquistato ulteriore rilevanza. La capacità di rispondere a problemi di portata generale, come quelli sotto elencati, può conferire all'Audit civico uno spessore costituzionale.

2.1.1 Rappresentare il punto di vista dei cittadini

Il primo ordine di problemi era legato **alla esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino"** superando due pregiudizi. Il primo era la riduzione della centralità a puro principio di deontologia professionale. Il secondo consisteva nel ritenere che la tutela dei diritti fosse il risultato, per così dire, automatico di una buona organizzazione. Praticare la centralità del cittadino significa invece definire specifici criteri di progettazione dei servizi e delle politiche ma anche assumere un preciso approccio disciplinare per la valutazione della qualità dell'organizzazione sanitaria.

Gli strumenti classici della *customer satisfaction* davano risultati insoddisfacenti a questo proposito e sono ormai considerati inadeguati dalla maggior parte degli esperti. Infatti, negli stessi anni di sviluppo dell'Audit civico, una consistente rete di realtà del servizio sanitario si è cimentata nello sviluppo di programmi innovativi sulla qualità percepita con ottimi esiti¹, ma questo non è sufficiente per risolvere il problema. Le metodologie utilizzate sviluppano l'ascolto dei cittadini anche con tecniche innovative² ma non li riconoscono ancora come soggetti in grado di produrre autonomamente valutazioni strutturate.

Gli esiti dei primi cicli dell'Audit civico aiutano a definire meglio il problema. Si è potuto verificare, infatti, che la centralità del cittadino acquista una consistenza concreta quando esso si presenta come puro fruitore dei servizi (lo dimostrano i progressi del comfort, dei servizi di prenotazione, ecc.) o come portatore di problemi con forte dimensione tecnica e disciplinare (lo dimostrano la crescente, anche se ancora insufficiente attenzione verso la terapia del dolore o verso la prevenzione delle infezioni). Non è così quando il cittadino interviene come concreto attore del sistema e

¹ In modo particolare l'Osservatorio sulla qualità percepita istituito dall'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna con il Dipartimento per il Diritto alla Salute e Politiche della Solidarietà della Regione Toscana, l'Agenzia sanitaria della Regione Marche, il Dipartimento Sanità e Servizi Sociali della Regione Liguria, il Servizio Pianificazione e Sviluppo della Direzione generale Sanità della Regione Lombardia, la Regione Umbria, l'Azienda Ospedaliera di Padova e la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna. Cfr. Cinotti R. , Cipolla C.- *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. -Franco Angeli, Milano 2003.

² Cfr. L. Bobbio (a cura di) - *A più voci* - Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica - Edizioni scientifiche italiane - Roma 2004

pretende di informare ed essere informato o di tutelare attivamente i propri diritti. In questi casi si riscontra una difficoltà (epistemologica, se così si può dire, prima che politica) a dare il dovuto spazio alla presenza di un soggetto autonomo, titolare di diritti, di competenze e di capacità di intervento.

Per comprendere meglio la portata della questione, conviene riflettere sul fatto che l'espressione "rappresentare il punto di vista del cittadino" ha due significati ben distinti, anche se complementari.

Il primo significato – meno usuale nel senso comune – deriva dal fatto che, nella geometria descrittiva, il punto di vista è il luogo, esattamente determinato, da cui si osserva una specifica realtà ed è possibile produrre una rappresentazione matematicamente determinata della realtà stessa. Il punto di vista del cittadino, quindi, non è una mera espressione di soggettività, ma identifica un modo di osservare (e quindi di rappresentare) il servizio sanitario che è, poi, quello del destinatario del servizio stesso. In altri termini, rappresentare il punto di vista del cittadino non poteva significare soltanto raccogliere un qualche insieme di opinioni, ma rendere visibile, in termini oggettivi, (e quindi rappresentare) il modo in cui il servizio si presenta al cittadino nelle diverse fasi della sua esperienza.

L'attenzione è stata rivolta alla possibilità di identificare, formalizzare e poi misurare gli aspetti caratteristici di tale esperienza, attraverso l'osservazione diretta, la richiesta alle amministrazioni di informazioni dovute ai sensi della legge 241, la definizione di standard di riferimento e così via. In questo modo, la rappresentazione del punto di vista dei cittadini non esaurisce la realtà, ma può confrontarsi a pari dignità (anche tecnica) con gli altri punti di vista presenti nel servizio sanitario (quello dei direttori, quello dei medici, quello degli infermieri, quello degli amministratori regionali, ecc.).

La seconda accezione dell'espressione "rappresentare il punto di vista dei cittadini" ha a che fare con la capacità delle organizzazioni civiche di agire in nome e per conto dei cittadini, al fine di fare valere un criterio di interpretazione (e quindi di governo) della qualità dei servizi legato alla capacità di soddisfare concretamente i bisogni esistenti. E' del tutto evidente la necessità di intervenire sulla determinazione dei criteri di rilevanza dei fenomeni e la definizione di priorità, attività tradizionalmente riservate in modo esclusivo alla amministrazione e ai professionisti.

Per rispondere a questa duplice esigenza l'Audit civico ha sviluppato in termini disciplinari gli strumenti di raccolta, di registrazione e di valutazione delle esperienze, ma ha anche identificato i momenti del processo di governo in cui i rappresentanti dei cittadini devono essere presenti per portare e fare valere la propria interpretazione.

Si può dire che l'Audit civico (come è avvenuto su un altro versante per il tema del governo clinico) ha contribuito a mettere in evidenza che, per governare correttamente l'area dei rapporti fra i soggetti che si incontrano, a vario titolo, è necessario mettere a punto specifiche forme di rappresentanza e di rappresentazione.

2.1.2 La trasparenza del servizio sanitario

Una seconda serie di questioni è **connessa con l'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie**. Il punto di partenza a questo proposito è la lunga esperienza delle battaglie condotte da Cittadinanzattiva con il Tribunale per i diritti del malato per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari

per ottenere, in primo luogo, che le segnalazioni e l'intervento dei cittadini producessero i dovuti cambiamenti e per fare sì, in seconda istanza, che il giudizio motivato dei cittadini pesasse, in sede di valutazione delle aziende e dei loro dirigenti, al pari dei risultati di bilancio.

I processi di aziendalizzazione, avviati dal D.lgs. 502 e confermati dal D.lgs. 229 e la definitiva federalizzazione del servizio sanitario avvenuta con l'approvazione del titolo V della riforma costituzionale del 2001 hanno aperto nuovi problemi di governo. L'intento del legislatore era quello di passare da una gestione, per così dire, amministrativa del servizio ad un governo manageriale capace di fare fronte alla crescente complessità dei processi sanitari e, insieme, di garantire un più efficace controllo della spesa. Questa difficile impresa doveva essere sostenuta, sostanzialmente, da tre processi di governo:

- una pianificazione regionale capace di definire appropriatamente gli obiettivi di salute e di allocare correttamente le risorse;
- l'accreditamento delle strutture per garantire i requisiti indispensabili per una buona erogazione dei servizi;
- la valutazione dei direttori generali e dei dirigenti in base alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

La trasparenza era ovviamente una condizione tecnica indispensabile per garantire il buon funzionamento di un sistema così concepito. Come è ampiamente noto, il contenimento della spesa ha acquisito una priorità assoluta marginalizzando, nella sostanza, tutte le altre funzioni di governo.

Al di là di ogni altra considerazione di merito è impossibile non constatare un aumento della opacità e della autoreferenzialità del sistema sanitario e la necessità assoluta di recuperare la trasparenza minima necessaria per garantire un governo informato. La valutazione civica può portare un contributo non trascurabile a questo proposito. Del resto 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 il primo esempio di adozione sistematica, a livello regionale, dell'Audit civico preveda il suo inserimento nelle procedure di accreditamento e che questo orientamento sia ripreso nelle altre convenzioni regionali. E' altrettanto interessante rilevare che buona parte delle aziende aderenti hanno adottato la prassi di inserire i rapporti conclusivi dell'Audit civico nella documentazione per l'accreditamento

2.1.3 Un contrappeso ai rischi di frammentazione

La terza fondamentale ragione per adottare una procedura di valutazione locale ma fondata su criteri omogenei e comparabili sta nella necessità di **prevenire il rischio** – sempre più evidente – **che il necessario e condivisibile processo di federalizzazione si traduca in una frammentazione irreversibile del servizio sanitario.**

L'adozione di un sistema unificato di indicatori generato dalla attività di tutela dei diritti e il legame con il benchmarking sono stati, con ogni probabilità, due fattori fondamentali per la diffusione dell'Audit civico. Già in fase di progettazione si è pensato che rendere comparabili le performance aziendali, fare emergere e circolare le esperienze vincenti, utilizzare le carte di diritti del malato per produrre indicatori e standard e per rappresentare il punto di vista dei cittadini sulla base di parametri omogenei e condivisi su tutto il territorio nazionale potesse essere anche una proposta

di difesa dell'Universalità del servizio sanitario pubblico. E' legittimo ritenere che la partecipazione all'Audit civico sia stata per molte realtà una adesione alla proposta.

2.1.4 Il valore costituzionale della valutazione civica

L'adozione dell'Audit civico da parte delle amministrazioni sanitarie regionali e locali può essere considerato un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione *"Stato, regioni, province, città metropolitane e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà"*. L'esperienza ha confermato, in una fase importante del ciclo delle politiche pubbliche, quale è la valutazione, che è possibile una azione civica orientata all'interesse generale e che essa può incontrare il sostegno delle istituzioni. La cooperazione sussidiaria in questo caso produce informazioni, non attingibili per altra via, e utili per colmare le lacune delle altre procedure di valutazione, fa emergere aree critiche cruciali e favorisce l'individuazione di azioni correttive praticabili. Ovviamente l'Audit civico non può esaurire l'azione della Cittadinanza attiva né sostituire certificazioni, sistemi di controllo e di assicurazione della qualità o procedure di accreditamento, ma può contribuire alla costruzione di un regime di governo dei rapporti fra cittadini e servizi, utile per il superamento di una situazione da tutti ritenuta ampiamente critica.

2.2 Le quattro domande dell'Audit civico

Come è noto, la qualità e l'efficacia di un Audit dipendono in buona misura dalla corretta formulazione dei quesiti a cui l'Audit stesso vuole dare una risposta. Se la posta in gioco è, come si è appena detto, quella di assumere concretamente la centralità del punto di vista del cittadino, tali quesiti dovrebbero formalizzare correttamente i problemi che i cittadini stessi sperimentano nel loro rapporto con i servizi sanitari. La progettazione dell'Audit civico, quindi, ha preso le mosse da quattro domande, semplici e cruciali, rappresentative rispettivamente di quattro aspetti dell'esperienza del cittadino.

1) 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 o riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: *"quali sono le azioni elementari che le aziende sanitarie stanno conducendo per fare sì che l'assistenza sanitaria sia messa a disposizione dei cittadini senza imporre ulteriori gravami ed ostacoli a chi deve già sopportare il peso della malattia propria o di un familiare?"*

2) Il secondo aspetto riguarda il cittadino in quanto malato affetto da patologie gravi o croniche e provoca il seguente quesito: *"che priorità assumono, nell'azione generale delle aziende sanitarie, le politiche relative alla prevenzione dei rischi e degli effetti indesiderati delle cure mediche, alla riduzione del dolore e dell'impatto sulla vita quotidiana dei malati e delle loro famiglie?"*.

3) Il terzo tipo di rapporto fra cittadini e il servizio sanitario riguarda l'esercizio dei diritti di cittadinanza e rimanda alla necessità di chiedersi se *"la partecipazione dei cittadini è una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o resta un "rituale democratico" utile, al massimo, per favorire una maggiore correttezza formale delle attività aziendali?"*.

4) Il cittadino infine, risiede in uno specifico territorio nel quale possono insorgere specifici problemi ed allora è bene verificare *“quali risposte tempestive e pertinenti è in grado di dare l'azienda ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?”*.

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fa sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande. La loro formulazione, però, mette a disposizione indicazioni importanti, forse insostituibili, per la selezione dei temi da includere nell'Audit civico e dei dati da raccogliere.

Confrontarsi con la prima domanda, e cioè l'orientamento ai cittadini delle aziende sanitarie, significa indagare su che cosa si sta facendo per:

- facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, eliminando le barriere fisiche (disponibilità di mezzi pubblici, barriere architettoniche, ecc.), organizzative (Centri unificati di prenotazione, liste di attesa, ecc.) e informative;
- garantire una buona informazione sui servizi;
- favorire le azioni di tutela dei diritti;
- rendere disponibile e utilizzabile la documentazione sanitaria;
- rendere confortevoli e accoglienti le strutture;
- adeguare l'organizzazione e i comportamenti alle esigenze di rispetto della identità personale, culturale e sociale dei malati;
- in generale migliorare la qualità dei servizi.

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

La trattazione della terza questione - vale a dire la capacità di coinvolgere attivamente i cittadini e le organizzazioni civiche nella formulazione e nella valutazione delle politiche aziendali - è meno immediata. L'occasione dell'Audit civico comunque permette di fare un punto sulla situazione della attuazione di alcune disposizioni legislative - come la presenza di rappresentanti dei cittadini nei Comitati etici per la valutazione delle sperimentazioni, nei Comitati per il buon uso del sangue e nelle Commissioni miste conciliative - sulla capacità di superare la soglia della occasionalità nei rapporti fra aziende e organizzazioni civiche e, infine, sulla capacità di dare a tutto questo sistema di rapporti un respiro strategico o, almeno, non puramente formale.

La quarta domanda è tecnicamente indeterminata per l'evidente motivo che non è possibile prevedere quali siano i problemi che una determinata comunità territoriale ritiene urgenti. Non è possibile individuare a priori i parametri da utilizzare per la valutazione (e, a tutt'oggi non è ancora stata fatta una analisi sistematica delle esperienze realizzate nel 2001 e nel 2002), ma questo ovviamente non impedisce alle realtà locali di formulare giudizi pertinenti e motivati.

2.3 Riferimenti teorici e metodologici

L'Audit civico integra (o tenta di integrare) tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità³.

L'analisi civica è il sistema di attività poste in atto dai cittadini per partecipare al *policy making* e, più in generale, per definire, comunicare e fare valere il proprio punto di vista in ordine alle questioni di rilevanza pubblica e sociale, soprattutto quando esse riguardano direttamente la tutela dei diritti e la qualità della vita⁴. Nel contesto dell'analisi civica sono stati possibili gli sviluppi disciplinari relativi alle strutture della valutazione, alla definizione operativa dei cicli e degli strumenti di raccolta dei dati e di produzione delle informazioni, alla interpretazione dei risultati.

Il secondo approccio è dato dai contenuti del D.P.C.M. del maggio 1995 sulla Carta dei servizi sanitari, che non si è limitato a riconoscere ai cittadini una autonoma e significativa attività di valutazione dei servizi ma ha fornito indicazioni concrete per aumentare la sostanza tecnica di tale attività. Ai fini dello sviluppo dell'Audit Civico, assume una particolare rilevanza il concetto di **fattore di qualità** inteso come **"aspetto che qualifica il rapporto che i cittadini instaurano con i servizi durante il loro percorso nelle strutture sanitarie"**.

Diviene possibile, in questo modo, scomporre l'esperienza dei cittadini in segmenti significativi e descrivibili con insiemi di indicatori qualitativi e quantitativi che permettono di passare da valutazioni di tipo soggettivo o occasionale a una valutazione sistematica e fondata su dati rigorosamente riscontrabili.

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

2.4 La struttura di valutazione dell'Audit civico

Con il contributo di un "Tavolo tecnico di lavoro per l'Audit civico"⁵ e a partire da un progetto elaborato da Alessandro Lamanna e Alessio Terzi, è stata messa a punto una struttura articolata in: componenti, fattori, indicatori. Essa è riassunta nella seguente figura.

³ Per una illustrazione più analitica degli aspetti metodologici, cfr. A. Lamanna, A. Terzi – La valutazione civica della qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie – in G. Banchieri (a cura di) - Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana - Italtpromo, Roma 2005.

⁴ . Moro "Manuale di cittadinanza attiva", Carocci editore, Roma, 1998.

⁵ Il tavolo, costituito nel 2000, era composto da esperti dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto per il marchio di qualità (Imq/Csq), delle aziende ospedaliere di Caserta, Torino (San Giovanni Battista), Monza (San Gerardo), delle aziende sanitarie locali di Bologna Nord e di Legnago, e da rappresentanti di Astra Zeneca e da responsabili locali e nazionali di Cittadinanzattiva

LA STRUTTURA DI VALUTAZIONE DELL'AUDIT CIVICO



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 (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale, ecc.)
- b. ***l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario***
- 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*, strutturato centralmente, volto ad assicurare la trattazione di alcune aree tematiche e la successiva possibilità di promuovere esperienze di *benchmarking* e 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 250 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*);
- 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 urgenti.

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 presenti in alcuni comitati dell'azienda sanitaria;
- *5 diverse check list* per l'osservazione diretta delle strutture sanitarie da parte degli auditor (cittadini e operatori sanitari).

2.5 Il benchmarking

Parte costitutiva dell'Audit civico è lo sviluppo di una valutazione comparativa (*benchmarking*) delle performance aziendali nei fattori di valutazione delle tre componenti "orientamento al cittadino", "impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario" e "coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali".

Alla base del benchmarking c'è la costruzione di un grafico che mostra i valori dell'indice di adeguatezza agli standard (IAS) che ciascuna delle aziende sanitarie ha ottenuto per ognuno dei fattori di valutazione considerati.

I risultati dell'Audit civico, così organizzati, vengono discussi in "incontri di benchmarking" ai quali partecipano le équipe delle diverse aziende.

Nel corso di questi incontri, si sviluppa la possibilità per ciascuna équipe di:

- interpretare i risultati del proprio Audit civico in un contesto più ampio;
- individuare le eventuali aree di eccellenza o le aree critiche che caratterizzano la propria prestazione;
- promuovere un esame delle soluzioni tecniche e organizzative che hanno permesso il raggiungimento delle migliori performance.

2.5.1 Il calcolo dell'IAS (Indice di Adeguamento agli Standard)

Attraverso il calcolo dell'*indice di adeguamento agli standard (IAS)* è possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti presi in considerazione. L'IAS esprime in quale misura i valori raccolti per gli indicatori raggruppati in un fattore di valutazione corrispondono ai "valori attesi", vale a dire agli standard di riferimento proposti da norme, carte dei diritti dei cittadini, documenti di società scientifiche, ecc. Nei casi in cui gli standard non sono disponibili, si possono individuare valori di riferimento dall'analisi dei dati rilevati. I passi, necessari per il calcolo dell'IAS di un "fattore di valutazione", sono:

- a. la definizione degli indicatori del fattore considerato;
- b. la comparazione delle situazioni rilevate per ogni singolo indicatore con il relativo standard di riferimento;
- c. l'attribuzione ad ogni indicatore di un valore compreso fra 0 e 100, dove 100 indica la totale corrispondenza allo standard di riferimento e 0 la totale difformità da esso;
- d. la pesatura, ove necessario, degli indicatori, sulla base della loro rilevanza;
- e. il calcolo della media aritmetica dei valori attribuiti agli indicatori.

Successivamente, se necessario, si può calcolare l'IAS di un gruppo di fattori di valutazione, appartenenti a una singola componente e, ancora, l'IAS di tutte le componenti e quindi della realtà osservata (per esempio un ospedale).

Il calcolo dell'IAS ha permesso di utilizzare la valutazione civica per praticare la metodologia del benchmarking e quindi per promuovere una valutazione comparativa tra le singole realtà oggetto della valutazione civica, con l'obiettivo di:

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

2.6 Bibliografia

- Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità* Franco Angeli, Milano 2002
- Azienda Ospedaliera OIRM San'Anna *Carta dei servizi, sezione terza* Torino, 1996
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista della città di Torino - *Carta dei servizi. I fattori di qualità* Torino, 2005
- Cinotti R. Cipolla C. *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini* – Franco Angeli, Milano, 2003
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – *La Carta dei servizi pubblici sanitari* – 19 maggio 1995
- Dipartimento della Funzione Pubblica *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche* Collana Cantieri, Roma 2003
- Dobson C. *The citizen's Handbook. A Guide to Building Community in Vancouver* Vancouver Citizen's Committee, Vancouver 1995

Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione* Roma 1990

Donolo C: – *Il sogno del buon governo. Apologia del regime democratico* – Anabasi, Milano 1992

Ferla V. (a cura di) - *L'Italia dei diritti (edizioni 2001 e 2002)* – Edizioni cultura della pace, Calenzano, 2001 e 2002

Galizio M. Terzi A. - *L'azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino e gli operatori civici della qualità* – Fondazione Smith Klein – Tendenze nuove n.2/1999

Health and Social Campaigners' Network - *Patients' Rights in Europe: a Citizens' Report - Summary of Meeting Organised by Active Citizenship Network at the European Parliament, Brussels February 28th to March 1st 2005*; Oxford Vision 2020, March 2005

Inglese S.A. *Cittadini e servizi sanitari Rapporti annuali (dal 1996 al 2004)* Cittadinanzattiva

Lamanna A. *Audit Civico: la valutazione dei cittadini e la costruzione della qualità* Q.A. 13 3: 157 – 158

Lamanna A., Terzi A.- *La valutazione civica della 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* – Italtpromo , Roma 2005

Lamanna A., Terzi A.- *"Audit civico il punto di vista del cittadino* – in Bocci F., Mozzo A. (acura di) – *La Balanced scored orintata dalla mission - Il Sole 24 ore* , Milano 2006

Lamanna A. Terzi A. *La valutazione della qualità delle aziende sanitarie realizzata dai cittadini- Rapporti annuali (dal 2001 al 2004)* Cittadinanzattiva -

Legambiente *Un treno verde contro la mal'aria. Manuale per i cittadini attivi per la difesa da traffico, smog e rumore* Legambiente, Roma, 1996

Ministero della sanità *Come definire e utilizzare gli standard di qualità* Quaderni della Carta dei servizi pubblici sanitari, 1996

Moro G. - *Azione civica* – Carocci Faber, Roma, 2005 Id. (2005a), "Citizens' Evaluation of Public Participation", in Caddy J. (ed.), *Evaluating Public Participation in Policy Making*, OECD, Paris 2005, pp. 109-126.

Id. - *Manuale di cittadinanza attiva* – Carocci editore, Roma, 1998

Moro G. Petrangolini T. *Il governo scalzo della salute* Democrazia diretta n. 4-5, 1987

Movimento federativo democratico *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario nazionale*
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta di Ottawa per la promozione della salute* 1998

Passerini A. Corposanto C *La costruzione partecipata della Carta dei servizi. L'esperienza della APSS di Trento* Franco Angeli, Milano, 2004

Petrangolini T. *Salute e diritti dei cittadini* Editori riuniti, Roma, 2002

Rubin H. Rubin I. – *Community Organizing and Development* – Mac Millan Publishing Company, New York, 1992

Terzi A. *Osservazione Civica della sicurezza negli ospedali* Q.A. 13 3: 156

Terzi A. - *La partecipazione dei cittadini al regime di governo dei rischi* Snop rivista n. 50, luglio 1999

Terzi A. Moccia F. *Ospedale sicuro Rapporto annuale (dal 1998 al 2004)* Cittadinanzattiva

Wildavskiy A. – *Speaking Truth to Power. The Art and Craft of Policy Analysis* – Transaction Publisher, New Brunswick, 1993

3 I risultati dell'AUDIT nelle aziende del Friuli Venezia Giulia

In questo capitolo presentiamo i risultati di "benchmarking" organizzati per fattori di valutazione: per ogni componente prevista dall'Audit Civico viene proposta un'analisi dettagliata di tutti i fattori che la costituiscono, presentando una riflessione sulla situazione complessiva a livello regionale e quindi un confronto tra i risultati ottenuti dalle diverse aziende monitorate.

Per ogni fattore viene infatti presentata una comparazione tra i valori medi degli Indici di Adeguamento agli Standard (IAS) ottenuti in ogni livello di indagine (azienda, ospedale, distretto ecc.) per avere un quadro complessivo della qualità del sistema sanitario.

Quindi, entrando in dettaglio, viene presentata un'analisi comparativa degli IAS ottenuti da ogni azienda sanitaria monitorata. Questo però solo allo scopo di permettere una riflessione sulla complessità del sistema, evidenziando cosa è ormai uno standard acquisito (punti di forza) e cosa una carenza complessiva del sistema o uno standard che non viene garantito in maniera uniforme.

Per una riflessione più approfondita sui punti di forza e di debolezza delle singole aziende si rimanda ai Rapporti Locali che contengono una puntuale riflessione sulla singola realtà oggetto del monitoraggio.

Riteniamo utile segnalare che, trattandosi della primo ciclo di AUDIT realizzato a livello regionale, è necessario tenere conto di una non completa padronanza degli strumenti da parte delle equipe e di una inevitabile fase di apprendimento. A questo si è aggiunta una difficoltà tecnica legata agli strumenti informatici di supporto non ancora del tutto rodati. La somma di questi due fattori ha creato in alcuni casi una qualche disomogeneità nell'applicazione delle procedure di AUDIT senza peraltro nulla togliere al valore della rilevazione realizzata nel suo insieme.

Il prossimo ciclo di AUDIT potrà fare tesoro dell'esperienza pregressa e potrà restituire risultati ancor più interessanti e significativi.

Note generali e riferimenti utili alla lettura dei dati presentati nei capitoli seguenti

Ogni fattore è rilevato in ambiti (livelli) differenti: livello aziendale, dell'ospedale, del distretto, del poliambulatorio e del CSM/SerT. I dati relativi al distretto fanno riferimento alle sole sedi di distretto, mentre quelli dei CSM/SerT, così come prevede la metodologia dell'Audit Civico, sono considerati insieme.

Livelli

Azienda sanitaria
Assistenza ospedaliera
Distretto
Poliambulatorio
Centro Salute Mentale (CSM) e Servizio Tossicodipendenze (Ser.T)

L'AUDIT misura la qualità nei diversi fattori oggetto di analisi attraverso un indice di adeguamento agli standard (IAS). Uno IAS uguale a 100 indica una completa corrispondenza agli standard considerati. I diversi valori degli IAS, nell'analisi, sono considerati secondo le seguenti fasce di valori di riferimento

Classi di punteggio IAS	100-81	=	OTTIMO
	80-61	=	BUONO
	60-41	=	DISCRETO
	40-21	=	SCADENTE
	20-0	=	PESSIMO

Nella tabella seguente è riportato l'elenco delle aziende in cui è stato realizzato l'AUDIT civico con la relativa sigla che le identifica nelle pagine seguenti.

	Sigla	Azienda
1	ASS 1	Azienda Servizi Sanitari n° 1, Triestina
2	ASS 2	Azienda Servizi Sanitari n° 2, Isontina
3	ASS 3	Azienda Servizi Sanitari n° 3, Alto Friuli
4	ASS 4	Azienda Servizi Sanitari n° 4, Medio Friuli
5	ASS 5	Azienda Servizi Sanitari n° 5, Bassa Friulana
6	ASS 6	Azienda Servizi Sanitari n° 6, Friuli Occidentale
7	AOUTS	Azienda Ospedaliera - Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
8	Burlo	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno infantile "Burlo Garofalo" di Trieste
9	SG	Casa di Cura "San Giorgio" di Pordenone
10	AOPN	Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone
11	CRO	Centro di Riferimento Oncologico di Aviano

La ASS1 non gestisce alcun presidio ospedaliero e pertanto non ci sono dati relativi al livello dell'assistenza ospedaliera.

Nella ASS5 il piano locale per questo primo anno non ha previsto l'analisi del CSM/SERT.

La quarta componente non è stata inclusa in questo primo ciclo di AUDIT. Le tre componenti con i rispettivi fattori di indagine sono riportate nella seguente tabella.

In alcune casi le equipe locali hanno comunque ritenuto utile soffermarsi su altri aspetti o strutture, che non sono stati considerati nel benchmarking e che non vengono presi in considerazione nel presente report. Le riflessioni su queste ulteriori realtà sono riportate nei report locali.

Prima componente: Orientamento verso i cittadini	
	1 Accesso alle prestazioni 2 Rispetto dell'identità 3 Relazioni sociali 4 Informazione 5 Assistenza alla persona 6 Comfort 7 Supporto ai degenti e alle loro famiglie 8 Documentazione sanitaria 9 Tutela dei diritti 10 Programmi di miglioramento della qualità
Seconda componente: Politiche sanitarie	
	11 Gestione del rischio clinico 12 Sicurezza delle strutture e degli impianti 13 Malattie croniche e oncologia 14 Gestione del dolore
Terza componente: Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali	
	15 Istituti di partecipazione degli utenti 16 Altre forme di partecipazione e interlocuzione

3.1 Prima componente: "Orientamento verso i cittadini"

3.1.1 Analisi d'insieme

La prima componente, costituita da ben 10 fattori di valutazione, ci fornisce delle indicazioni relativamente a quegli aspetti che riguardano più da vicino il rapporto tra strutture sanitarie e cittadini. La tabella che segue mostra il valore medio, tra tutte le aziende regionali monitorate, dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) relativo ai fattori che indagano l'orientamento ai cittadini per i diversi livelli di analisi.

	Azienda	Assistenza ospedaliera	Distretto	Poliamb.	CSM/Sert	Media
1 Accesso alle prestazioni	95	88	69	86	70	82
2 Rispetto dell'identità		72			80	76
3 Relazioni sociali		72				72
4 Informazione		79	65	60	64	67
5 Assistenza alla persona		81				81
6 Comfort		80	78	67	70	74
7 Supporto ai degenti e alle loro famiglie		89	50		90	76
8 Documentazione sanitaria		77		63	40	60
9 Tutela dei diritti	83	83	97	97	60	84
10 Programmi di miglioramento della qualità		61	37	35	72	51

Tabella 1: Prima componente – confronto tra le medie degli IAS dei diversi fattori per ogni livello. Se non è presente un valore vuol dire che non è prevista rilevazione per quel fattore a quel livello.

Come mette in evidenza il grafico successivo, tutti i fattori raggiungono un valore almeno buono, ad esclusione di uno: ci segnala una debolezza sul fronte dei programmi per il miglioramento della qualità, che sembra particolarmente accentuata a livello di distretto e poliambulatorii. Tre fattori superano la soglia della valutazione ottima: l'accesso alle prestazioni, indice di un sistema sanitario diffuso e ben sviluppato, l'assistenza alla persona, che dimostra un elevato standard su questo punto delle strutture ospedaliere regionali, e la tutela dei diritti, fattore nei quali questa volta eccellono distretti e poliambulatorii.

Relativamente carente lo IAS del fattore "supporto alle famiglie" a livello di distretto. Scadente il valore raggiunto dall'indice relativo alla documentazione sanitaria a livello di SERT/CSM.

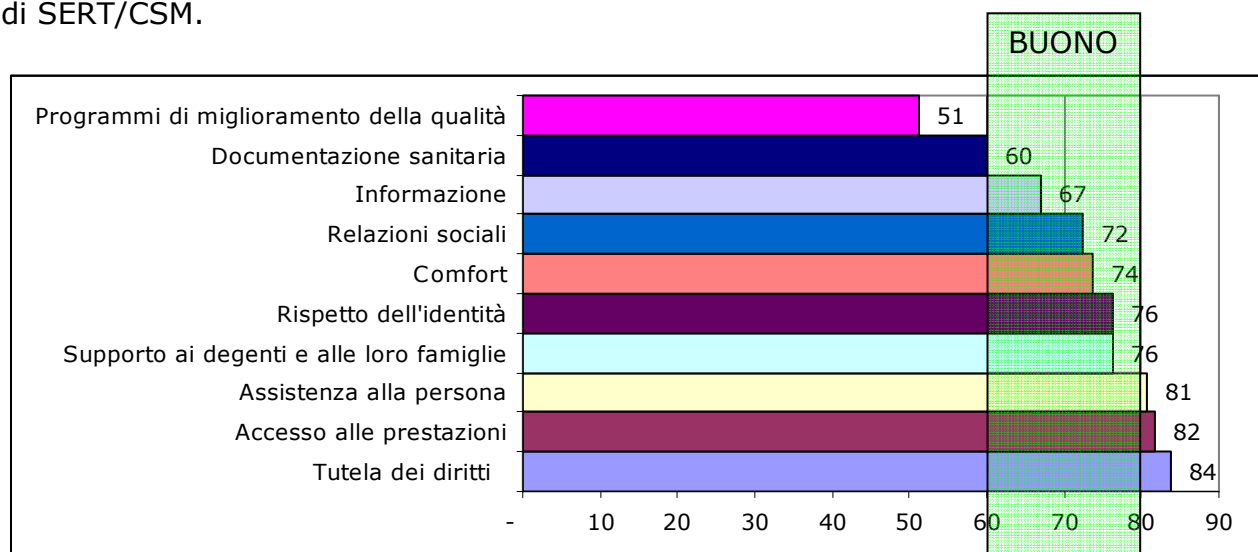


Grafico 1: Orientamento ai cittadini, valori medi dei diversi fattori.

Livello	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	AOUTS	Burlo	SG	AOPN	CRO	Media
Azienda	99	85	67	99	90	98	100	78	80	86	97	88
Ospedale		79	76	86	69	73	88	74	81	76	83	78
Distretti	77	47	70	75	74	52						66
Poliamb.	68	55	79	67	66	73						68
CSM-SERT	65	64	55	74		84						68

Tabella 2: Componente "Orientamento verso i cittadini", confronto tra il valore medio degli IAS delle singole aziende

Il confronto tra le aziende mostra una certa uniformità in tutte la regione, in particolare a livello di azienda e di ospedale dove i valori sono tutti ottimi o quasi ottimi. Negli altri livelli appare qualche valore discreto.

3.1.2 Analisi fattore per fattore

3.1.2.1 Fattore "Accesso alle prestazioni sanitarie"

L'accesso alle prestazioni sanitarie è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit e l'IAS medio è ottimo, raggiungendo il valore di 82 su 100. Il fattore ottiene un IAS più che ottimo a livello aziendale, ottimo per i poliambulatorii e l'assistenza ospedaliera, mentre scende a livello comunque buono per i distretti e per i SERT/CSM.

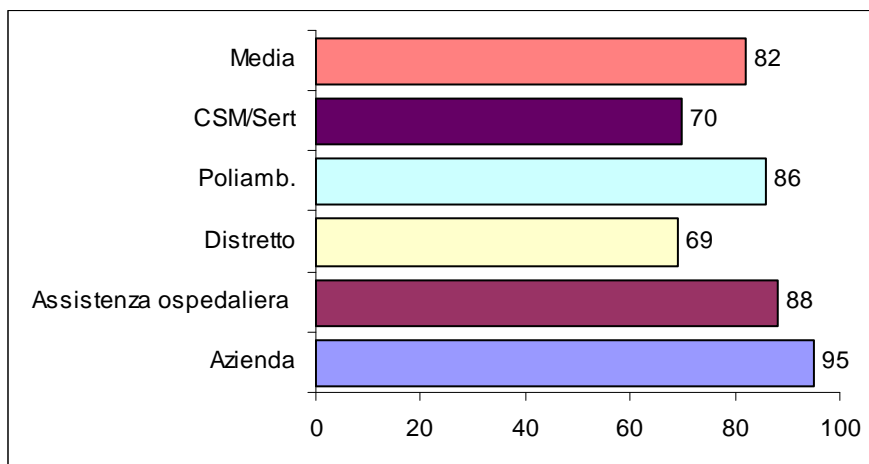


Grafico 2: Accesso alle prestazioni sanitarie- confronto IAS tra livelli

Livello aziendale

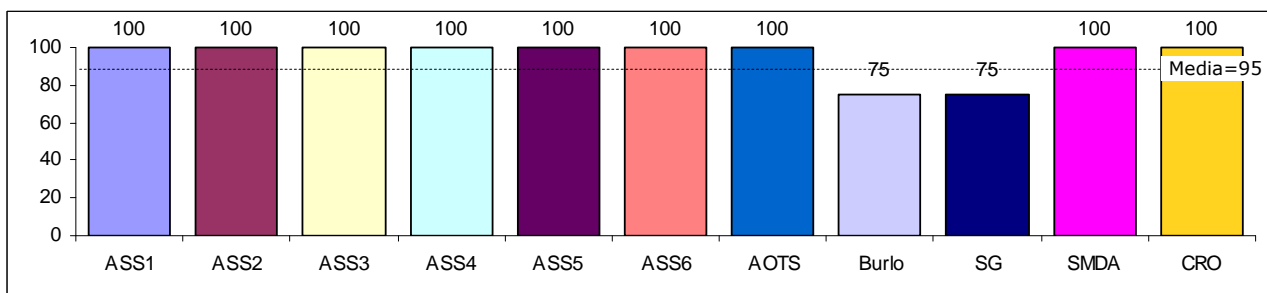


Grafico 3: Accesso alle prestazioni sanitarie, livello aziendale- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Punti per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi
- Presenza di un numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico
- Presenza di sito web aziendale
- Presenza di un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)

Come si può notare il fattore ha ottenuto il massimo del punteggio in tutte le aziende ad esclusione del Burlo Garofalo e della Casa di Cura San Giorgio di Pordenone che hanno ottenuto un valore comunque buono. In realtà tre indicatori sono universalmente soddisfatti in tutta la regione (Presenza di un numero telefonico aziendale per l'informazione al pubblico, Presenza di sito web aziendale, presenza di un Ufficio Relazioni con il Pubblico) attestando la presenza ormai consolidata di questi strumenti di dialogo con il pubblico. Il quarto indicatore, relativo alla presenza del punto per la registrazione della dichiarazione di volontà per i trapianti di organi, non risulta soddisfatto esclusivamente presso il Burlo Garofalo e la Casa di Cura San Giorgio: va precisato però che le equipe locali, in entrambi i casi, hanno valutato tale indicatore non strettamente applicabile nelle realtà specifiche.

Livello assistenza ospedaliera

Ben più articolata l'analisi per il livello delle strutture ospedaliere, come è possibile notare da uno sguardo dei 16 indicatori considerati.

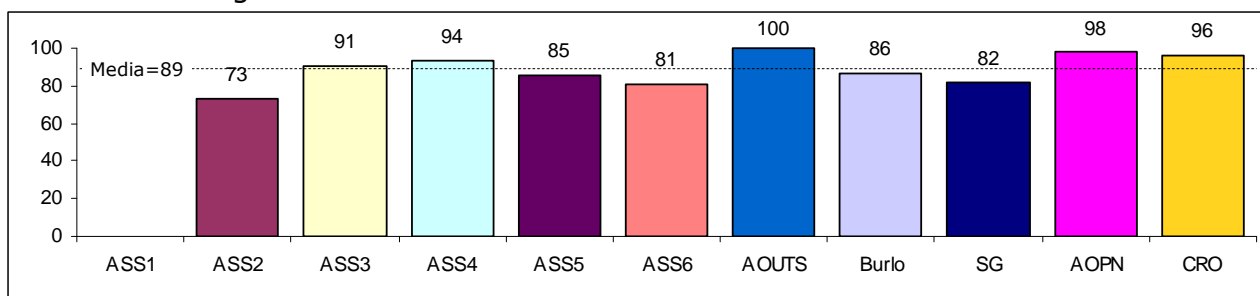


Grafico 4: Accesso alle prestazioni sanitarie, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
- Protocollo di accoglienza per coloro che si ricoverano
- Prestazioni con prenotazioni sospesa negli ultimi 30gg
- Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e alla urgenza
- Definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti da un medico dell'ospedale
- Prenotazione visite e esami diagnostici mediante CUP aziendale
- Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate in ospedale
- Prenotazione telefonica tramite CUP
- Numero sportelli per prenotazioni di visite e esami dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file sul totale sportelli per il pubblico
- Punti di riscossione di ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banca, ecc.)
- Registro dei ricoveri programmati presso direzione sanitaria U.O. consultabile
- se sì, consultabile nel rispetto della riservatezza dei nominativi contenuti
- Procedura del triage al Pronto Soccorso
- Comunicazione agli utenti del pronto soccorso dei criteri con cui sono attribuiti codici priorità e tempi presumibili di attesa
- Ingresso con barriere architettoniche
- Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale

L'accesso alle prestazioni a livello ospedaliero non tiene conto dei tempi di attesa ai quali è dedicata un'analisi separata. Tutte le aziende raggiungono una valutazione ottima tranne una che è comunque molto buona.

Punti di forza (IAS > 87)

- La maggioranza degli indicatori risultano ai valori massimi per tutte le aziende, con poche eccezioni, anche come conseguenza di normative regionali che fissano standard e procedure uniformi a cui tutte le aziende sono tenute ad adeguarsi.
- La maggioranza delle strutture garantiscono tutte le prestazioni oggetto dell'indagine fornendo un percorso differenziato per l'urgenza (IAS=87) (ad

esclusione della campimetria e della RMN total body, per le quali non c'è percorso differenziato in metà delle strutture)

Punti di attenzione

- I valori minimi si raggiungono relativamente alla definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti da un medico dell'ospedale ed alla presenza di un registro dei ricoveri programmati presso direzione sanitaria dell'U.O. consultabile che è garantita in due terzi delle strutture ospedaliere regionali (8 aziende su 12).
- In tre strutture sono presenti barriere architettoniche all'ingresso.

Livello Cure primarie: distretto

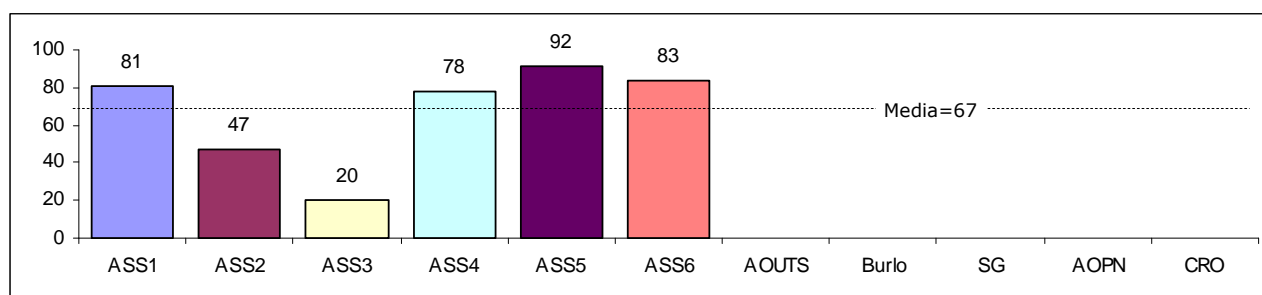


Grafico 5: Accesso alle prestazioni sanitarie, livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- I medici in servizio di Guardia Medica sono costantemente reperibili durante le visite domiciliari e i trasferimenti in auto
- Numero di domande di assistenza domiciliare valutate positivamente e in attesa dell'avvio del programma assistenziale su numero domande valutate positivamente

- Linee di mezzi pubblici che si recano presso la sede di distretto
- Ingressi con barriere architettoniche nella sede di distretto
- Sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici
- Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file

L'analisi dell'accessibilità delle prestazioni sanitarie a livello dei distretti evidenzia un sistema più variegato: con un valore medio buono, due aziende presentano un valore buono e tre ottimo. L'Azienda 3, Alto Friuli, riporta un IAS discreto a causa, come segnala l'equipe locale, della particolare organizzazione locale e della conseguente non completa significatività della rilevazione.

Come anticipato sopra è importante tener presente, in genere, che i dati considerati fanno riferimento esclusivamente alle sedi di distretto.

Punti di forza (IAS > 75)

- Assenza di barriere architettoniche in 9 distretti su 10.
- Presenza di sportelli per le prenotazioni in 9 sedi di distretto su 10.

Punti di attenzione

- Carente nel complesso l'indicatore relativo alla presenza di "regolatori di file", presenti solo nei centri più grossi ma in realtà non indispensabili negli altri.
- Da completare la reperibilità dei medici di Guardia Medica durante visite e trasferimenti, garantita in 4 aziende su 6

Livello Cure primarie: poliambulatorio

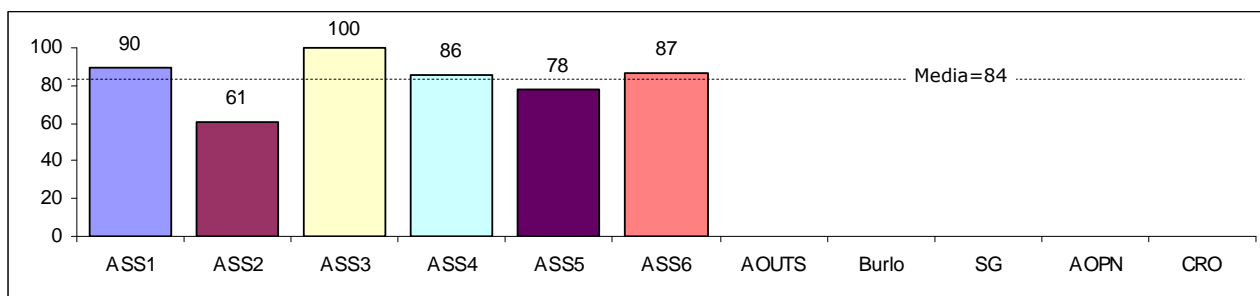


Grafico 6: Accesso alle prestazioni sanitarie, livello poliambulatorio- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
- Ingressi con barriere architettoniche
- Numero sportelli per la prenotazione visite ed esami diagnostici dotati di sistema di controllo e regolamentazione delle file
- Prestazione diagnostiche-terapeutiche con prenotazione sospesa negli 30gg
- Tempi di attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e l'urgenza
- Possibilità di prenotare visite ed esami diagnostici mediante CUP aziendale
- Possibilità di prenotare per telefono visite ed esami mediante CUP aziendale
- Numero agende prenotabili tramite CUP sul totale delle agende di prestazioni erogate
- Appuntamenti per prestazioni dati con orari personalizzati
- Punti di riscossione dei ticket in cui è possibile pagare con modalità diverse da quelle tradizionali (banche, sistemi automatici, ecc)

Con un valore medio più che buono, i poliambulatorii monitorati restituiscono un IAS ottimo per quattro aziende e buono per le altre due.

Punti di forza (IAS > 90)

- Solo in un poliambulatorio, su 10 visitati, ha avuto problemi di sospensione delle prestazioni nei 30 giorni precedenti
- È possibile prenotare presso i CUP aziendali e per via telefonica visite ed esami presso tutti gli ambulatori delle strutture sanitarie della regione.
- Quasi tutte le prestazioni fornite dagli ambulatori sono prenotabili al CUP.
- Solo in un poliambulatorio non è possibile pagare il ticket con modalità non tradizionali.

Punti di attenzione

- L'indagine ha rilevato qualche criticità rispetto ai tempi di attesa e ai percorsi differenziato per gravità e urgenza
- Come per i distretti, non sono presenti in diverse realtà sistemi di controllo delle file, valutati non sempre necessari

Livello Cure primarie: CSM/SerT

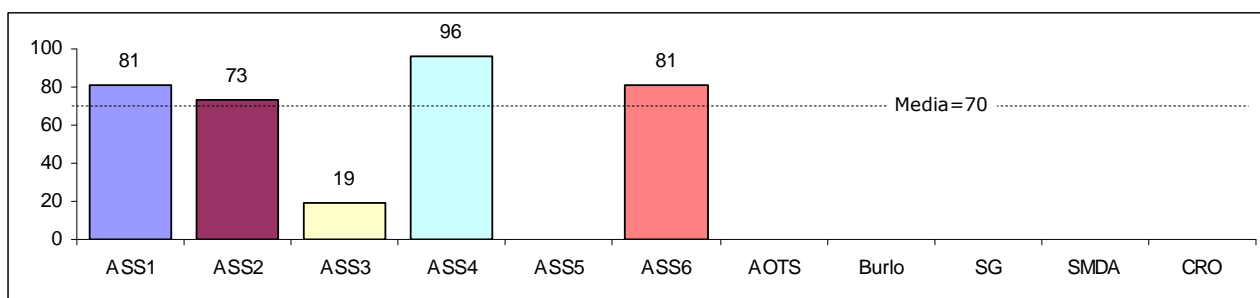


Grafico 7: Accesso alle prestazioni sanitarie, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Linee di mezzi pubblici che si recano presso il servizio
- Ingressi con barriere architettoniche
- Accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza per la valutazione diagnostica multidisciplinare dopo colloquio iniziale

- Reperibilità sulle 24 per i casi urgenti
- Numero ore al giorno di apertura del servizio
- Numero di giorni di apertura settimanale
- Strutture residenziali collegate
- Strutture diurne collegate

Con una media di 70, equivalente ad un valore buono, tre aziende raggiungono un ottimo indice di adeguamento agli standard mentre una risulta pessima

Punti di forza (IAS > 70)

- Ottima in tutte le strutture la raggiungibilità con i mezzi pubblici (IAS 100)
- In tutte le strutture tranne una sono garantiti percorsi di accesso differenziato in base alla gravità e all'urgenza
- In tutte le strutture tranne due, sono garantiti 6 giorni di apertura settimanale e almeno 12 ore giornaliere
- Similmente solo due centri non sono collegati a strutture residenziali.

Punti di attenzione

- La reperibilità sulle 24 ore in caso di urgenza è garantita nella metà delle strutture (4 su 8). Nel caso della ASS3 questo è la causa del basso valore dello IAS: successivamente alla rilevazione il CSM ha avviato l'apertura sulle 24 ore.
- In soli 5 casi su 8 ci sono strutture diurne collegate al servizio

3.1.2.2 Fattore "Rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei malati- Personalizzazione delle cure"

Questo fattore, che viene rilevato a livello dell'assistenza ospedaliera e di CSM/SerT, tiene conto di quattro indicatori relativi al rispetto dell'identità personale, culturale e sociale dei pazienti ricoverati e alla personalizzazione delle cure. A livello di ospedali il valore dello IAS medio tra le strutture monitorate è buono. Raggiunge il valore di ottimo per i SERT/CSM.

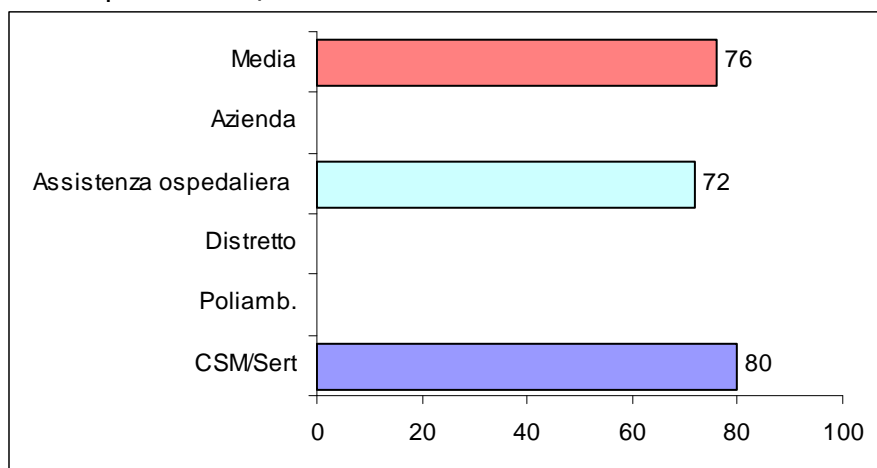


Grafico 8: Rispetto dell'identità personale, confronto tra livelli

Livello assistenza ospedaliera

La maggioranza delle aziende si posiziona su un valore compreso tra il valore medio (72) e 82, indice di una certa uniformità nel rispetto degli standard relativi a questo fattore.

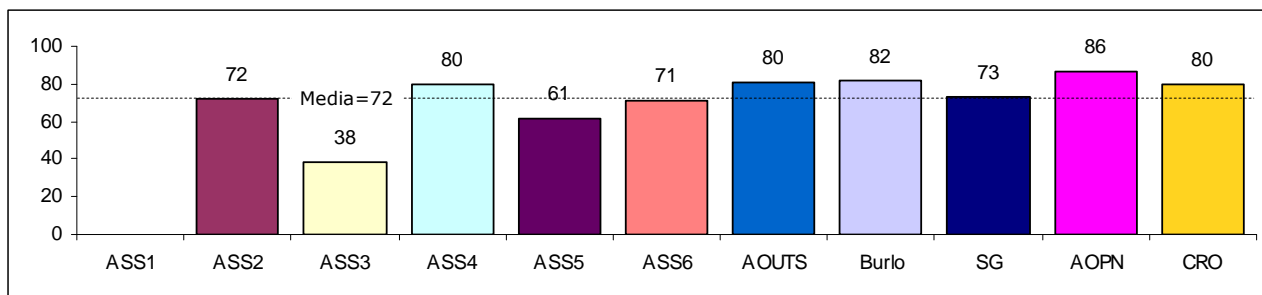


Grafico 9: Rispetto dell'identità, livello ospedale- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Servizio di interpretariato
- Servizio di mediazione culturale
- Servizio religioso per non cattolici (disponibile in ospedale o a chiamata)
- Procedura per la richiesta, da parte del paziente, di un secondo parere medico
- Appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati
- Numero di U.O. di degenza che assicurano il rispetto della privacy dei malati terminali e loro familiari assicurando una stanza
- Numero di unità operative in cui i degenti hanno la possibilità di vedere la televisione sul numero totale di U.O. (U.O. senza camere a pagamento)
- Scelta tra due o più opzioni per il menù per i pazienti a dieta libera
- Orario della distribuzione del pranzo ai pazienti
- Orario della distribuzione della cena ai pazienti
- Numero di U.O. di pediatria dotate di spazi attrezzati per il gioco sul numero totale di U.O. di pediatria
- Numero di U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore con posto letto su numero totale di U.O. di Pediatria
- Numero di U.O. di pediatria con presenza genitore 24 ore con accesso alla mensa su totale di U.O. in Pediatria
- Numero U.O. con arredi adatti all'età dei ricoverati
- Attività scolastiche per bambini ospedalizzati per lunghi periodi

Punti di forza (IAS > 80)

- In tutte le realtà ospedaliere della regione è possibile la scelta tra due o più opzioni relativamente al menù per i pazienti a dieta libera (IAS=100). Solo in due aziende sulle 10 monitorate, il pranzo viene somministrato in orario non adeguato (prima delle 12).
- Tutte le unità operative pediatriche garantiscono arredi adatti ai ricoverati e posto letto e mensa per il genitore presente 24 ore al giorno. Una sola non ha uno spazio gioco.
- In tutti gli ospedali è possibile fissare appuntamenti per prestazioni ambulatoriali con orari personalizzati (in un solo caso con alcune limitazioni).
- Viene fornito in tutte le strutture un servizio di interpretariato, solo in due casi limitato ad alcune esigenze particolari. Nella maggioranza delle strutture è disponibile un servizio di mediazione interculturale e un servizio religioso per i non cattolici.
- La maggioranza delle unità operative (in due aziende la totalità) dà la possibilità ai pazienti di vedere la televisione.

Punti di attenzione

- La cena, in tutti gli ospedali oggetto del monitoraggio, senza eccezioni viene somministrata ad orari non adeguati, prima delle 19.
- Solo in una realtà specializzata (il Burlo) è prevista attività scolastica per bambini ospedalizzati per lunghi periodi.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

La media degli IAS per questo fattore raggiunge la soglia del valore ottimo.

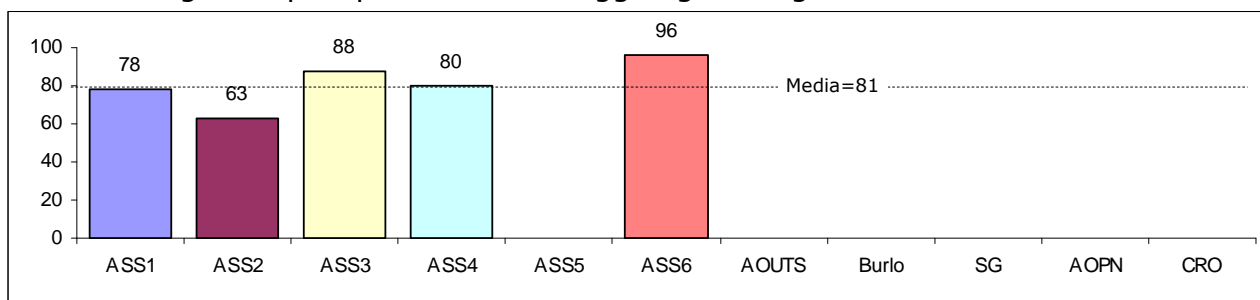


Grafico 10: Rispetto dell'identità, CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Mediatore culturale
- Numero pazienti con piano terapeutico personalizzato su numero totale pazienti
- Possibilità di avere operatori di riferimenti stabili
- Accesso indipendente esterno (per tutela della privacy)

Punti di forza (IAS = 100)

- In tutte le strutture visitate è presente un accesso autonomo per garantire la tutela della privacy.

Punti di attenzione

- In due aziende non è presente nei SERT/CSM un mediatore culturale.
- Due aziende dichiarano che il 100% delle persone seguite hanno un piano terapeutico personalizzato, una il 90%, le altre due riferiscono che ciò avviene solo per il 50% dei casi.
- Lo IAS relativo alla possibilità di avere operatori di riferimento stabili ha un valore medio di 72, oscillando tra il valore minimo di 50 e il massimo di 85. Forse anche su questo punto così delicato è possibile cercare modalità di miglioramento.

3.1.2.3 Fattore "Relazioni sociali"

Questo fattore viene monitorato solo a livello di assistenza ospedaliera e la media tra il valore dello IAS ottenuto nei diversi ospedali regionali ha un valore decisamente buono.

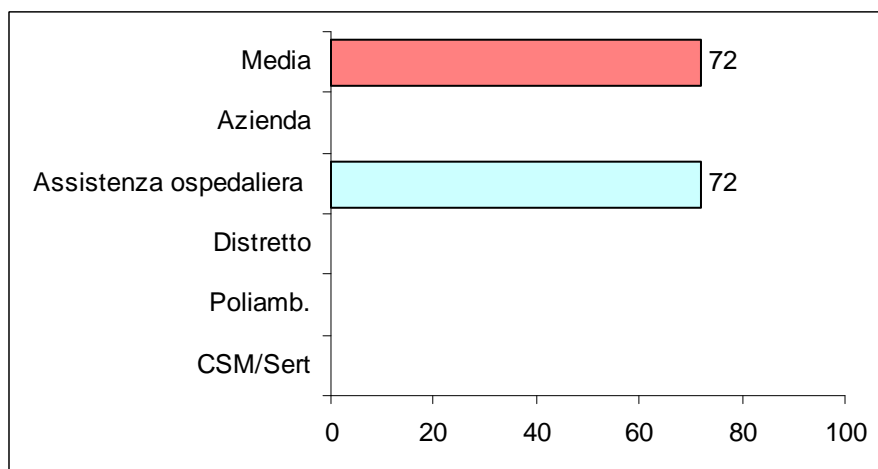


Grafico 11: Relazioni sociali- confronto IAS tra livelli

Livello assistenza ospedaliera

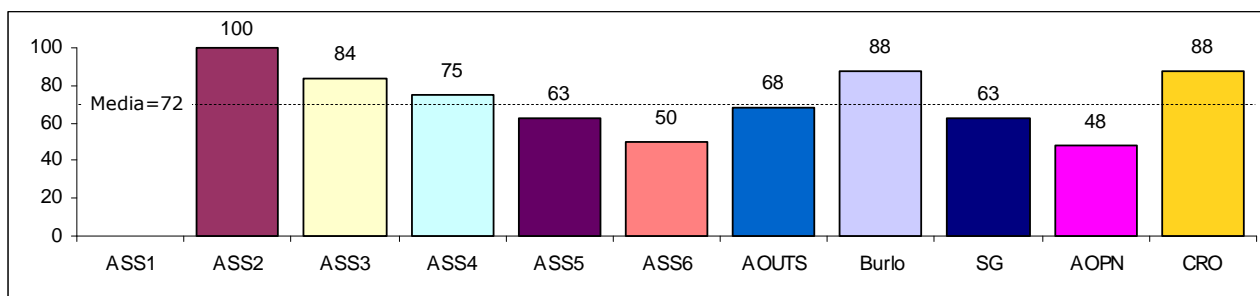


Grafico 12: Relazioni sociali, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni feriali
- Numero medio di ore di apertura ai visitatori del presidio durante i giorni festivi
- Numero di U.O. dotate di aree di socializzazione per i degenti sul numero totale di U.O. di degenza
- Numero di U.O. in cui è possibile ricevere telefonate (non a pagamento) sul numero totale di U.O. di degenza

Questo fattore, nonostante il valore medio complessivo soddisfacente, presenta una notevole variabilità, indicando un settore sul quale in diverse situazioni è possibile un intervento migliorativo e forse indicando la necessità di un qualche intervento da parte delle normative regionali per favorire l'adeguamento agli standard in particolare per garantire l'accesso dei visitatori per un numero sufficiente di ore al giorno.

Punti di forza (IAS > 89)

- Praticamente in tutte le unità di degenza degli ospedali oggetto di AUDIT è possibile ricevere telefonate non a pagamento.
- Similmente la maggioranza delle unità operative mette a disposizione uno spazio per la socializzazione dei degenti

Punti di attenzione

- Il numero di ore di apertura ai visitatori risulta troppo ridotto in circa metà delle strutture nei giorni festivi.
- Ancora meno soddisfacente l'orario di apertura nei giorni feriali (IAS medio dell'indicatore=36). In quattro aziende su nove è compreso tra 0 e 5 ore, e ciò per gli standard dell'Audit significa ottenere un punteggio pari a 0; in tre aziende lo IAS pari a 50 indica che negli ospedali di quell'azienda l'orario per l'accesso ai visitatori ha una durata compresa tra 6 e 11 ore. Nelle rimanenti due strutture lo IAS è pari a 100, indicando un orario di apertura superiore alle 11 ore.

3.1.2.4 Fattore "Informazione, comunicazione, educazione"

In questo fattore confluiscono venti indicatori relativi all'informazione logistica e sanitaria, alla qualità della comunicazione nonché dell'educazione che dovrebbe caratterizzare il rapporto tra cittadino e strutture sanitarie. Viene rilevato su tutti i livelli tranne che su quello aziendale. Con un valore medio buono, raggiunge quasi l'ottimo per i presidi ospedalieri.

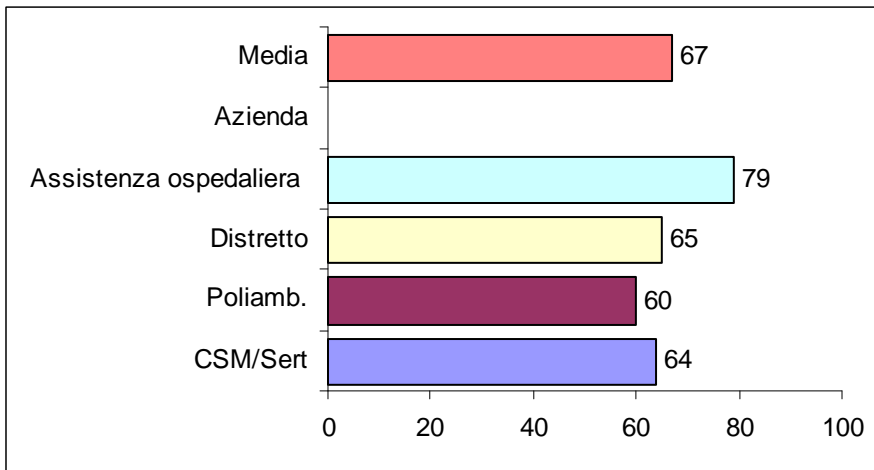


Grafico 13: Informazione, comunicazione, educazione - confronto IAS tra livelli

Ricorre a tutti i livelli una carenza degli indicatori relativi alla presenza di informative relative alla libera scelta, indice del fatto che probabilmente è un tema sul quale ancora si deve lavorare nella nostra realtà.

Inoltre risultano abbastanza ricorrenti lacune relative all'utilizzo di opuscoli informativi mentre è quasi universale la presenza di un servizio informativo all'ingresso di tutte le strutture. Probabilmente nei nostri contesti risulta più efficace, in molti casi, poter chiedere informazioni ad una persona addetta, piuttosto che leggere materiali scritti.

Livello assistenza ospedaliera

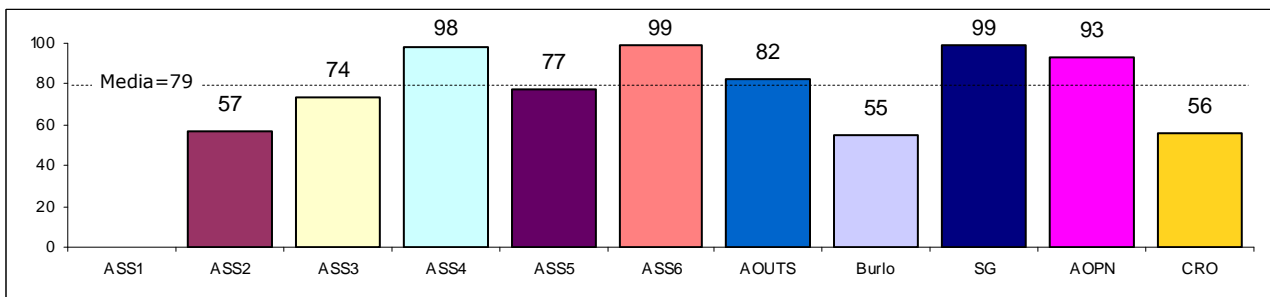


Grafico 14: Informazione, comunicazione, educazione - livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente
- Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti
- Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale
- Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi al diritto di libera scelta nel luogo di cura
- Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
- Cartellonistica esterna entrata principale
- Prospetto aggiornato delle specialità/figure professionali presenti nella struttura sanitaria(nell'atrio principale)
- Numero ascensori con indicazioni sulle U.O./servizi presenti a ogni piano sul numero totale ascensori per il pubblico
- Modulistica per il consenso per atti invasivi
- Numero di U.O. dove presente un cartello con indicati i nominativi e le qualifiche dei medici
- Numero di U.O. dove presente un cartello con indicato nominativo del coordinatore tecnico-infermieristico sul numero totale di U.O. di degenza
- Numero di U.O. dove è presente un cartello con l'orario della giornata sul numero totale di U.O. di degenza
- Numero di U.O. dove presente un cartello con l'orario di ricevimento del personale sul numero totale di U.O. di degenza
- Numero di U.O. presso le quali ai degenti ricoverati è dato un opuscolo informativo
- Numero di U.O. con linee di comportamento per fornire al paziente il nome del medico di riferimento sul numero totale di U.O. di degenza
- Numero di U.O. con linee di comportamento per fornire al paziente informazione sulle condizioni di salute, sugli accertamenti in corso, i tempi di degenza prevista, ecc. sul numero totale di U.O. di degenza

Come evidente dall'elenco degli indicatori è un fattore molto articolato in particolare a livello di ospedali e poliambulatorii. Anche per questo fattore, che ottiene per i presidi ospedalieri un valore medio buono di 79, c'è una notevole variabilità tra le diverse aziende monitorate. Due ottengono una valutazione discreta, tre buona, le altre 5 ottima. Di queste ultime, tre raggiungono quasi i valori massimi (IAS 98-99) dimostrando la praticabilità dell'attuazione degli standard proposti inerenti buone pratiche nel campo della comunicazione e dell'informazione.

Punti di forza (IAS > 90)

- Tre indicatori raggiungono il massimo (IAS=100)
- Diffusa senza eccezioni la presenza di cartellonistica stradale in prossimità della struttura (anche se qualche équipe segnala che non sempre è efficace).
- Similmente in tutti gli ospedali è presente nell'atrio un prospetto aggiornato con l'elenco delle specialità e figure professionali presenti.
- Universalmente utilizzata anche la modulistica per il consenso informato agli atti invasivi.
- Inoltre in quasi tutti gli ospedali è disponibile, al momento dell'ingresso nella struttura, un opuscolo informativo sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente e anche un opuscolo informativo circa i diritti dei pazienti.
- In tutte le aziende tranne una è presente un servizio di informazioni nell'atrio.

Punti di attenzione

- I valori più bassi riguardano gli indicatori relativi alla comunicazione dei nominativi e delle qualifiche dei medici del reparto nonché del coordinatore infermieristico, in particolare attraverso opuscoli consegnati ai degenti (IAS=60/66). Il valore nel complesso è buono ma in ben 4 aziende su 10 non è pratica diffusa.
- Similmente ottiene un valore di 66 l'indicatore relativo alla presenza di linee di comportamento per fornire al paziente il nome del medico di riferimento: ciò significa che in un terzo delle unità operative degli ospedali regionali tale importante comunicazione potrebbe essere omessa.
- Infine, risulta sotto la media l'indicatore relativo alla presenza di comunicazioni, al momento dell'ingresso nella struttura, relative al diritto di libera scelta del luogo di cura (carenza presente in quattro aziende).

Livello Cure primarie: distretto

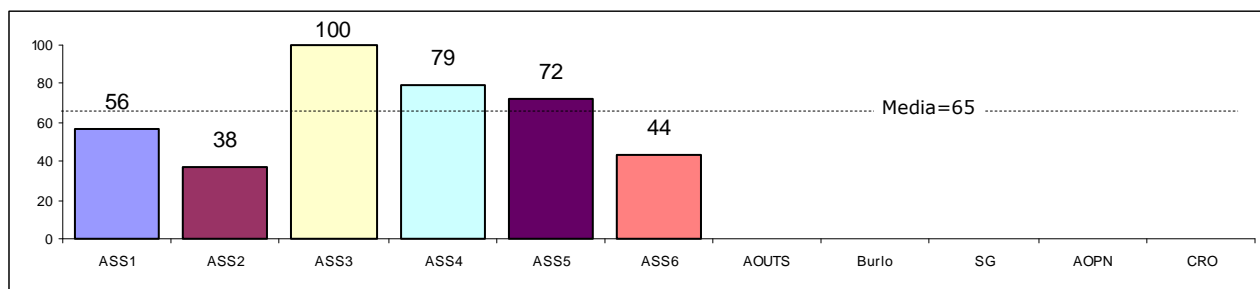


Grafico 15: Informazione, comunicazione, educazione - livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Invio ai medici di medicina generale e ai pediatri da parte dell'Azienda sanitarie di materiale informativo
- Cartellonistica stradale in prossimità della sede di distretto

- Cartellonistica esterna sede di distretto

- Linee di comportamento per il personale dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare per garantire l'informazione ai familiari e ai pazienti circa il piano assistenziale e la periodica acquisizione di notizie sull'andamento clinico-terapeutico
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla gestione e autorizzazioni ausili
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per richiedere l'assistenza domiciliare
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle modalità per scelta e revoca del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulle esenzioni per patologia e invalidità
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sull'assistenza sanitaria gratuita all'estero (UE e paesi con accordi bilaterali)
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sui diritti degli utenti
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute
- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di documento o avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
- Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti nella sede di distretto
- Servizio informazioni per il pubblico presso l'ingresso principale della sede di distretto.

Con una media di 65, pari ad un buon adeguamento agli standard, la situazione per il fattore "informazione" nei distretti monitorati presenta una notevole variabilità: un'azienda ottiene il punteggio massimo (IAS=100). Ben due registrano un risultato scadente.

Punti di forza (IAS > 92)

- In tutti i distretti oggetto dell'audit, è risultato presente nell'atrio un prospetto aggiornato dei servizi e degli uffici presenti.
- In tutti i distretti viene inviato ai Medici di Medicina Generale materiale sulla prevenzione da mettere in distribuzione ai pazienti.
- In tutti i distretti, ad eccezione di uno, è presente un servizio di informazione all'ingresso.
- Similmente solo in un distretto non è presente materiale informativo in distribuzione al pubblico sulla prevenzione delle malattie o educazione alla salute.

Punti di attenzione

- Solo in quattro distretti è presente all'ingresso della sede un opuscolo informativo sulle prestazioni gratuite e a pagamento del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (IAS=28)
- In soli tre invece (IAS=22) è presente qualche informativa sulla libera scelta.
- In circa metà delle aziende non sono presenti opuscoli informativi a disposizione negli ingressi (sulla gestione e autorizzazioni ausili, modalità per richiedere l'assistenza domiciliare, modalità per scelta e revoca del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta)

Livello Cure primarie: poliambulatorio

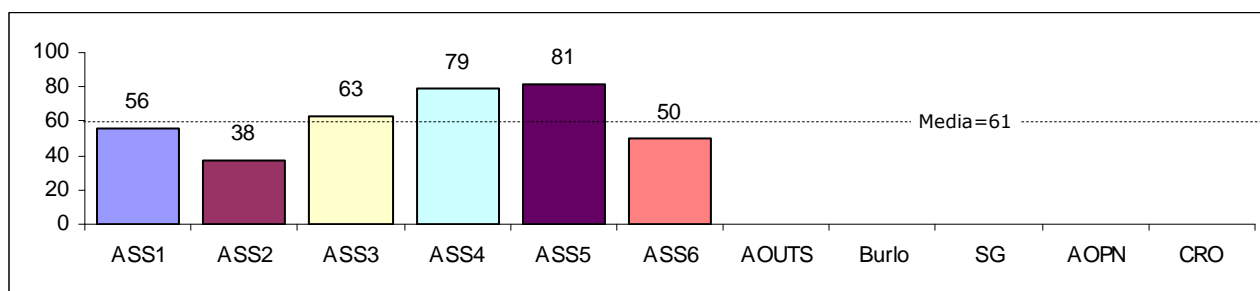


Grafico 16: Informazione, comunicazione, educazione - livello poliambulatorio - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso
- Disponibilità all'ingresso della struttura di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute
- Prospetto riassuntivo aggiornato nell'atrio dei servizi e degli uffici presenti
- Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria

- Cartellonistica esterna entrata principale
- Disponibilità all'ingresso di un opuscolo informativo circa le prestazioni offerte
- Disponibilità al momento dell'ingresso nella struttura di documenti o di avvisi relativi al diritto alla libera scelta del luogo di cura
- Servizio informazioni per il pubblico presso l'atrio principale

La situazione per questo fattore nei poliambulatorii regionali, risulta meno soddisfacente rispetto agli altri livelli. La media è di 61 (appena buono): un'azienda ottiene un valore scadente, tre un valore discreto. Solo una arriva all'ottimo con un IAS di 81.

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutti i poliambulatorii oggetto dell'audit, è presente nell'atrio un prospetto riassuntivo aggiornato sui servizi e gli uffici.

Punti di attenzione

- Solo un'azienda ha predisposto documenti o avvisi per informare i cittadini sui diritti di libera scelta delle cure
- La cartellonistica stradale risulta assente in più della metà delle strutture. Lo stesso vale per la segnaletica all'esterno dell'entrata principale della struttura.
- Carente in molti casi la disponibilità di opuscoli informativi. Del resto è presente quasi ovunque un servizio di informazioni all'ingresso, modalità evidentemente ritenuta sufficiente.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

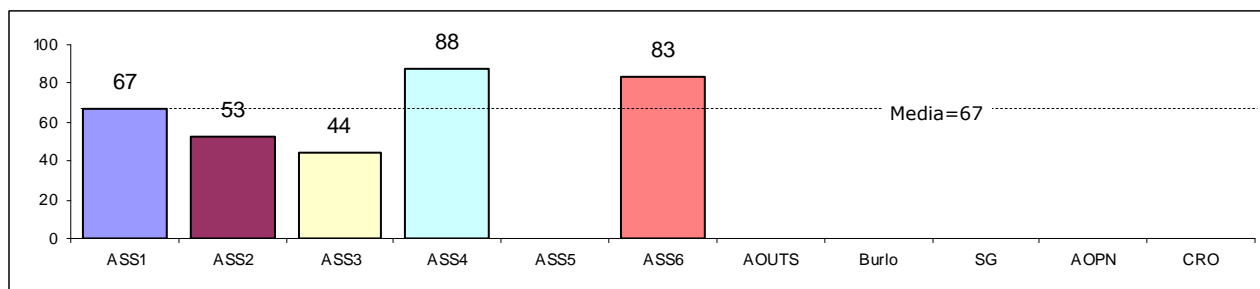


Grafico 17: Informazione, comunicazione, educazione - livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Disponibilità all'ingresso di un opuscolo informativo sui servizi offerti e nomi operatori
- Opuscolo sui diritti dei cittadini/utenti all'ingresso

- Disponibilità all'ingresso della sede di distretto di un opuscolo informativo sulla prevenzione delle malattie/educazione alla salute

- Cartellonistica stradale in prossimità della struttura sanitaria
- Cartellonistica esterna entrata principale
- Numero telefonico dedicato per informazioni e orientamento
- Cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori
- Luogo dedicato all'accoglienza degli utenti, informazioni
- Momenti formativi per operatori/gestori discoteche...ecc. nell'ultimo anno (per Ser.T)

La media indica che il fattore informazione è buono nelle strutture dei CSM e SERT monitorati. Due aziende sono appena discrete e una ottima.

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture oggetto di AUDIT è presente un luogo dedicato all'accoglienza degli utenti ed alle informazioni.
- Sono presenti quasi ovunque opuscoli su prevenzione delle malattie ed educazione alla salute.

Punti di attenzione

- Solo un'azienda ha realizzato nell'anno precedente momenti formativi per gestori di discoteche, bar o simili. (IAS=20).
- Nella metà delle strutture non è presente un cartello aggiornato con nomi e qualifiche degli operatori.
- Qualche carenza sulla cartellonistica esterna e stradale, a volte giustificata con motivi di "riservatezza" e per evitare lo stigma.

3.1.2.5 Fattore "Assistenza alla persona"

In questo fattore, rilevato esclusivamente a livello di assistenza ospedaliera, confluiscono 9 indicatori che ci forniscono un quadro di alcuni aspetti che influiscono in modo particolare sulla qualità dell'assistenza alla persona in regime di ricovero.

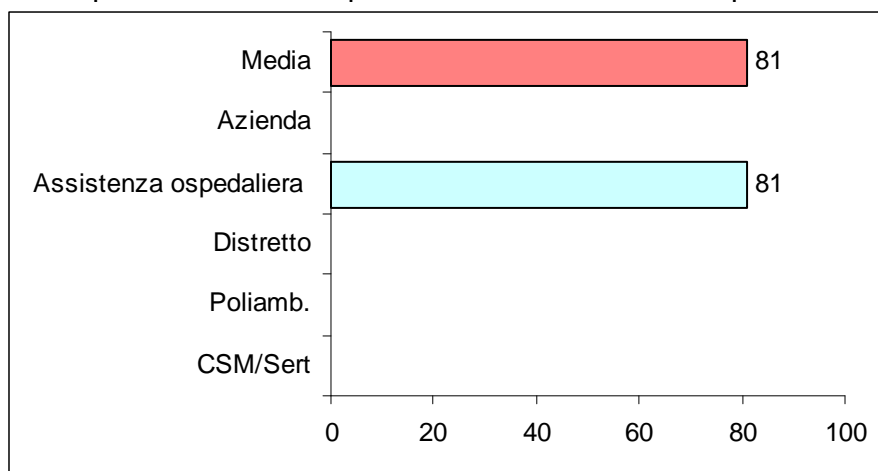


Grafico 18: Assistenza alla persona- confronto IAS tra livelli

La media degli IAS rilevati nelle strutture ospedaliere regionali indica uno standard di assistenza alla persona ottimo, con un valore di 81.

Livello assistenza ospedaliera

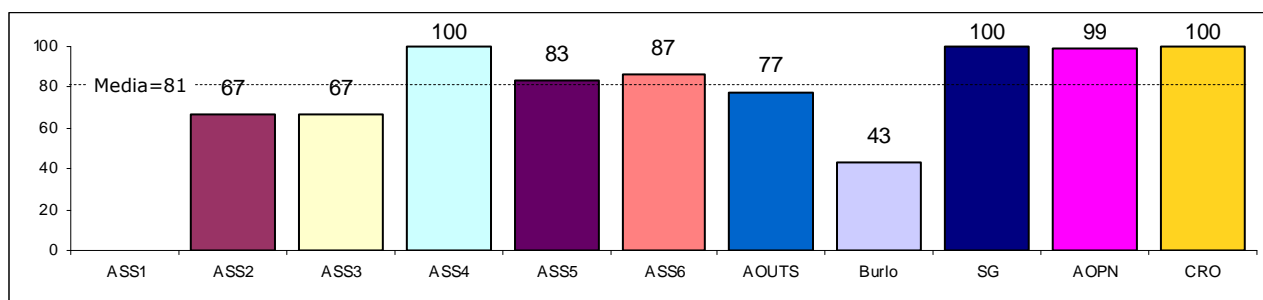


Grafico 19: Assistenza alla persona, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito
- Regolamento su badanti e infermiere a pagamento
- Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età >75 anni
- Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età >75 assicurando un posto letto

- Numero di U.O. che danno la possibilità di assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con età >75 assicurando la possibilità di usufruire della mensa
- Corsi di formazione per il personale front-office negli ultimi 3 anni
- Solo per UO di chirurgia: Esistenza di procedure proprie delle UO e/o di accordi tra i medici delle UO e i MMG sul territorio per la guida, l'orientamento e l'assistenza dei degenti in caso di intervento chirurgico

Ben quattro aziende raggiungono il valore massimo o quasi con uno IAS=100/99. Altre tre sono valutate come ottime. Solamente il Burlo riporta un valore discreto, ma questo è comprensibile se si considera che, trattandosi di un ospedale pediatrico con una specifica tipologia di pazienti (prevalentemente bambini e giovani donne) e tempi di permanenza in regime di ricovero solitamente brevi, non è "adeguato" rispetto agli indicatori che si riferiscono a patologie di persone per lo più anziane. In tutti gli altri indicatori il BURLO ottiene il valore massimo (IAS=100).

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture sono adottate linee guida per la prevenzione delle piaghe da decubito. (Burlo escluso, vedi nota sopra riportata)
- Praticamente in tutte le unità operative è possibile assistere senza limiti di tempo pazienti non autosufficienti con più di 75 anni. Nella maggioranza inoltre (82%) è possibile usufruire di un posto letto per l'assistente e della mensa (79%).

Punti di attenzione

- In poco più della metà degli ospedali monitorati è presente un regolamento su badanti e infermieri a pagamento.

3.1.2.6 Fattore "Confort e prestazioni alberghiere"

Il fattore confort e prestazioni alberghiere è rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit, ad eccezione del livello aziendale, ed ha un IAS medio buono pari a 74. Il dato non ha una grande variazione tra i diversi ambiti, indice di un buon livello delle prestazioni e di attenzione diffusa al confort dei pazienti.

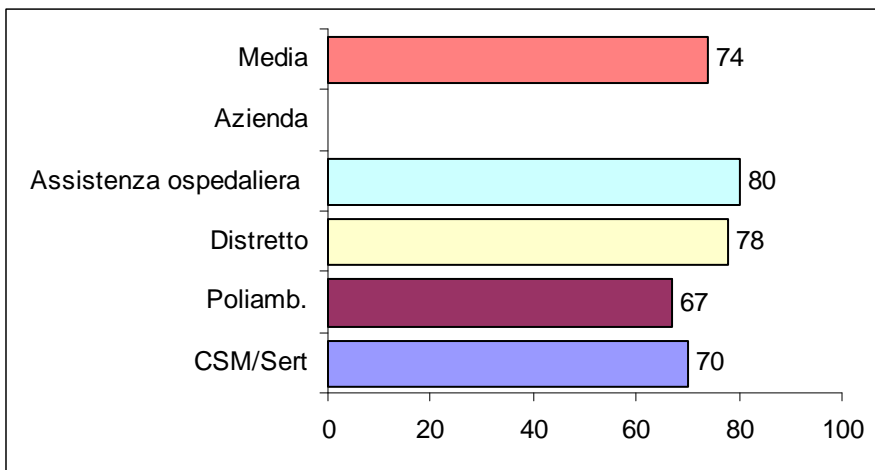


Grafico 20: Confort e prestazioni alberghiere- confronto IAS tra livelli

Livello assistenza ospedaliera

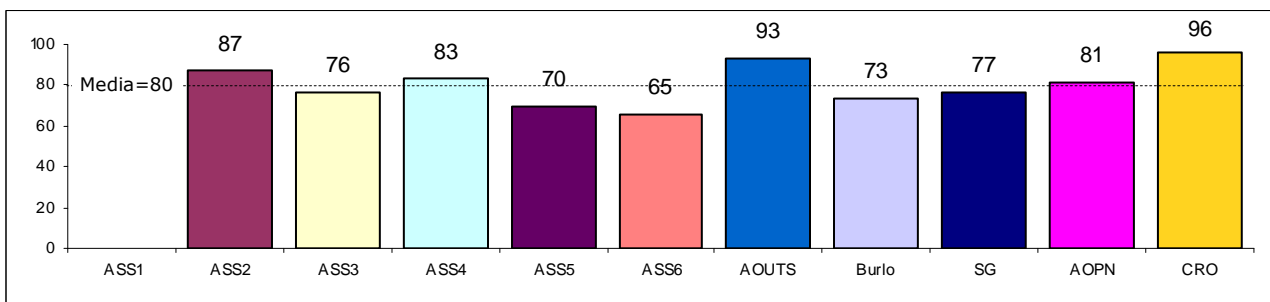


Grafico 21: Confort e prestazioni alberghiere, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Presenza di un bar
- Presenza di un punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai loro familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona
- Possibilità di usufruire di un barbiere e di un parrucchiere operante a tempo pieno o a orario fisso nel presidio
- Possibilità di comprare riviste e giornali
- Presenza di un bancomat (o sportello bancario)
- Presenza di parcheggio interno per il pubblico
- Parcheggio taxi in prossimità dell'ospedale
- Presenza di parcheggio interno con posti riservati a disabili
- Elementi decorativi nelle parti interne comuni (quadri piante ingresso ospedale)
- Distributore di acqua gratuita nel pronto soccorso
- Distributore di bevande e alimenti nel pronto soccorso
- Numero di sale di attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande
- Numero di sale di attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita
- Esistenza di posti a sedere nell'atrio dell'ospedale
- Numero di UO che utilizzano il carrello scaldavivande
- Numero di UO che forniscono i degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti (posate, bicchieri)
- Numero di UO con angolo mensa per i pazienti che possono alzarsi
- Numero di posti letto con camere di degenza che fruiscono di servizi igienici riservati ai degenti della stanza su numero totale di posti letto
- Rapporto fra Numero di gabinetti per degenti e totali posti letto
- Sala di attesa con posti a sedere nel pronto soccorso
- Bagno per il pubblico nel pronto soccorso
- Gabinetto per i disabili nel pronto soccorso
- Telefono pubblico nel pronto soccorso
- Numero degli ambulatori dotati di sale di attesa con posti a sedere su totale ambulatori
- Numero degli ambulatori dotati di bagni per il pubblico localizzati in prossimità del locale di attesa su totale ambulatori
- Numero degli ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale di attesa su totale ambulatori
- Numero dei bagni degli ambulatori dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti
- Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero
- Numero di UO con tutti i posti letto dotati di sedia, comodino e armadietto
- Numero di UO con gabinetti per disabili
- Numero di UO con tutti i bagni dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti, tappeto antiscivolo
- Numero di UO con tutti i gabinetti dotati di: Tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato o libero

- Osservazione nelle parti comuni del presidio ospedaliero di: segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, stanza di degenza senza finestre, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele, rubinetti rotti
- Osservazione nelle UO del presidio ospedaliero di: segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, stanza di degenza senza finestre, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, ecc, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele, rubinetti rotti
- Presenza di stanze di degenza con più di quattro posti letto

Il livello ospedaliero è quello che ottiene il risultato maggiore, con una media ottima, e 5 aziende sopra la media. Come si può vedere gli indicatori osservati sono molto numerosi.

Punti di forza (IAS > 90)

- Molti indicatori raggiungono una valutazione vicina al valore massimo
- Sono universalmente presenti (IAS=100): parcheggio interno con posti riservati a disabili, elementi decorativi nelle parti interne comuni, posti a sedere nell'atrio dell'ospedale, sala d'attesa con posti a sedere e bagno nel pronto soccorso.
- Con pochissime eccezioni i bagni delle strutture e delle UO possiedono le dotazioni di base (tavoletta, scopino, specchio, mensola, cestino campanello di allarme e possibilità di chiusura).
- La quasi totalità delle UO utilizza il carrello scaldavivande, fornisce ai degenti gli accessori completi per la consumazione dei pasti e mette a disposizione un angolo mensa per i pazienti che possono alzarsi.
- In 9 aziende sulle 10 monitorate è possibile comprare riviste e giornali ed è presente il parcheggio interno per il pubblico.
- In 8 aziende su 10 vi è uno sportello bancomat o sportello bancario.

Punti di attenzione

- Solo in due aziende è presente il parcheggio per taxi in prossimità dell'ospedale.
- Solo nella metà delle strutture è presente un distributore di acqua gratuito e di bevande nei Pronto Soccorso. Ancor meno diffusi gli stessi nelle sale di attesa degli ambulatori.
- Qualche lacuna rispetto ai bagni per disabili nei Pronto Soccorso
- Solo nella metà delle strutture è presente un servizio di parrucchiere o un punto vendita di accessori per l'igiene personale.
- In 5 aziende non ci sono stanze con più di quattro letti, presenti invece nelle rimanenti 5.

Livello Cure primarie: distretto

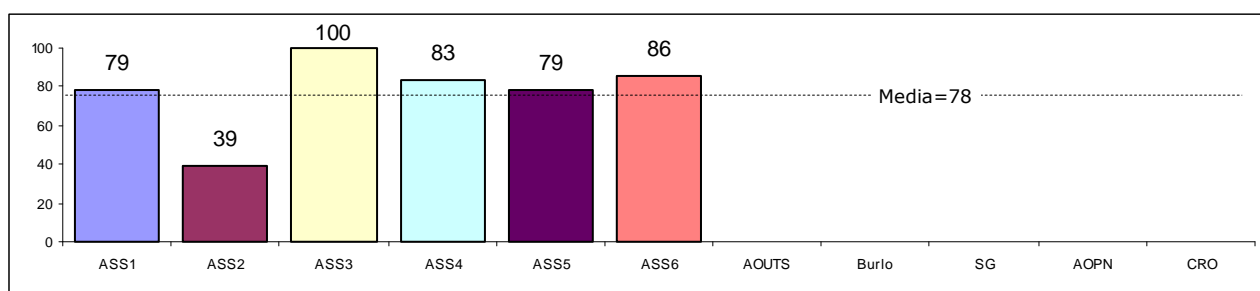


Grafico 22: Confort e prestazioni alberghiere, livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Parcheggio taxi in prossimità della sede di distretto
- Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
- Sala d'attesa nella sede di distretto

- Sedie nella sala di attesa della sede di distretto
- Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa della sede di distretto
- Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala di attesa della sede di distretto
- Bagno per disabili nella sede di distretto
- Bagno per il pubblico nella sede di distretto
- Numero dei bagni della sede di distretto dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti
- Numero dei gabinetti della sede di distretto dotati di: tavoletta, scopino, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
- Osservazione nella sede di distretto di: segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele, rubinetti rotti

Con un valore medio buono di 78, l'attenzione al comfort anche nei distretti regionali è piuttosto elevata. Si tenga conto che tutte le aziende si avvicinano o superano l'ottimo tranne una (ove il distretto monitorato presenta alcune gravi lacune nella struttura).

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le sedi di distretto è presente una sala d'attesa con sedie e bagno pubblico.
- Quasi tutti i gabinetti sono accessoriati con le dotazioni necessarie.

Punti di attenzione

- Come per le strutture ospedaliere, mancano distributori d'acqua gratuita (presente in una sola azienda).
- Similmente non c'è un parcheggio taxi in prossimità della sede in più della metà dei distretti.

Livello Cure primarie: poliambulatorio

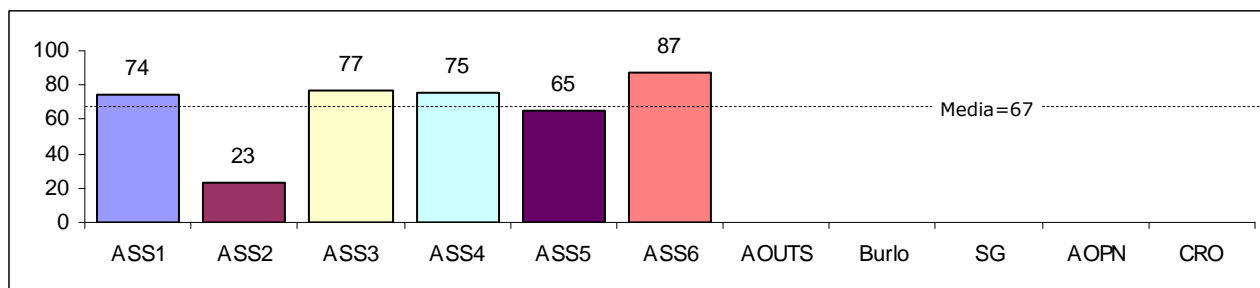


Grafico 23: Confort e prestazioni alberghiere, livello poliambulatorio- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Parcheggio taxi in prossimità della struttura
- Posti auto all'esterno della sede di distretto riservati a disabili
- Numero di ambulatori dotati di sala d'attesa con posti a sedere
- Numero sale di attesa degli ambulatori con distributori automatici di alimenti e bevande
- Numero sale di attesa degli ambulatori con distributori di acqua gratuita
- Numero di ambulatori dotati di bagni per il pubblico in prossimità del locale
- Numero di ambulatori dotati di bagni per disabili localizzati in prossimità del locale
- Numero dei bagni degli ambulatori dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti
- Numero dei gabinetti degli ambulatori dotati di: tavoletta, scopino, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
- Osservazione nel poliambulatorio di: Segni di fatiscenza alla parete, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, scarafaggi, ecc., rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele, rubinetti rotti

Il fattore comfort trova nei poliambulatorii il valore medio peggiore, con una media di 67 (buono). I dati relativi all'azienda che ottiene un valore scarso, si riferiscono alla stessa struttura di distretto di cui si diceva più sopra.

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutti i 10 poliambulatorii visitati è presente una sala d'attesa con sedie e bagno pubblico e i bagni sono accessoriati quasi ovunque (anche se con più lacune che negli ospedali e nei distretti)

Punti di attenzione

- Parcheggi per taxi sono segnalati in prossimità degli ambulatori solo in due aziende su 6 e neppure in queste in tutti gli ambulatori.
- Poco diffusi distributori d'acqua e vivande (presenti in circa un terzo delle strutture).

Livello Cure primarie: CSM/SerT

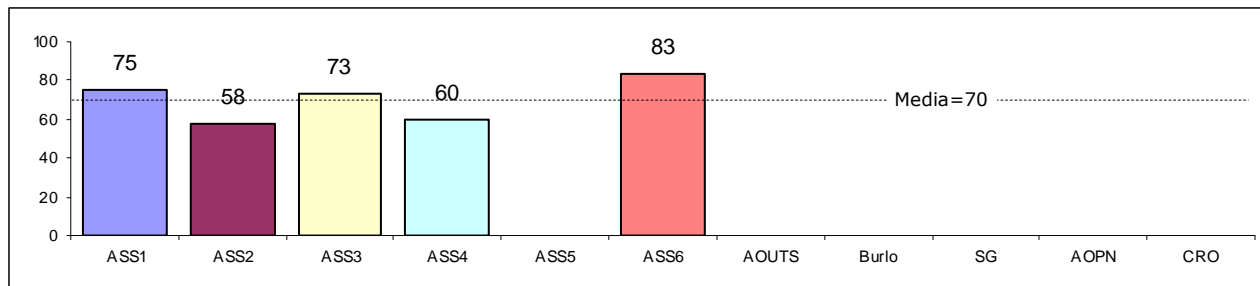


Grafico 24: Confort e prestazioni alberghiere, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Parcheggio taxi in prossimità della struttura
- Posti auto all'esterno della struttura riservati a disabili
- Sala d'attesa
- Sedie nella sala di attesa
- Distributore di acqua gratuita nella sala di attesa
- Dotazione di distributori automatici di alimenti e bevande nella sala d'attesa
- Bagni per il pubblico
- Gabinetto per disabili
- Numero dei bagni per il pubblico dotati di: specchio, mensola, contenitori portarifiuti
- Numero dei gabinetti per il pubblico dotati di: tavoletta, scopino, campanello d'allarme, possibilità di chiusura o sistema alternativo per indicare occupato/libero
- Osservazione di: segni di fatiscenza alle pareti, vetri rotti, finestre che non si chiudono, presenza di insetti, rifiuti o altro materiale abbandonato, soffitti e/o muri con ragnatele, rubinetti rotti

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture è presente una sala d'attesa (esclusa una soltanto). Presenti sempre bagni per il pubblico con una dotazione di accessori completa.

Punti di attenzione

- Solo un'azienda segnala la presenza del campanello d'allarme in tutte le strutture. Dato su cui riflettere, vista la particolarità dell'utenza dei CSM-SERT.
- Metà delle strutture non hanno un bagno per disabili.
- Anche in questo caso sono poco diffusi distributori di acqua e bevande.
- Quasi mai presente un parcheggio di taxi in prossimità della struttura.

3.1.2.7 Fattore "Supporto ai degenti e alle loro famiglie"

Il supporto ai degenti e alle famiglie è un fattore particolarmente importante se si adotta il punto di vista dei cittadini, poiché fa riferimento a tutti quegli aspetti non prettamente clinici che possono contribuire ad affrontare al meglio la situazione di disagio che vivono sia i pazienti che i familiari impegnati ad affrontare un momento destabilizzante e a volte drammatico.

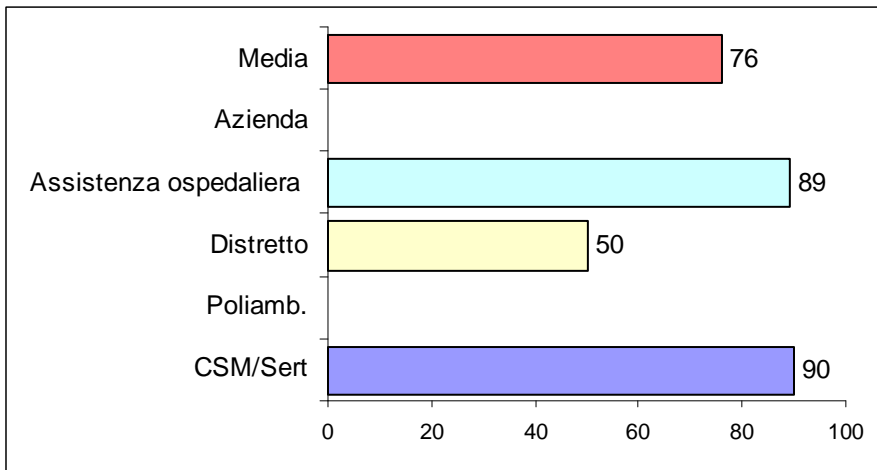


Grafico 25: Supporto ai degenti e alle loro famiglie- confronto IAS tra livelli

Il fattore è rilevato a livello di assistenza ospedaliera, di sede di distretto e di CSM/SerT.

Lo IAS medio pari a 76 è buono: il supporto ai degenti e alle famiglie è discreto nei distretti mentre raggiunge valori molto alti sia negli ospedali che nei CSM/SERT.

Livello assistenza ospedaliera

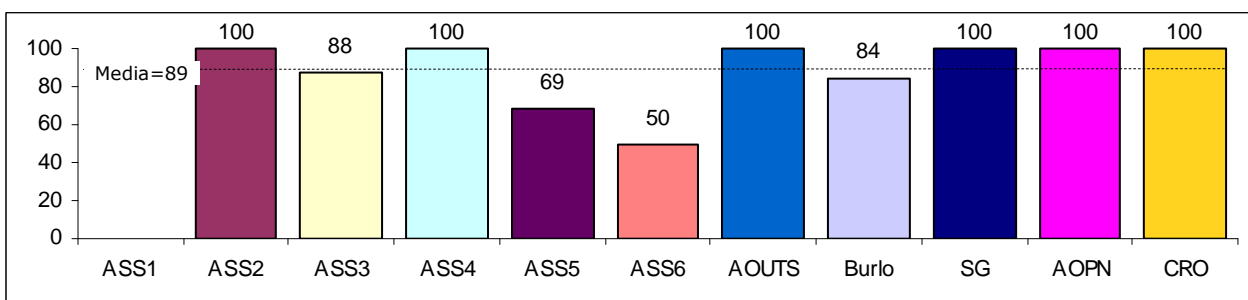


Grafico 26: Supporto ai degenti e alle loro famiglie, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Servizio di assistenza psicologica per malati gravi e loro familiari
- Servizio di assistenza psicologica in caso di trapianti
- Servizio di assistenza psicologica per donne vittime di violenza
- Servizio di assistenza per pazienti sottoposti a chemioterapia
- Procedura per le dimissioni protette
- Procedura per le dimissioni programmate
- Procedura per attivare i Servizi Sociali del Comune
- Numero di U.O. con iniziative per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunto

Negli ospedali considerati il supporto ai degenti e alle loro famiglie raggiunge nel complesso un valore ottimo, con 6 aziende che raggiungono il completo adeguamento agli standard (IAS=100).

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture valutate vengono adottate procedure per le dimissioni protette e per le dimissioni programmate (IAS=100).
- Inoltre, sempre in tutte le strutture, esiste una procedura per attivare i servizi sociali (IAS=100).
- In almeno il 90 per cento delle unità operative vengono realizzate iniziative per favorire il coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia del proprio congiunto.

Punti di attenzione

- Gli indicatori che ottengono valori minori sono relativi all'assenza in alcune strutture di un servizio di assistenza psicologica, per altro presenti nella maggioranza dei casi.

Livello Cure primarie: distretto

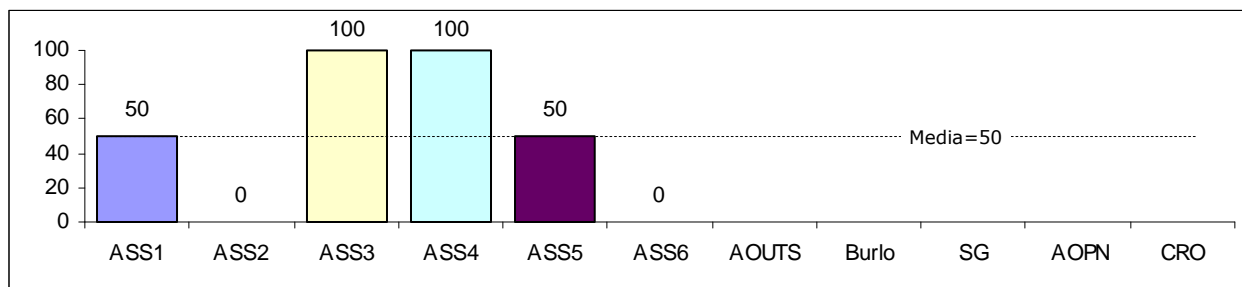


Grafico 27: Supporto ai degenti e alle loro famiglie, livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Servizio di consulenza telefonica dedicato ai familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare

- Servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare e le loro famiglie

Il risultato fotografato per il fattore assistenza ai degenti e alle loro famiglie a livello di distretto tiene conto solo di due indicatori, relativi alla presenza o meno di un servizio di assistenza telefonica per familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare e di un servizio di assistenza psicologica per i pazienti in assistenza domiciliare.

Punti di attenzione

- Entrambi i servizi sono presenti soltanto nella metà dei distretti considerati.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

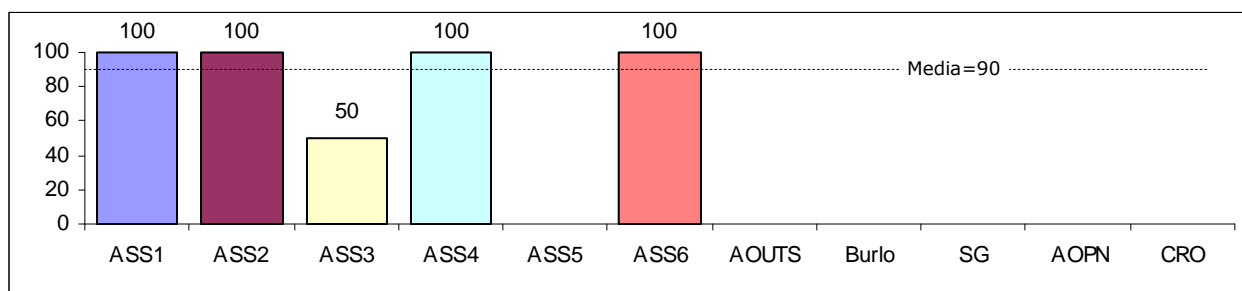


Grafico 28: Supporto ai degenti e alle loro famiglie, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Procedura per il coinvolgimento dei congiunti del paziente nel progetto terapeutico (quando utile)

Per questo livello il fattore è frutto di un unico indicatore

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture monitorate, tranne una, è stata formalizzata una procedura per il coinvolgimento dei familiari del paziente nel progetto terapeutico.

3.1.2.8 Fattore "Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici"

Questo fattore indaga come viene gestita la documentazione sanitaria, le modalità di accesso alla stessa da parte degli utenti e le modalità di condivisione di referti e altri documenti sanitari tra i medici.

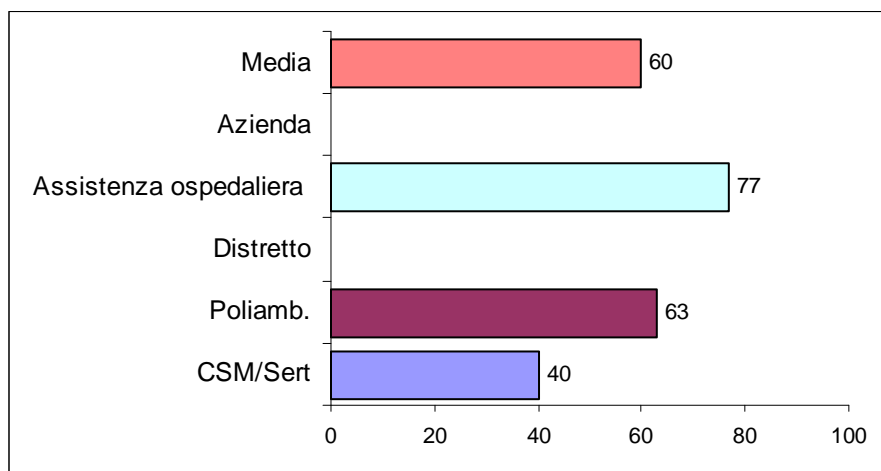


Grafico 29: Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici- confronto IAS tra livelli

Il valore medio ottenuto dall'indice nella regione è buono, con il valore di 60. Ha un valore appena discreto a livello di CSM/SERT mentre ottiene il risultato migliore negli ospedali.

Livello assistenza ospedaliera

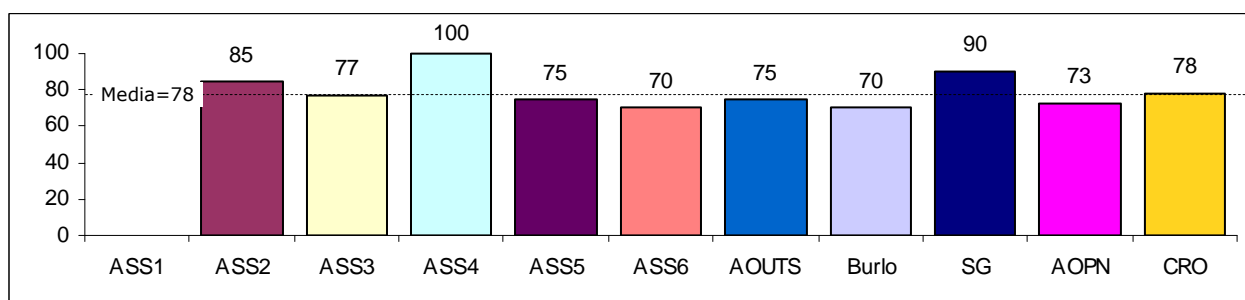


Grafico 30: Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Come si può notare il risultato ottenuto a livello ospedaliero per il fattore relativo alla documentazione sanitaria ha una valutazione pressoché uniforme in tutta la regione, con un valore medio buono e superiore a 70 in tutte le aziende. Tre raggiungono l'ottimo.

Indicatori valutati

- Procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale
- Numero medio di giorni entro i quali sono state consegnate le cartelle cliniche richieste nel marzo 2005
- Numero di U.O. su numero totale di U.O. di degenza che rilasciano una scheda di dimissioni in cui sono indicate: diagnosi, procedure e terapie effettuate, terapia prescritta, prescrizioni su comportamenti/precauzioni, riferimenti telefonici per eventuali emergenze
- Possibilità di avere copia delle radiografie effettuate in pronto soccorso (contestualmente alla prestazione)
- Consegna a domicilio referti medici e/o cartella clinica
- Consultazione referti medici tramite web
- Numero di U.O. con cartella clinica scritta a macchina o informatizzata

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le unità operative viene rilasciata una scheda completa di tutte le indicazioni richieste dallo standard. (IAS=100)
- Similmente in tutte le strutture regionali è prevista la consegna a domicilio di referti medici e cartella clinica. (IAS=100)
- In un solo ospedale non è presente procedura per favorire il raccordo tra i medici ospedalieri e il medico di medicina generale.

Punti di attenzione

- Nessuna struttura (IAS=0), al momento del monitoraggio, permette di consultare i referti via web.
- Ancora poco diffuso l'uso di cartelle cliniche non scritte a mano: solo il 40% delle unità operative dichiara di scriverle a macchina o averle informatizzate. Il fatto che le cartelle cliniche siano ancora scritte a mano rappresenta un elemento di criticità, poiché spesso le informazioni sanitarie sono incomprensibili a causa della particolarità delle calligrafie di molti medici. Inoltre, ciò penalizza l'intero sistema di gestione delle cartelle cliniche allungando i tempi di consegna al cittadino.
- In meno della metà delle strutture è possibile avere copia delle radiografie al momento della dimissione dal pronto soccorso.

Livello Cure primarie: poliambulatorio

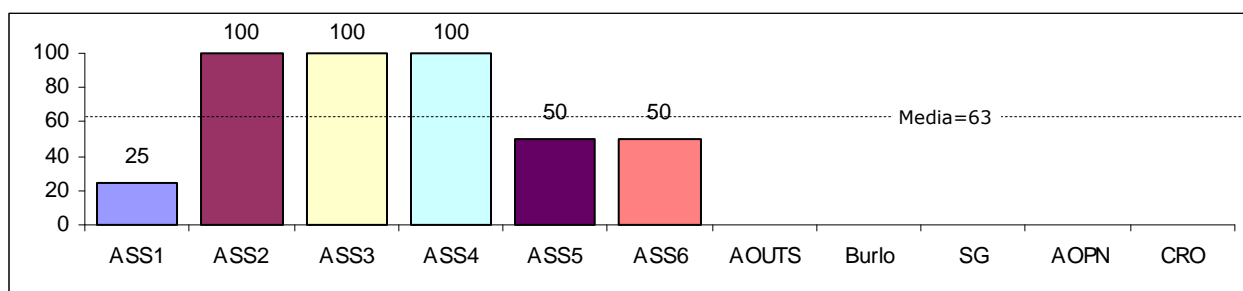


Grafico 31: Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici, livello poliambulatorio - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Consegna a domicilio referti medici
- Consultazione referti medici tramite web

Per i poliambulatorii il fattore è calcolato in base a due soli indicatori.

Punti di forza (IAS > 90)

- La consegna a domicilio dei referti è possibile in tutti i poliambulatorii con l'esclusione di una realtà.

Punti di attenzione

- La possibilità di consultare i referti via web è stata dichiarata in due aziende su 6.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

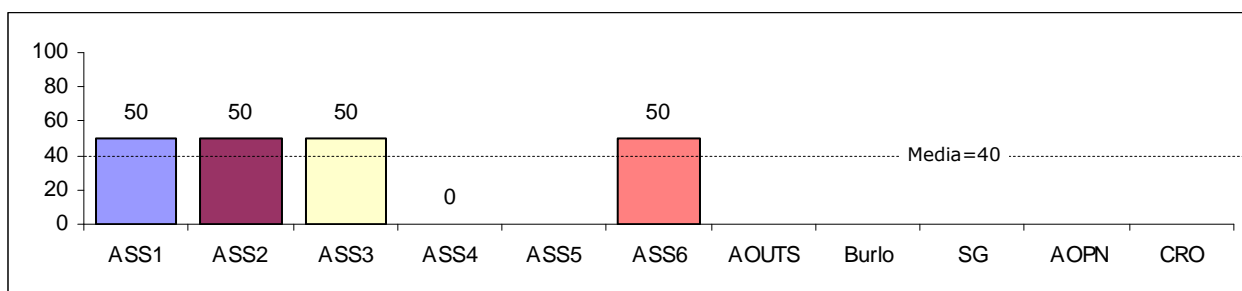


Grafico 32: Documentazione sanitaria e comunicazione tra medici, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Procedura per favorire il raccordo tra operatori del servizio e il medico di fiducia del paziente

Punti di attenzione

- Il valore medio di 40, appena discreto, indica che meno della metà delle strutture oggetto del monitoraggio hanno formalizzato procedure per favorire il raccordo con il medico curante del paziente.

3.1.2.9 Fattore "Tutela dei diritti"

Il fattore "tutela dei diritti" è stato rilevato su tutti i livelli dell'Audit, ha un IAS medio ottimo, pari a 84, e rappresenta un punto di forza del sistema complessivo, essendo il fattore che, nella media regionale, ottiene il valore maggiore dell'indice di adeguatezza agli standard.

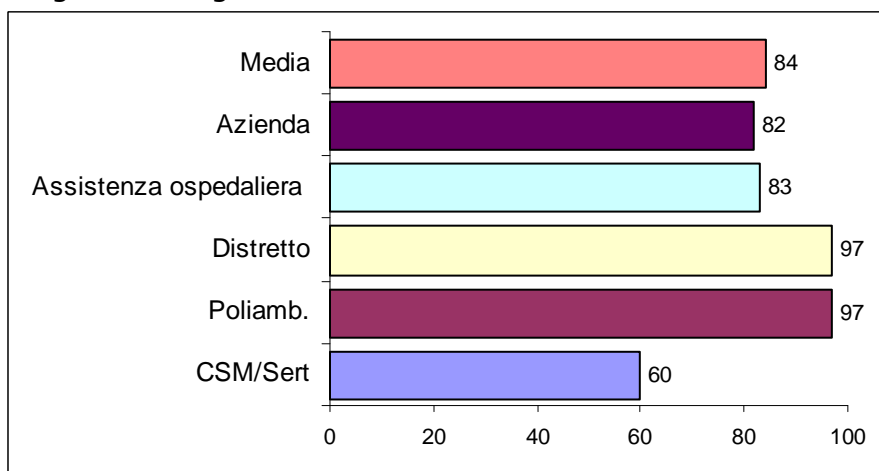


Grafico 33: Tutela dei diritti - confronto IAS tra livelli

In particolare il valore è più che ottimo per distretti e poliambulatorii, mentre ottiene un valore buono per i CSM/SERT.

Livello aziendale

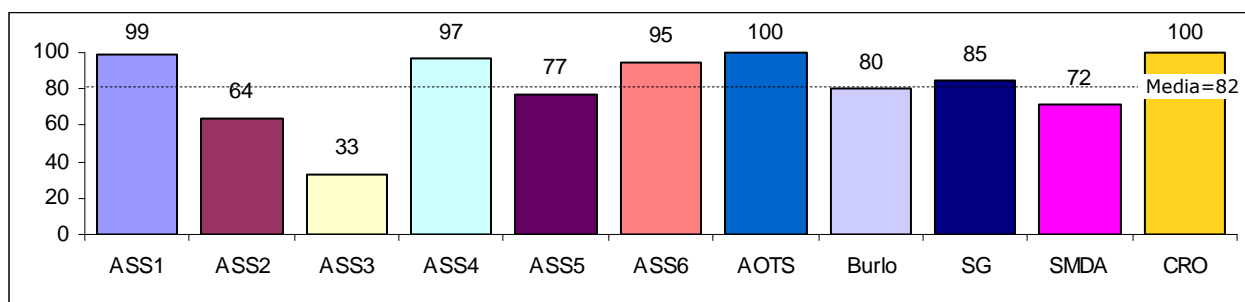


Grafico 34: Tutela dei diritti, livello aziendale- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro il numero dei giorni previsto dalla carta dei servizi sul totale reclami ricevuti nel 2006 OPPURE numero dei reclami che hanno ricevuto una risposta esaustiva entro 30gg dall'invio all'azienda sul totale reclami ricevuti nel mese di marzo 2006

- Analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali ecc.)
- Analisi dei reclami per esito
- Adozione di provvedimenti in seguito analisi reclami
- Standard nella Carta dei Servizi
- Controllo degli Standard (con il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini)

Punti di forza (IAS > 90)

- Tutte le aziende realizzano un'analisi periodica dei reclami ricevuti dall'URP e producono relazioni.
- In tutte le aziende esiste una procedura che prevede l'adozione di provvedimenti in seguito all'analisi dei reclami.
- In tutte le aziende tranne una viene realizzata un'analisi anche degli esiti dei reclami.

Punti di attenzione

- Il monitoraggio degli standard con il coinvolgimento dei cittadini ottiene un valore appena discreto (40), con soltanto 5 aziende su 11 che risultano realizzarlo.
- Non in tutte le aziende è ottimale il tempo di risposta ai reclami, che viene considerato dalle équipes locali un fattore importante su cui è possibile incidere migliorando le procedure, comunicandole agli interessati e definendo standard di riferimento.

Livello assistenza ospedaliera

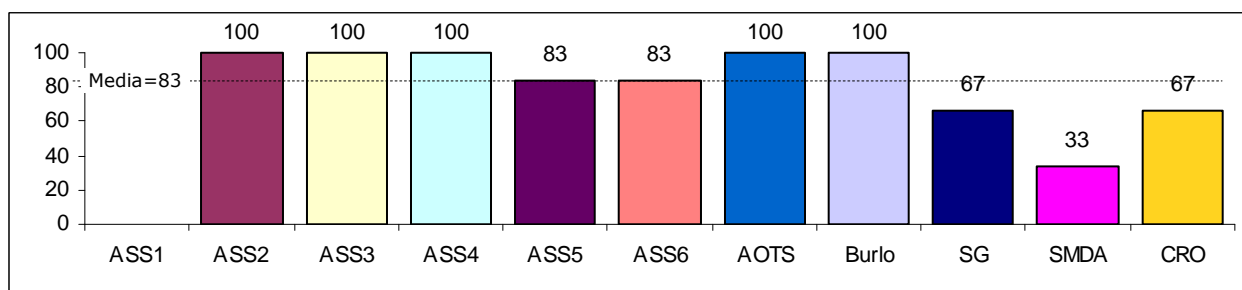


Grafico 35: Tutela dei diritti, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Locali per associazioni di volontariato/difesa dei diritti dei cittadini
- Schede e punti raccolta per la segnalazione e i reclami dei cittadini

- Disponibilità al momento dell'ingresso di documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami

Punti di forza (IAS > 90)

- Tutte le strutture ospedaliere, tranne una, forniscono schede e punti di raccolta per segnalare reclami e presentano uno IAS=90. Similmente, tutte tranne una rendono disponibili, al momento dell'ingresso, documenti rivolti al pubblico o avvisi relativi a possibilità e modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami.

Punti di attenzione

- Un terzo degli ospedali non ha spazi dedicati a associazioni di volontariato/difesa dei diritti dei cittadini.

Livello Cure primarie: distretto

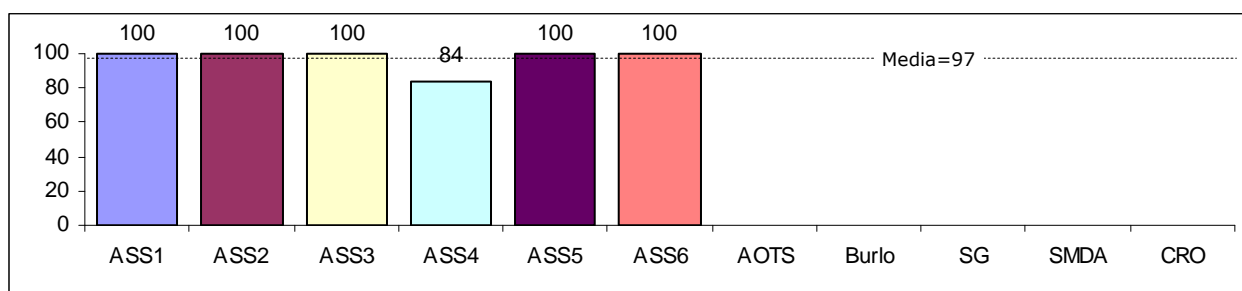


Grafico 36: Tutela dei diritti, livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

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

Con una media di 97, questo fattore evidenzia un rispetto quasi completo degli standard proposti in materia di tutela dei diritti a livello dei distretti sanitari,

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutti i distretti sono presenti all'ingresso della sede documenti o avvisi con indicazioni sulle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami (IAS=100).
- Solo uno dei 10 distretti monitorati, non ha schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini nella sede di distretto.

Livello Cure primarie: poliambulatorio

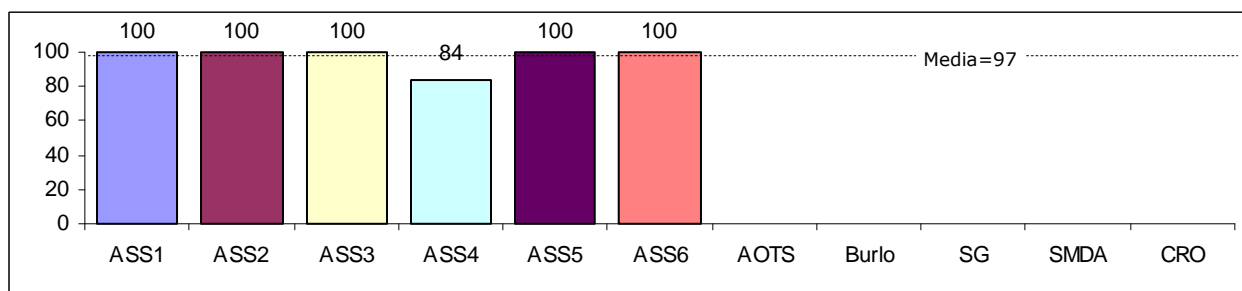


Grafico 37: Tutela dei diritti, livello poliambulatorio- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
- Scheda dei punti raccolta per segnalazione e reclami dei cittadini

Come per i distretti anche per il livello degli ambulatori, la media di 97, evidenzia un rispetto quasi completo degli standard proposti in materia di tutela dei diritti.

Punti di forza (IAS > 90)

- Anche negli ambulatori sono presenti in tutte le strutture schede, punti raccolta e avvisi relativi a reclami e le relative procedure per inoltrarli. Solo in un poliambulatorio su 10 monitorati mancano schede e punti di raccolta.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

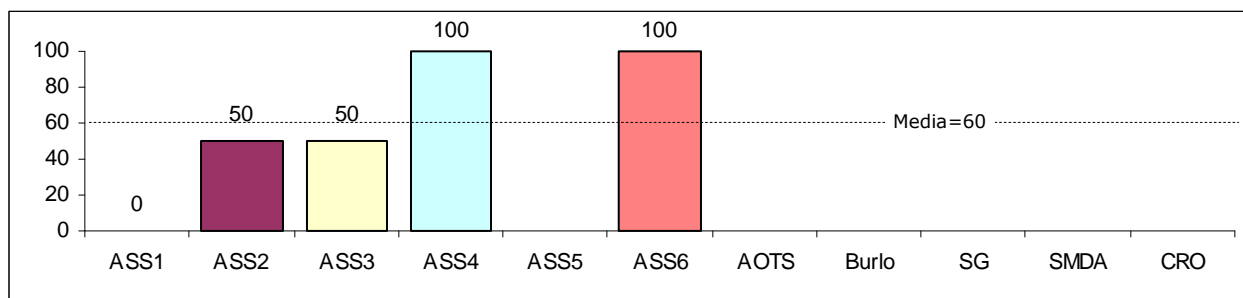


Grafico 38: Tutela dei diritti, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Disponibilità all'ingresso di documenti o di avvisi relativi alla possibilità e alle modalità per comunicare commenti, suggerimenti, reclami
- Schede e punti raccolta per segnalazioni e reclami dei cittadini

A livello di SERT/CSM la situazione è piuttosto variegata. Solo due aziende soddisfano completamente gli standard.

3.1.2.10 Fattore "Programmi di miglioramento della qualità"

Il fattore è stato rilevato su tutti i livelli di analisi dell'Audit tranne quello aziendale. L'IAS medio è pari a 51, un valore discreto. In questo fattore confluiscono una serie di indicatori che riguardano la realizzazione, le modalità di conduzione e di utilizzazione delle indagini sulla soddisfazione degli utenti, le procedure di valutazione e le esperienze di accreditamento volontario.

Il valore relativamente basso, dimostra che questo è uno dei fronti su cui probabilmente sono possibili ampi margini di miglioramento.

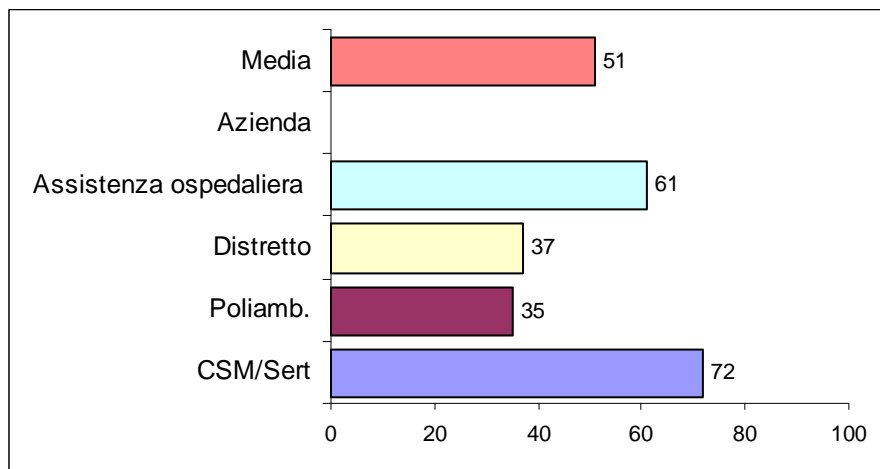


Grafico 39: Programmi di miglioramento della qualità - confronto IAS tra livelli

Livello assistenza ospedaliera

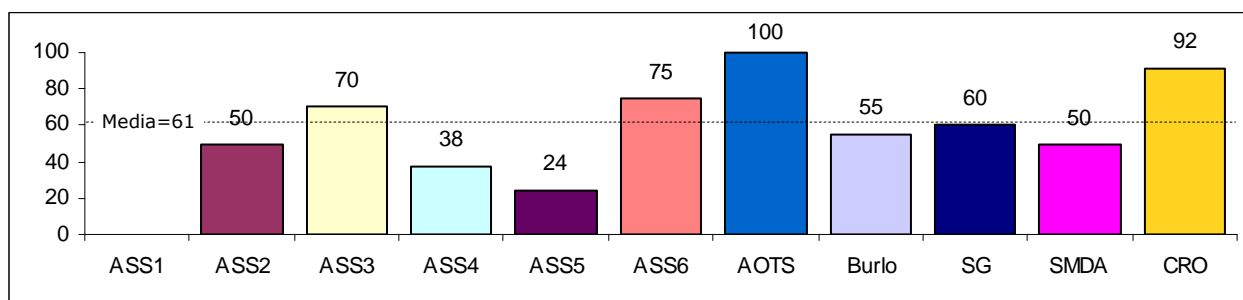


Grafico 40: Programmi di miglioramento della qualità, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)
- Numero di U.O. nelle quali è stata effettuata (negli ultimi 2 anni) almeno un'inchiesta sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari su numero totale di U.O. di degenza (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica, prestazioni alberghiere e comfort; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)
- Esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO 9000, EFQM, ecc)

Il valore medio è buono ma si evince una grande variabilità tra le diverse aziende ospedaliere con l'eccellenza di due delle strutture monitorate e il livello scadente per altre.

Punti di forza (IAS > 80)

- 8 aziende su 10 dichiarano di aver intrapreso esperienze di accreditamento volontario (ISO 9000, EFQM, ecc). Due di queste le hanno realizzate nell'intero presidio, le altre solo in alcuni servizi.

Punti di attenzione

- In quattro aziende è stata realizzata negli ultimi due anni almeno un'inchiesta sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari in tutte le U.O. mentre in 5 aziende non è stata realizzata in nessuna U.O.
- 7 aziende su 10 hanno realizzato più genericamente indagini sulla soddisfazione dei pazienti e familiari negli ultimi due anni.
- Sia per le indagini del punto precedente che per quelle che hanno riguardato solamente alcune U.O., l'indicatore sulla completezza ha un IAS pari a 60. Questo dato indica che in molti casi mancano alcuni requisiti necessari per la qualità delle indagini (risultati resi pubblici, utilizzo di personale addestrato, completezza delle domande, azioni di miglioramento).

Livello Cure primarie: distretto

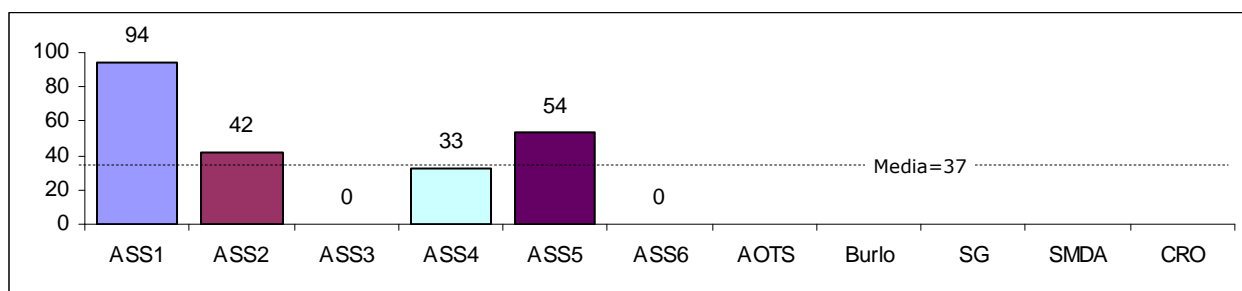


Grafico 41: Programmi di miglioramento della qualità, livello distretto- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, assistenza medica, comfort degli studi medici; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)
- Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti circa il servizio domiciliare (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno due dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, assistenza medica; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)

La situazione a livello distrettuale è mediamente scadente per questo fattore. Due aziende hanno uno IAS uguale a zero in quanto non hanno realizzato nessuna indagine sulla soddisfazione degli utenti nei distretti.

Punti di attenzione

- Solo in un'azienda su 6 è stata realizzata un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari negli ultimi due anni.
- Per quanto riguarda le indagini sulla soddisfazione circa il servizio domiciliare, la situazione è migliore: sono state realizzate in tre aziende in tutti i distretti e in una quarta in due dei tre distretti monitorati. Anche qui come per gli ospedali, l'indicatore sulla completezza delle stesse è piuttosto basso (IAS=49).

Livello Cure primarie: poliambulatorio

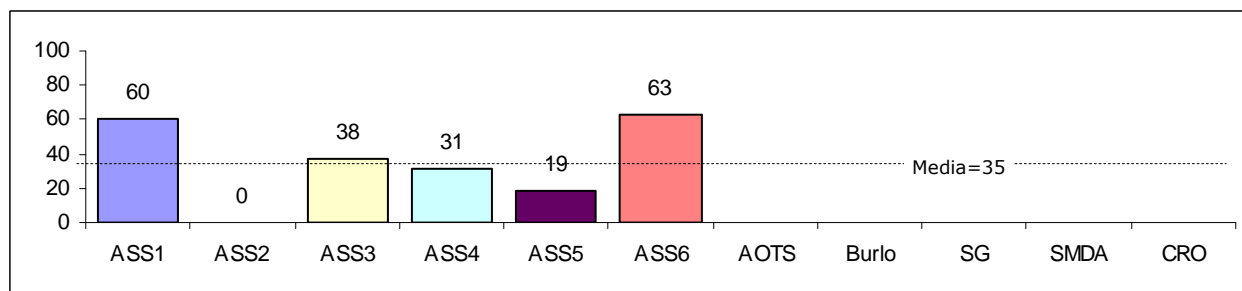


Grafico 42: Programmi di miglioramento della qualità, livello poliambulatorio- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Realizzazione negli ultimi due anni di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)
- Presenza di procedure di valutazione periodica di funzionamento del servizio
- Realizzazione nel presidio di esperienze di accreditamento volontario o di certificazione basate su uno dei modelli attualmente esistenti al livello internazionale (ISO9000, EFQM)

la situazione a livello degli ambulatori è analoga a quella dei distretti, con una media scadente pari ad uno IAS di 35.

Punti di attenzione

- In ben 4 aziende su 6 non sono presenti procedure per il controllo periodico del funzionamento delle strutture ambulatoriali. In una delle due rimanenti non sono state realizzate in tutti gli ambulatori monitorati.
- Nella metà delle aziende non è stata realizzata negli ultimi due anni nessuna indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari. Nelle altre tre aziende non è stata comunque realizzata in tutti gli ambulatori e l'indicatore sulla completezza è ancora più scadente rispetto ai distretti (IAS=33).
- In 3 aziende su 6 sono state realizzate esperienze di accreditamento volontario (ISO 9000, EFQM, ecc) per gli ambulatori ma in nessun caso estese all'intero presidio.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

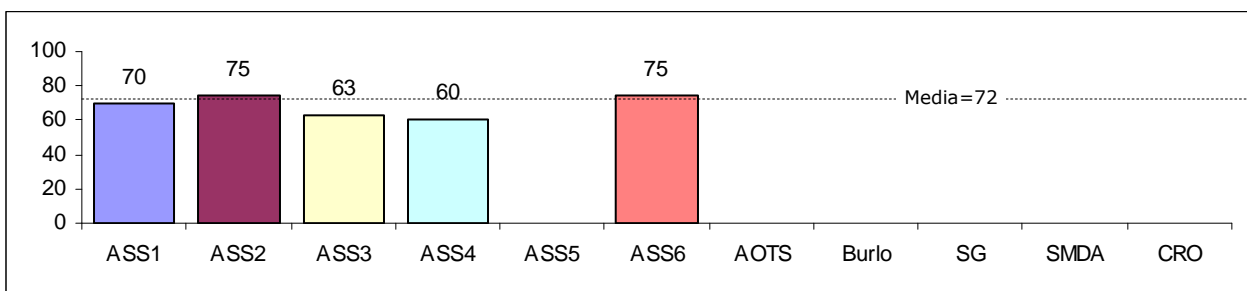


Grafico 43: Programmi di miglioramento della qualità, livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Realizzazione negli ultimi due anni di una indagine sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari (risultati resi pubblici; utilizzo di personale addestrato; domande su almeno tre dei seguenti argomenti: accesso ai servizi sanitari, rapporti utenti-operatori, informazione, assistenza medica e infermieristica; azioni di miglioramento della qualità attuate in seguito all'indagine di soddisfazione)
- Presenza di procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio
- Realizzazione negli ultimi tre anni di un'indagine circa i bisogni emergenti
- Coinvolgimento del settore non-profit nell'erogazione del servizio

Per i SERT-CSM la situazione rispetto ai programmi di miglioramento della qualità risulta migliore, con uno IAS medio pari a 72, buono e una situazione piuttosto omogenea a livello regionale.

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture monitorate viene coinvolto il settore non-profit nell'erogazione del servizio (IAS=100).
- In tutte le strutture, tranne una, sono presenti procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio (IAS=90)
- Similmente in tutte le strutture, tranne una, è stata realizzata una indagine circa i bisogni emergenti negli ultimi tre anni (IAS=90)

Punti di attenzione

- Appare carente, come nei casi precedenti, l'indicatore relativo alle indagini di soddisfazione degli utenti e dei familiari (IAS=10), realizzate negli ultimi due anni solo in una struttura delle 8 monitorate.

3.2 Seconda componente “Impegno dell’azienda a promuovere alcune politiche di particolare rilievo sociale e sanitario”

Nella seconda componente confluiscono quattro fattori che ci forniscono una serie di informazioni relative alle politiche e alle iniziative messe in campo dalle aziende sanitarie locali relativamente alla gestione del rischio clinico, alla sicurezza delle strutture e degli impianti, per le malattie croniche ed oncologiche e per il controllo del dolore.

3.2.1 Analisi di insieme

Nella tabella successiva viene riportata la media degli IAS ottenuti per ogni fattore, per ogni livello d’analisi.

	Azienda	Assistenza ospedaliera	Distretto	Poliamb.	CSM/ Sert	Media
11 Gestione del rischio clinico	88	93	-	-	-	90
12 Sicurezza delle strutture e degli impianti	91	96	75	92	77	86
13 Malattie croniche e oncologia	90	-	-	-	-	90
14 Gestione del dolore	85	86	-	-	-	85

Tabella 3: Seconda componente – confronto tra le medie degli IAS dei diversi fattori per ogni livello. Se non è presente un valore vuol dire che non è prevista rilevazione per quel fattore a quel livello.

Tutte le medie raggiungono valori identificati come ottimi. Solamente per quanto riguarda la sicurezza degli impianti a livello distretto e SERT/CSM, lo IAS risulta buono. I valori maggiori si raggiungono a livello di assistenza ospedaliera per la sicurezza degli impianti e la gestione del rischio clinico dove l’indicatore mostra un’adeguatezza agli standard quasi completa.

La seconda componente in Friuli Venezia Giulia mette quindi in evidenza una attenzione significativa del sistema sanitario verso queste politiche.

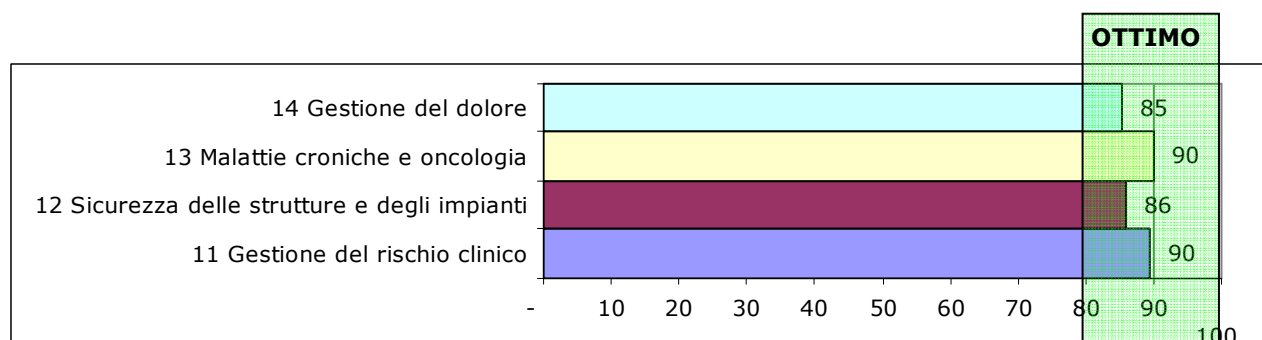


Grafico 44: Seconda componente, media degli IAS per ogni fattore.

Livello	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	AOUTS	Burlo	SG	AOPN	CRO	media
Azienda	55	95	84	94	88	99	100	98	76	96	100	90
Ospedale		96	96	100	78	80	99	89	95	95	85	91
Distretti	83	100	0	100	67	100						75
Poliamb.	83	100	100	100	67	100						92
CSM-SERT	67	83	100	100		33						77

Tabella 4: Seconda componente, raffronto tra il valore medio degli IAS delle singole aziende

Nella tabella di confronto tra le aziende si notano numerosi "100" corrispondenti alle molte "eccellenze". Alcuni valori particolarmente negativi mettono in luce invece aree dove è necessario pianificare azioni di miglioramento.

3.2.2 Analisi fattore per fattore

Analizziamo quindi, più in dettaglio, i singoli fattori per ogni livello di analisi previsto.

3.2.2.1 Fattore "Gestione del rischio clinico"

La gestione del rischio clinico è un fattore rilevato a livello aziendale e di assistenza ospedaliera e ci fornisce un quadro delle iniziative messe in campo dalle aziende sanitarie nell'ambito della prevenzione e gestione del rischio clinico.

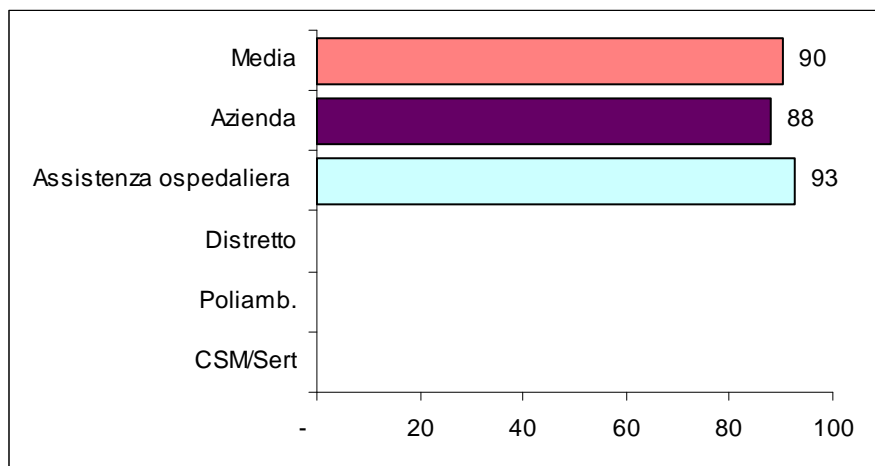


Grafico 45: Gestione del rischio clinico - confronto IAS tra livelli

Ad entrambi i livelli la media degli IAS riscontrati mette in luce una situazione ottimale.

Livello aziendale

La media ottenuta evidenzia un livello dello IAS ottimale in tutte le aziende. Nello specifico, cinque aziende raggiungono il completo adeguamento agli standard e solamente in un l'indicatore appare basso.

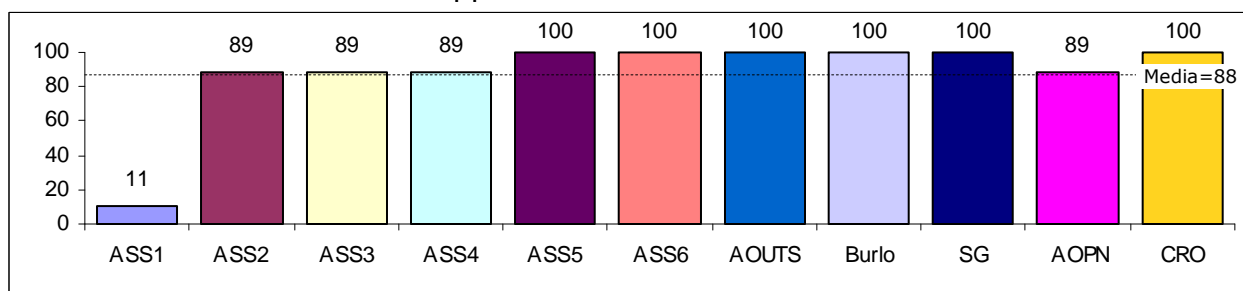


Grafico 46: Gestione del rischio clinico - livello aziendale - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Ufficio/persona incaricata/servizio per la gestione del rischio clinico a qualsiasi livello dell'azienda (aziendale, di presidio, ecc.)
- Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella
- Redazione di una mappa del rischio clinico
- Redazione di un Piano per la gestione del rischio clinico
- Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
- Comitato per il buon uso del sangue
- Corsi di formazione specifici sulla gestione del rischio clinico negli ultimi tre anni
- Commissione per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale
- Procedure per il mantenimento di rapporti costanti tra settore amministrativo e reparti nella gestione del contenzioso

Punti di forza (IAS > 90)

In tutte le aziende vi è un ufficio, un servizio o una persona incaricata per la gestione del rischio clinico. (IAS=100)

In tutte le aziende, tranne una, vi sono (IAS=90):

- Registrazione di errori, quasi errori, incidenti da cause organizzative, eventi sentinella
- Redazione di un Piano per la gestione del rischio clinico
- Commissione per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
- Comitato per il buon uso del sangue
- Corsi di formazione specifici sulla gestione del rischio clinico negli ultimi tre anni

Punti di attenzione

- Tre aziende dichiarano di non aver redatto una mappa del rischio clinico
- In due aziende non è presente una commissione per la elaborazione di linee guida o adozione formale di linee guida redatte al livello regionale o nazionale

Livello assistenza ospedaliera

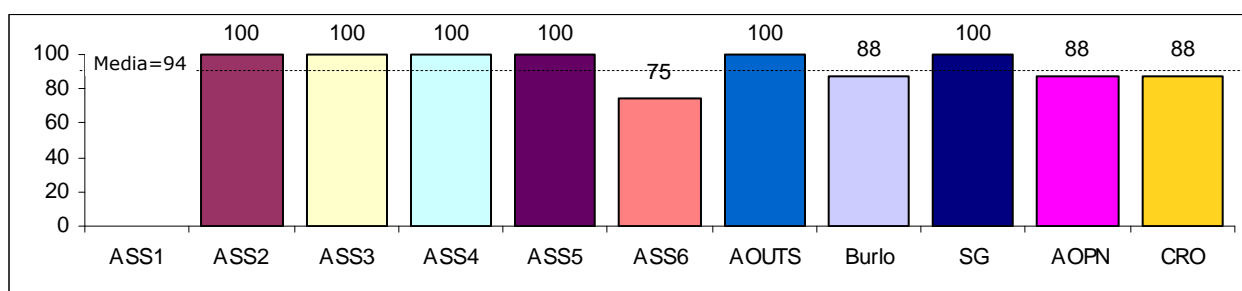


Grafico 47: Gestione del rischio clinico, livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Studi di carattere valutativo sulle cartelle/schede di dimissioni ospedaliere
- Procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato l'intervento (tranne cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.)
- Indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza)
- Indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche
- Protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere
- Manuale dei disinfettanti in uso nel presidio
- Procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici
- Procedura per gestione dei rifiuti sanitari

A livello ospedaliero, la situazione, pur essendo ottima, è meno uniforme tra le diverse aziende,.

Punti di forza (IAS = 100)

In tutte le aziende, senza eccezioni, è stata riscontrata evidenza di:

- Indagini periodiche sull'incidenza di infezioni del sito chirurgico per specialità chirurgiche.
- Protocolli o linee-guida per il controllo delle infezioni ospedaliere.
- Manuale dei disinfettanti in uso nel presidio.
- Procedura per la sterilizzazione dei dispositivi medici.
- Procedura per gestione dei rifiuti sanitari.
- Soltanto in un'azienda su 10 non vengono svolti studi di carattere valutativo sulle cartelle/schede di dimissioni ospedaliere (IAS=90).

Punti di attenzione

- In tre aziende su 10, non vengono svolte indagini periodiche sulle infezioni ospedaliere (prevalenza). Da tenere presente che tutte le aziende seguono il programma regionale di monitoraggio dell'incidenza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- In due aziende su 10 non ci sono procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato l'intervento (tranne cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.).

3.2.2.2 Fattore "Sicurezza delle strutture e degli impianti"

Questo fattore è rilevato su tutti i cinque livelli di analisi dell'Audit. L'IAS è mediamente ottimo, si registra una leggera caduta a livello di distretto e CSM/SerT dove i valori sono comunque molto buoni.

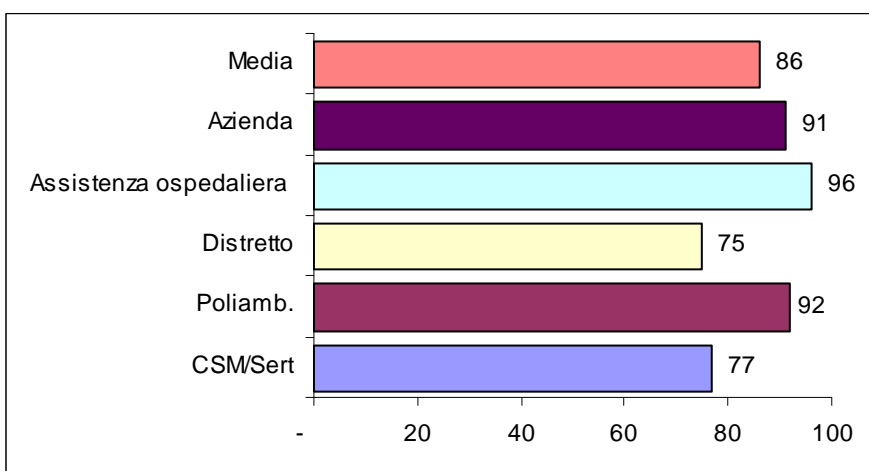


Grafico 48: Sicurezza delle strutture e degli impianti - confronto IAS tra livelli

Livello aziendale

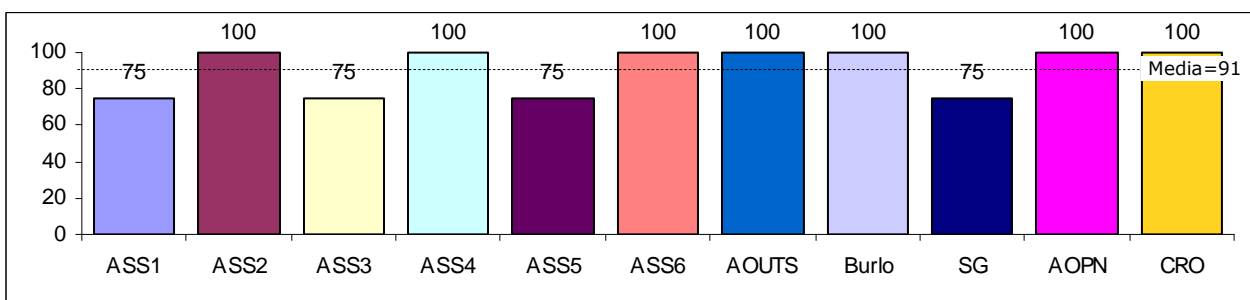


Grafico 49: Sicurezza delle strutture e degli impianti - livello aziendale - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature diagnostiche per immagini

- Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni
- Documento aggiornato sui rischi (legge 626)
- Servizio di ingegneria clinica

Un solo indicatore non è positivo in tutte le aziende.

Punti di forza (IAS = 100)

In tutte le aziende sono garantiti, conformemente alle normative:

- Contratti di assistenza per la manutenzione e la riparazione delle apparecchiature diagnostiche per immagini

- Corsi di formazione sulla sicurezza delle strutture e degli impianti negli ultimi tre anni
- Documento aggiornato sui rischi (legge 626/94).

Punti di attenzione

- In 4 aziende su 11 non è presente un servizio di Ingegneria Clinica.

Livello assistenza ospedaliera

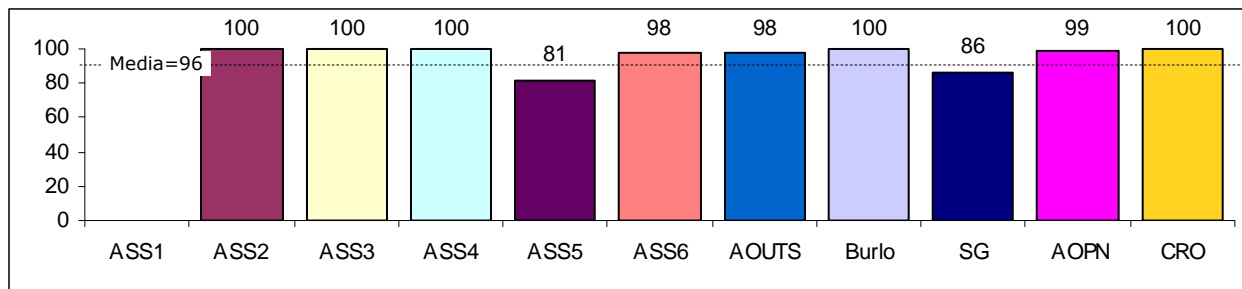


Grafico 50: Sicurezza delle strutture e degli impianti - livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Accesso dedicato per le emergenze
- Camera calda al pronto soccorso
- Individuazione all'interno del PS dei responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni
- Definizione per tutto il personale delle procedure per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del PS
- Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la segnaletica per le vie di fuga
- Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la segnaletica per l'individuazione degli estintori
- Numero di U.O. di degenza nelle quali è presente la Piantina del piano di evacuazione

Il fattore risulta ottimo in tutte le aziende.

Punti di forza (IAS = 100)

In tutte le aziende sono vi sono:

- responsabili della verifica e del controllo delle attrezzature e delle dotazioni individuati all'interno del Pronto Soccorso.
- procedure definite per tutto il personale per effettuare e/o attivare la manutenzione straordinaria delle attrezzature e delle dotazioni del Piano di Sicurezza
- Nella totalità delle unità operative di tutti gli ospedali oggetto di AUDIT, è presente:
 - segnaletica per le vie di fuga
 - segnaletica per l'individuazione degli estintori.

Punti di attenzione

- In un ospedale, dei 15 monitorati, non è presente accesso dedicato alle emergenze e piantina del piano di evacuazione nelle U.O.
- In una struttura manca la camera Calda al pronto soccorso.

Livello Cure primarie: distretto

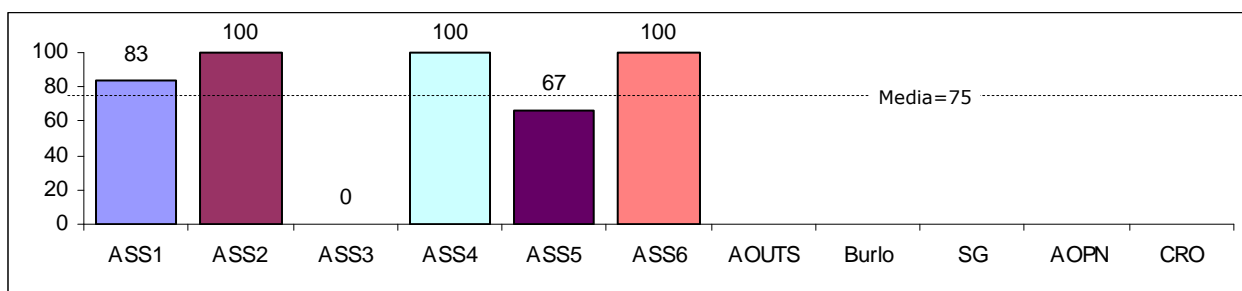


Grafico 51: Sicurezza delle strutture e degli impianti - livello distretto - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Segnaletica per le vie di fuga

- Segnaletica per l'individuazione degli estintori
- Piantina del piano di evacuazione

Gli standard a livello distrettuale sono conformi in tutte le aziende con una media regionale buona ed in tre aziende vi è un'aderenza pari al 100%.

Solo un'azienda, in cui è stato visitato un distretto su due, deve ancora adeguarsi su tutti i punti. In altre due strutture sono state evidenziate due lacune (mancanza della piantina del piano di evacuazione e della segnaletica per le vie di fuga)

Livello Cure primarie: poliambulatorio

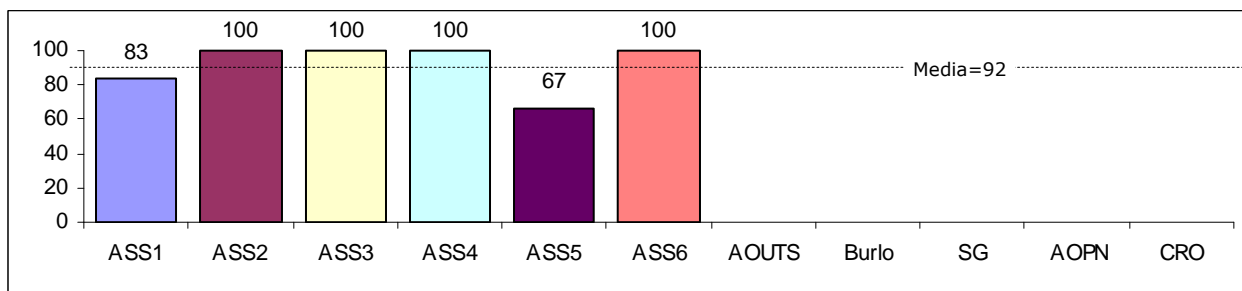


Grafico 52: Sicurezza delle strutture e degli impianti - livello poliambulatorio- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Segnaletica per le vie di fuga

- Segnaletica per l'individuazione degli estintori
- Piantina del piano di evacuazione

Il valore medio regionale dello IAS relativo a livello degli ambulatori è ottimo. Quattro aziende rispettano completamente gli standard negli ambulatori monitorati. In una manca la piantina del piano di evacuazione ed in un'altra la segnaletica per le vie di fuga.

Livello Cure primarie: CSM/SerT

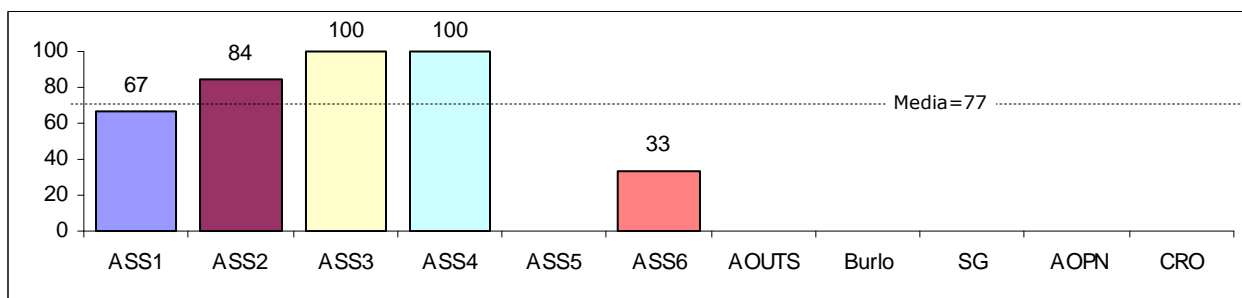


Grafico 53: Sicurezza delle strutture e degli impianti - livello CSM/SERT- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Segnaletica per le vie di fuga
- Segnaletica per l'individuazione degli estintori
- Piantina del piano di evacuazione

- La situazione nei SERT-CSM è pressoché analoga ai distretti e agli ambulatori: l
- a media è buona. Manca la segnaletica per le vie di fuga nelle strutture di una delle aziende monitorate. In ben tre aziende sono presenti strutture senza piantina del piano di evacuazione.

3.2.2.3 Fattore "Malattie croniche e oncologia"

Questo fattore viene rilevato solo a livello di azienda. Viene calcolato con 16 indicatori di cui 10 significativi soltanto per le aziende sanitarie.

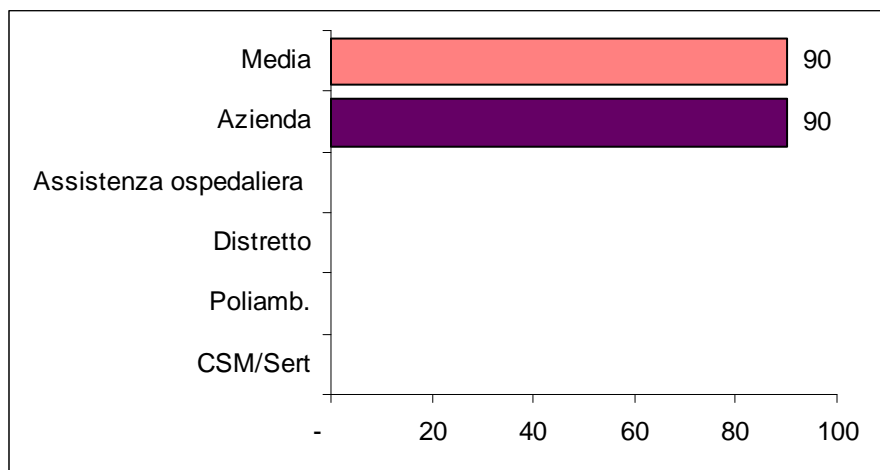


Grafico 54: Malattie croniche e oncologia - confronto IAS tra livelli

Il valore raggiunto dalla media degli IAS delle diverse aziende è ottimo, dimostrando un livello soddisfacente di attenzione e di servizi per le malattie croniche e tumorali.

Livello aziendale

Sette aziende hanno valori più che ottimi, di queste 4 con IAS uguale a 100.

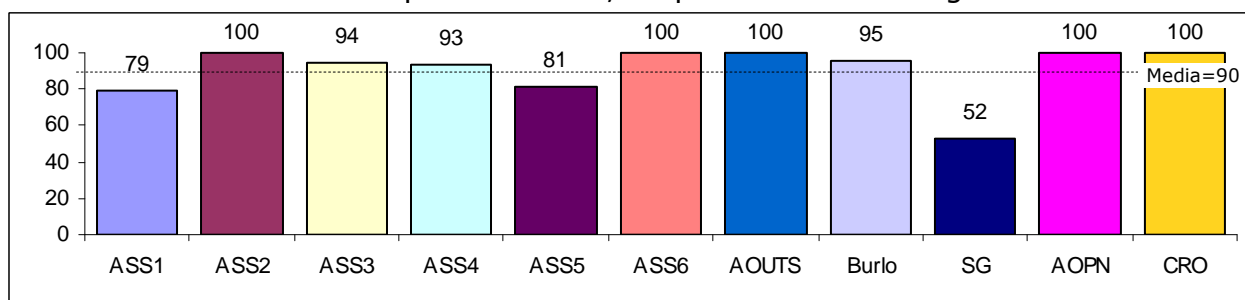


Grafico 55: Malattie croniche e oncologia - livello aziendale - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Centro/i di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare
- Centri di riferimento o strutture di orientamento per pazienti con patologie croniche o rare
- Centri per la chemioterapia
- Percorsi diagnostico terapeutici relativi a malattie croniche (diabete, broncopneumopatia ostruttiva, scompenso cardiaco congestizio, ecc.)
- Percorsi diagnostico terapeutici relativi a malattie tumorali
- Strutture per le cure palliative (se ASL: Cure domiciliari, Ambulatorio, Day Hospital, Ricovero ospedaliero, Hospice)
- Centro di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi (solo ASS)
- Procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia (solo ASS)
- Procedura di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologie (solo ASS)
- Procedure per il coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi (solo ASS)

- Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi (solo ASS)
- Procedure per la distribuzione dei presidi con periodicità agevolate per gli utenti (solo ASS)
- Servizio di dialisi domiciliare (solo ASS)
- Servizi di trasporto dal domicilio al centro dialisi per i pazienti dializzati (solo ASS)
- se sì, numero distretti dotati (solo ASS)
- Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari (solo ASS)

Punti di forza (IAS = 100 o > 90)

In tutte le 11 aziende monitorate, viene dichiarata la presenza di:

- Strutture per le cure palliative.
- Percorsi diagnostico terapeutici relativi a malattie croniche.
- Percorsi diagnostico terapeutici relativi a malattie tumorali.

In tutte le 6 aziende sanitarie, risulta presente:

- Centro di riferimento della azienda per la manutenzione di presidi, ausili e protesi.
- Procedure di semplificazione dell'accesso alla esenzione per patologia
- Procedura di semplificazione del rinnovo delle esenzioni per patologie
- Procedure per semplificare l'accesso degli utenti al riconoscimento del diritto ai presidi, ausili e protesi
- Procedure per la distribuzione dei presidi con periodicità agevolate per gli utenti
- Svolgimento negli ultimi tre anni di iniziative rivolte ai medici di famiglia per favorire l'accesso dei malati cronici ai servizi sanitari

In 9 aziende su 11, risulta attivo:

- Centro di riferimento o strutture di orientamento per pazienti con patologie croniche o rare
- Centro per la chemioterapia

Punti di attenzione

- Il servizio di dialisi domiciliare è presente in solo metà delle aziende territoriali (3 su 6).
- In 2 aziende su 6 non è previsto un coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi.
- In 4 aziende su 11 non è presente un centro di informazione e counselling per pazienti con patologie croniche o rare.

3.2.2.4 Fattore "Gestione del dolore"

L'attenzione e la risposta al problema del dolore acuto e cronico è oggetto di AUDIT a livello delle aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri. Il valore raggiunto dallo IAS anche in questo caso è ottimo in entrambi i livelli.

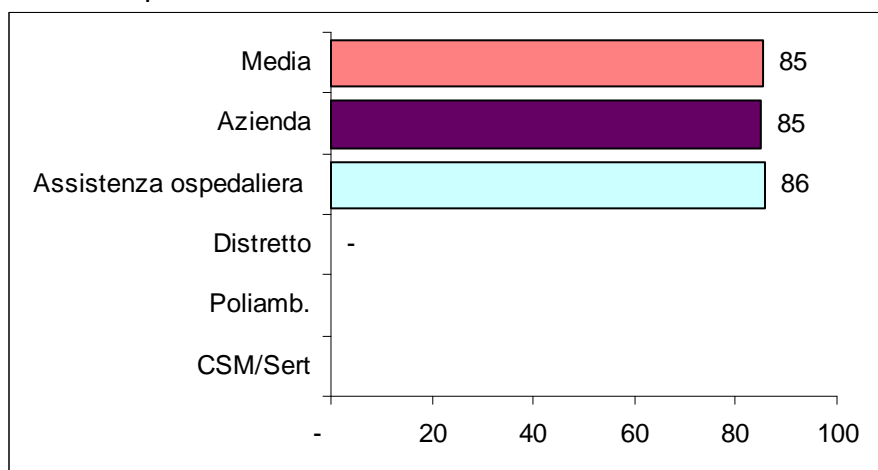


Grafico 56: Gestione del dolore - confronto IAS tra livelli

Livello aziendale

Il fattore viene valutato sulla base di sei indicatori nelle sole aziende sanitarie. Quattro aziende hanno un valore ottimo, una buono. La ASS1 si posiziona sulla fascia del discreto.

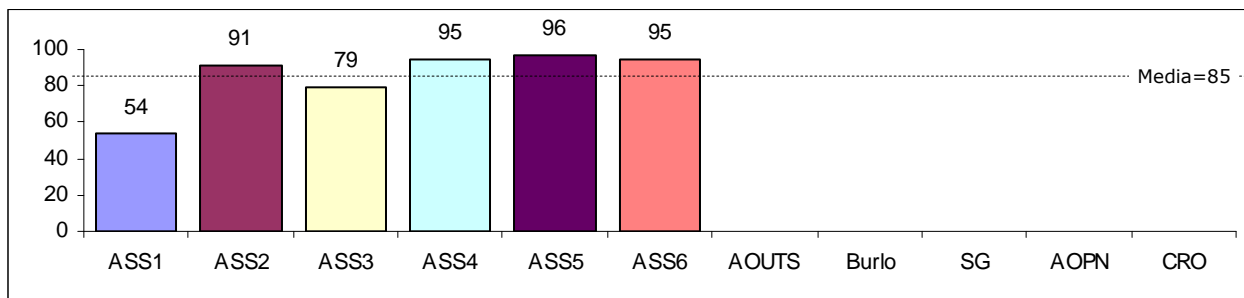


Grafico 57: Gestione del dolore - livello aziendale - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati (solo per ASS)

- Numero di distretti con un servizio di cure palliative domiciliari
- Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti (Cure domiciliari, Servizi ospedalieri, Hospice o Altro)
- Dolori trattati (dolore acuto postoperatorio, dolore acuto posttraumatico, dolore presente nelle cefalee, dolore nei malati di cancro, dolore nelle patologie croniche degenerative, dolore nel parto, altri tipi di dolore)

- Numero di distretti in cui si pratica a intervalli regolari la valutazione dell'intensità del dolore nei pazienti in assistenza domiciliare (quando le condizioni dei pazienti lo richiedono)
- Iniziative di formazione sul controllo del dolore rivolte ai medici di famiglia negli ultimi tre anni
- Iniziative volte a creare valutatori/ricognitori sul territorio per il controllo clinico e la raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni

Punti di forza (IAS = 100 o 83)

In tutte le sei aziende sanitarie:

- Tutti i distretti hanno un servizio di cure palliative domiciliari
- Vi sono linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti
- Si pratica a intervalli regolari la valutazione dell'intensità del dolore nei pazienti in assistenza domiciliare (quando le condizioni dei pazienti lo richiedono) in tutti i distretti.
- Negli ultimi tre anni, in 5 aziende su 6 sono state realizzate iniziative formative per i medici di medicina generale sul controllo del dolore (IAS=83)

Punti di attenzione

- Non tutti i tipi di dolore sono trattati in tutte le aziende. (IAS=69)

Livello assistenza ospedaliera

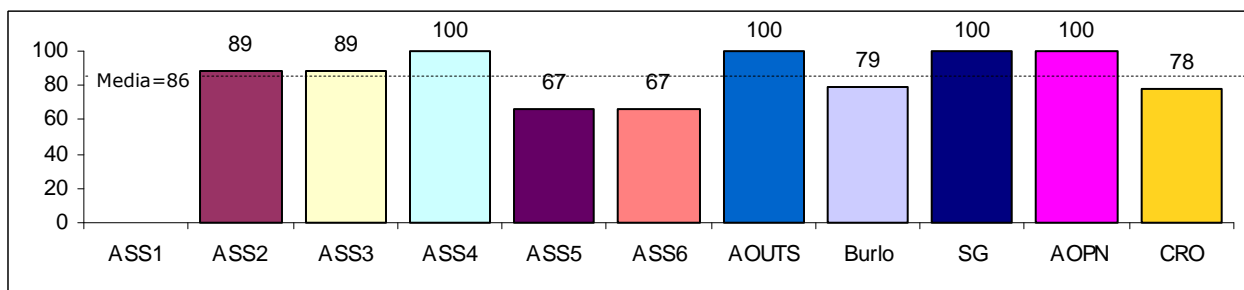


Grafico 58: Gestione del dolore - livello assistenza ospedaliera- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore nei pazienti
- Valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati

- Iniziativa volte a creare valutatori/ricognitori nelle UO ospedaliere per il controllo clinico e raccolta dati sul paziente con dolore negli ultimi tre anni
- Iniziative di formazione sulla terapia del dolore per personale negli ultimi tre anni

- Linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti

(interventi chirurgici, parto, tumori, malattie cronico-degenerative, altro)

Punti di forza (IAS > 90)

- In tutte le strutture sono state realizzate negli ultimi tre anni iniziative volte a creare valutatori/ricognitori nelle UO ospedaliere per il controllo clinico e la raccolta dei dati sul paziente con dolore. (IAS=100)
- Similmente in tutti i presidi sono state svolte iniziative di formazione sulla terapia del dolore per personale negli ultimi tre anni. (IAS=100)
- In tutte le aziende tranne una, sono utilizzate linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore. (IAS=90)
- In tutte le aziende (tranne due dove non è svolta in tutte le U.O.) si realizza una valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati. (IAS=90)

Punti di attenzione

- Diffuso l'utilizzo di linee di comportamento per gli operatori sanitari per fornire un'adeguata informazione ai pazienti in caso di interventi chirurgici, parto o tumori, da completare in alcuni casi. (IAS>78)

3.3 Terza componente “Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali”

3.3.1 Analisi d'insieme

In questa componente confluiscono due fattori, rilevati entrambi solo a livello aziendale, che ci forniscono informazioni circa la presenza degli istituti di partecipazione degli utenti e di eventuali altre forme di partecipazione e interlocuzione. Nella tabella che segue riportiamo la media degli IAS ottenuti dalle singole aziende regionali.

	Azienda	Assistenza ospedaliera	Distretto	Poliamb.	CSM/Sert
15 Istituti di partecipazione degli utenti	48	-	-	-	-
16 Altre forme di partecipazione e interlocuzione	53	-	-	-	-

Tabella 5: Terza componente – confronto tra le medie degli IAS dei diversi fattori per ogni livello
Se non è presente un valore vuol dire che non è prevista rilevazione per quel fattore a quel livello

Come si può vedere, il risultato della rilevazione manifesta un adeguamento agli standard discreto per entrambi i fattori. Questo vuol dire che il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali è un terreno sul quale esistono ampi margini di miglioramento.

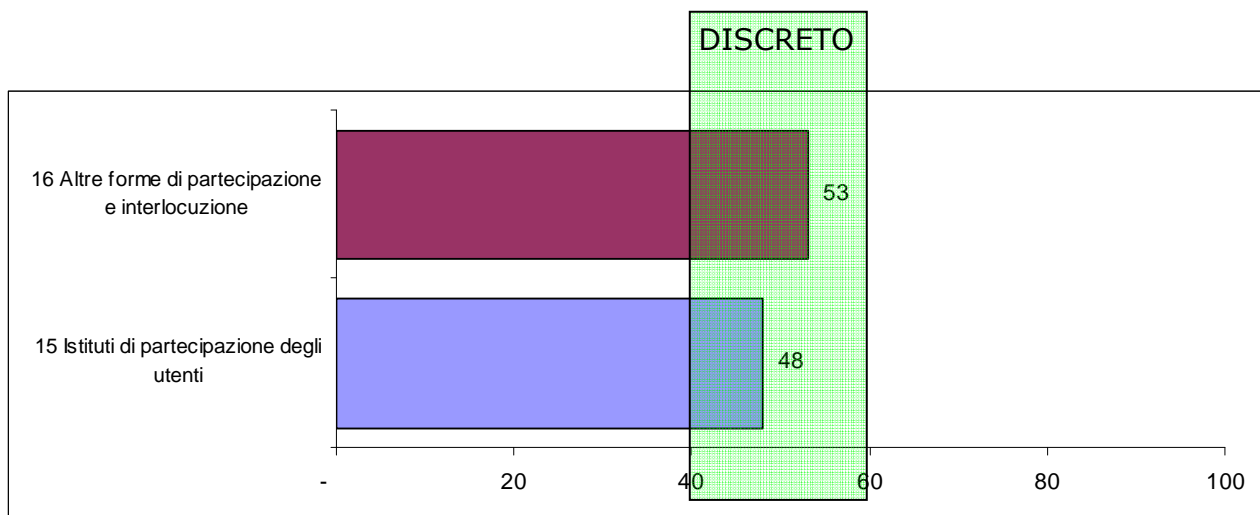


Grafico 59: Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali, valori medi dei fattori.

La terza componente, in Friuli Venezia Giulia, è quella che ottiene i risultati peggiori. Evidentemente questo è un fronte "nuovo" e il sistema sanitario non ha ancora del tutto assimilato normative ed indirizzi che vedono nel ruolo delle organizzazioni civiche e nella partecipazione degli utenti un importante fattore di salute e di miglioramento della qualità.

Livello	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	AOUTS	Burlo	CRO	SG	AOPN	Media
Azienda	89	65	8	25	28	89	87	37	90	0	38	47

Tabella 6: Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali, raffronto tra il valore medio degli IAS delle singole aziende

Il confronto tra le aziende mostra su questa componente una grande variabilità, in parte dovuta a modalità differenti di applicazione dello strumento di indagine: nel prossimo ciclo di AUDIT potrà essere utile una particolare attenzione delle equipe locali anche per uniformare maggiormente i criteri di valutazione e permettere una riflessione più approfondita su questo aspetto.

3.3.2 Analisi fattore per fattore

3.3.2.1 Istituti di partecipazione degli utenti

Gli indicatori di questo fattore adottano come standard la presenza degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente.

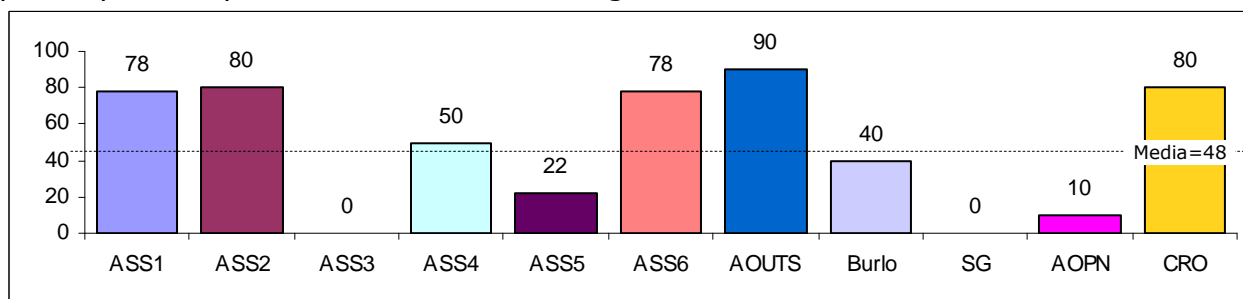


Grafico 60: Istituti di partecipazione degli utenti, livello aziendale - confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

- Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nell'individuazione degli standard
- Forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari (art.12 del d.lgs. 229/99)

- Protocolli d'intesa con organizzazioni di cittadini
- Forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini (DPCM 19 maggio 1995)
- Commissione mista conciliativa
- Comitati consultivi misti

- Convocazione nell'ultimo anno della Conferenza dei Servizi
- Presentazione dei risultati del controllo di qualità nel corso della Conferenza dei Servizi
- Comitato etico: Richiesta formale dell'azienda alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei propri rappresentanti presso il Comitato etico.

Tutti gli indicatori hanno un valore medio dello IAS inferiore a 50, ad esclusione di quelli relativi alla presenza del comitato etico (80) e della commissione conciliativa (70). Come si può vedere bene dal grafico e come detto in precedenza, la situazione è molto variabile da azienda ad azienda. Come accennato ci sono diversi punti di attenzione che segnalano lacune e aree di possibile miglioramento.

Punti di forza (IAS > 70)

- Il comitato etico risulta presente in 8 aziende delle 11 monitorate (IAS=80). Di queste 8, solo 6 prevedono una richiesta formale alle organizzazioni dei cittadini per la designazione dei rappresentanti.
- La commissione mista conciliativa è presente in 7 aziende su 10. (IAS=70)

Punti di attenzione

- La Conferenza dei Servizi risulta convocata nell'anno precedente all'analisi da una sola azienda.
- Solamente tre aziende prevedono Comitati Consultivi Misti (IAS=20).
- Solo quattro aziende utilizzano forme di controllo della qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini, come previsto dal DPCM del 19 maggio 1995 (IAS=30).
- Cinque aziende soltanto dichiarano il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nell'individuazione degli standard (IAS=40).

3.3.2.2 Altre forme di partecipazione e interlocuzione

Come mostra il grafico, anche per questo fattore, che indaga la presenza di altre forme di partecipazione e interlocuzione non previste da normative specifiche, c'è una sostanziale disomogeneità tra le varie aziende. Due raggiungono il valore massimo dello IAS (100) mentre in altre due l'indicatore è pari a 0.

Il valore medio di 53 è indice anche in questo caso di un'area sulla quale sono possibili molte migliorie.

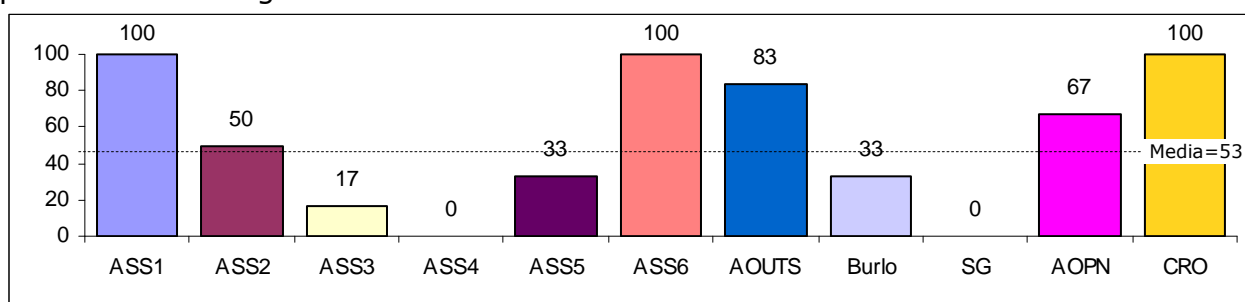


Grafico 61: Altre forme di partecipazione, livello aziendale- confronto IAS tra aziende

Indicatori valutati

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

Punti di forza (IAS > 70)

- Otto aziende su 11 dichiarano di aver inoltrato almeno una richiesta formale negli ultimi due anni alle organizzazioni dei cittadini per chiedere partecipazione o pareri su problemi, progetti da realizzare, ecc.

Punti di attenzione

- Solo 4 aziende su 11 realizzano consultazioni periodiche (almeno ogni 4 mesi) delle organizzazioni dei cittadini per la determinazione degli ordini del giorno di organismi aziendali/gruppi di lavoro/commissioni di studio o altri organismi.
- Solo 4 aziende su 11 utilizzano nei capitolati d'appalto articoli che permettono la possibilità di controlli degli utenti sulla qualità delle forniture.
- Gli altri indicatori sono soddisfatti nella metà delle aziende (6 su 11).

4 Conclusioni

Il primo ciclo di AUDIT ha evidenziato nel complesso un sistema sanitario ben sviluppato e con indici di adeguamento agli standard considerati dall'AUDIT Civico, generalmente elevati.

A conclusione del Rapporto Regionale, proponiamo una visione di insieme di quanto è emerso dal lavoro svolta dalle 10 equipe che hanno realizzato l'AUDIT in altrettante aziende sanitarie regionali, visitando 15 ospedali (per un totale di 61 unità operative/reparti), 10 sedi di distretto, 10 poliambulatorii, 4 SERT e 4 CSM.

4.1 Un ottimo livello di accesso alle prestazioni: da migliorare tempi di attesa e “reperibilità” sul territorio

Per cominciare risulta per tutte le aziende regionali un livello di accesso alle prestazioni sanitarie molto buono: ad ogni livello di analisi, anche come conseguenza di normative regionali, sono generalmente soddisfatti i requisiti relativi ad una buona informazione e facilità di accesso alle prestazioni per il cittadino.

Unico punto critico, come noto, il problema delle liste d'attesa che rappresenta sicuramente una questione che deve essere compresa e gestita: nel corso della realizzazione di questo ciclo di AUDIT il tema è stato ampiamente dibattuto nelle sedi istituzionali e dalle parti sociali ed è stata varata una normativa regionale specifica. Con i prossimi cicli sarà interessante approfondire e avere riscontro dell'efficacia dei provvedimenti adottati dal legislatore regionale.

Pochissime le strutture con barriere architettoniche, indice di un quasi completo recepimento delle normative per l'accessibilità.

Da migliorare la reperibilità del medico di guardia, probabilmente nel quadro complessivo del ripensamento della medicina di base e dello sviluppo del sistema territoriale di assistenza anche a fronte dell'invecchiamento della popolazione, della frammentazione dei nuclei familiari da una parte e dalla concentrazione dell'assistenza ospedaliera sulle sole acuzie. Risultano, dall'indagine, alcune lacune nell'assistenza per i familiari dei pazienti oncologici in assistenza domiciliare e per il supporto psicologico ai pazienti in assistenza domiciliare. Da sviluppare meglio il collegamento ospedale territorio, relativamente alle dimissioni protette e all'integrazione con i servizi sociali.

4.2 Ottimale attenzione alla persona, prestazione “alberghiere” e assistenza ospedaliera: qualcosa da migliorare per “gli orari di visita”, nella comunicazione e per l'attenzione ai cittadini più deboli

Negli ospedali della regione è generalmente garantito un elevato standard di assistenza e accoglienza, con attenzione alle esigenze del ricoverato e dei familiari, rispetto dell'identità culturale e religiosa, ottimi livelli di pulizia e cura delle strutture e degli arredi.

Un punto critico, evidenziato dal confronto con gli standard utilizzati dall'AUDIT Civico, è rappresentato dalla cena che viene generalmente servita troppo presto mentre sarebbe richiesto di spostarla dopo le 19.

In metà delle strutture ospedaliere sono ancora presenti stanze con più di cinque letti.

Notevole variabilità in regione per il fattore relativo alle relazioni sociali negli ospedali un settore sul quale in diverse situazioni è possibile un intervento migliorativo, indicando forse la necessità di un qualche intervento da parte delle normative regionali in particolare per garantire l'accesso dei visitatori per un numero sufficiente di ore al giorno.

Nei CSM/SERT risultano migliorabili, in qualche caso, alcuni standard relativi alla capacità di seguire con continuità e con percorsi personalizzati le persone.

Generalmente sono presenti ed efficienti informazioni e cartellonistica (pur con qualche eccezione in particolare nei poliambulatorii). Sembra privilegiato però nelle nostre strutture un servizio informativo "di persona" piuttosto che l'uso di comunicazioni stampate o scritte.

In un certo numero di strutture non è formalizzata una procedura per segnalare al paziente il nome del medico di riferimento, elemento fondamentale per garantire che questa importante comunicazione venga sempre effettuata.

Similmente risulta non omogenea la pratica di comunicazioni relative al diritto di libera scelta, tematica che evidentemente deve essere ancora adeguatamente chiarita e approfondita nel nostro sistema sanitario.

4.3 Programmi per il miglioramento della qualità, alcune debolezze

L'AUDIT civico ha rilevato una debolezza sul fronte dei programmi per il miglioramento della qualità, che sembra particolarmente accentuata a livello di distretto e poliambulatorii.

Se da una parte la maggioranza delle aziende ha avviato procedure di accreditamento volontario (ISO 9000, Joint Commision, Canadian Accreditation ecc), diverse aziende non hanno realizzato indagini sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari negli ultimi due anni o sono state realizzate solo in una parte ridotta delle strutture. Inoltre generalmente mancano alcuni requisiti necessari per la qualità delle indagini (risultati resi pubblici, utilizzo di personale addestrato, completezza delle domande, azioni di miglioramento).

In ben 4 aziende sanitarie territoriali su 6 non sono presenti procedure per il controllo periodico del funzionamento delle strutture ambulatoriali.

Nella maggioranza delle aziende manca il coinvolgimento dei cittadini nelle procedure di controllo degli standard contenuti nella Carta dei Servizi (adottata da 9 aziende su 11 per definire gli standard di qualità).

4.4 Cittadini e sanità: buon investimento nelle relazioni con il pubblico, da migliorare il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni civiche

Tutte le aziende hanno un Ufficio Relazioni con il Pubblico e gestiscono reclami che ricevono con procedure apposite prevedendo anche il monitoraggio degli esiti. Punti raccolta reclami sono presenti quasi ovunque (anche se non sempre ben evidenti). Non in tutte le aziende è ottimale però il tempo di risposta, che viene considerato dalle équipes locali un fattore importante su cui è possibile incidere migliorando le procedure, comunicandole agli interessati e definendo standard di riferimento. Questo si collega anche alla generale mancanza di coinvolgimento dei cittadini nel monitoraggio degli standard previsti nella Carta dei Servizi di cui già detto più sopra.

In continuità con queste riflessioni, il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali risulta uno dei fronti su cui il sistema sanitario regionale risulta

maggiormente carente rispetto agli standard di riferimento utilizzati dall'AUDIT Civico. Infatti la terza componente, che è dedicata a questo tema, è quella che ottiene i risultati peggiori. Evidentemente questo è un fronte "nuovo" e il sistema sanitario non ha ancora del tutto assimilato normative ed indirizzi che vedono nel ruolo delle organizzazioni civiche e nella partecipazione degli utenti un importante fattore di salute e di miglioramento della qualità.

Per quanto riguarda gli istituti di partecipazione previsti dalle normative vigenti, risulta che la Conferenza dei Servizi è stata convocata nell'anno precedente all'analisi da una sola azienda. Solamente tre aziende prevedono Comitati Consultivi Misti. Solo quattro aziende su undici utilizzano forme di controllo della qualità esercitate direttamente dalle associazioni dei cittadini. Cinque aziende soltanto dichiarano il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nell'individuazione degli standard.

La situazione è anche meno positiva rispetto agli altri strumenti di partecipazione verificati dall'AUDIT anche se non previsti dalle normative.

Un altro indicatore, anche se analizzato nella prima componente, ci indica che un terzo degli ospedali non ha spazi e locali dedicati alle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

4.5 Seconda componente: ottimi livelli con poche "lacune" da colmare

La seconda componente valuta le politiche e le iniziative messe in campo dalle aziende sanitarie locali relativamente alla gestione del rischio clinico, alla sicurezza delle strutture e degli impianti, per le malattie croniche ed oncologiche e per il controllo del dolore

Generalmente l'AUDIT ha riscontrato un buon livello di adeguamento agli standard per queste quattro tematiche: sono però presenti alcune locali eccezioni, evidenziate nei rapporti locali, sulle quali è opportuno che vengano attivate procedure di adeguamento.

Per quanto riguarda la **gestione del rischio clinico**, alcune aziende dichiarano di non aver redatto una mappa del rischio clinico. In due aziende non è presente una commissione per la elaborazione di linee guida o l'adozione formale di linee guida redatte al livello regionale. In due aziende su undici mancano procedure di garanzia per la presenza in sala operatoria di tutti gli operatori che hanno iniziato l'intervento.

La **sicurezza delle strutture e degli impianti** ha anch'essa ottenuto risultati più che buoni. Per quanto riguarda le principali eccezioni, è risultato che in 4 aziende su 11 non è presente un servizio di ingegneria clinica. In un ospedale, dei 15 monitorati, non è presente accesso dedicato alle emergenze e piantina del piano di evacuazione nelle U.O. In un ospedale manca la camera calda al pronto soccorso. In alcune strutture ci si deve ancora adeguare agli standard per la sicurezza (piantine, piano evacuazione etc.).

Anche per quanto riguarda le **malattie croniche e l'oncologia**, la Regione può vantare un sistema quasi completamente aderente agli standard richiesti dall'AUDIT civico. In questo caso le lacune riguardano il servizio di dialisi domiciliare, presente in solo metà delle aziende sanitarie territoriali, e il mancato coinvolgimento in due aziende degli utenti nella valutazione della qualità dei presidi, ausili e protesi. In 3 aziende su 11 non è presente un centro di informazione e *counselling* per pazienti con patologie croniche o rare.

La stessa valutazione di eccellenza emerge per la **gestione del dolore**. Poche le eccezioni riguardano, ad esempio, il mancato utilizzo di linee di comportamento per gli operatori sanitari nel fornire un'adeguata informazione ai pazienti in caso di interventi chirurgici, parto o tumori; inoltre in un'azienda non vengono utilizzate linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore. In alcune unità operative di due aziende

non viene realizzata una valutazione a intervalli regolari dell'intensità del dolore nei pazienti ricoverati.

4.6 Situazioni problematiche

Pur avendo messo in luce un sistema sanitario con elevati standard di qualità, l'AUDIT civico ha potuto rilevare alcune situazioni problematiche, messe in evidenza dal lavoro svolto e per le quali nei rapporti locali si richiedono azioni correttive. Al solo scopo di dare una visione di insieme di queste "lacune", le elenchiamo soffermandoci in particolare sui fattori che per almeno un'azienda hanno riportato un IAS inferiore a 40 cioè un valore scadente o pessimo.

Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini nelle politiche aziendali

Istituti di partecipazione degli utenti

Tre aziende riportano IAS pessimo (due di queste pari a zero). Altre due un valore scadente.

Altre forme di partecipazione e interlocuzione

Anche in questo caso tre aziende hanno un valore pessimo dell'indice (due aziende zero). Un'altra scadente.

Come già affermato, il coinvolgimento dei cittadini è la componente che ottiene i risultati più scarsi a livello regionale. Questi dati non fanno che confermare che molti sono i fronti di miglioramento possibili, in particolare in quelle realtà dove la tematica è evidentemente ancora tutta da esplorare.

Orientamento ai cittadini

Accesso alle prestazioni

Un'azienda ottiene un valore pessimo sia a livello dei distretti che a livello di CSM/SERT.

Programmi di miglioramento della qualità

Due aziende ottengono un valore scadente a livello assistenza ospedaliera. A Livello dei distretti, su sei aziende interessate, due hanno un IAS pessimo pari a zero, un'altra IAS scadente. A livello degli ambulatori due aziende hanno valore dell'indice pessimo (una di queste uguale a zero), altre due un valore scadente.

Rispetto dell'identità

Un'azienda soltanto ha un valore dell'indice scadente a livello ospedaliero.

Informazione

Un'azienda riporta un valore dello IAS scadente sia a livello dei distretti che a livello degli ambulatori.

Comfort

Anche in questo caso un'azienda riporta un valore dell'indice scadente sia a livello dei distretti che a livello degli ambulatori.

Supporto ai degenti e alle loro famiglie

L'AUDIT ha rilevato due aziende con IAS uguale a zero a livello dei distretti.

Documentazione sanitaria

In un'azienda è stato riscontrato uno IAS uguale a zero a livello dei CSM/SERT e in un'altra un valore scadente a livello degli ambulatori.

Tutela dei diritti

Un'azienda riporta uno IAS scadente a livello aziendale e un'altra sempre scadente a livello ospedaliero. A livello CSM/SERT un'azienda riporta IAS pari a zero.

Politiche sanitarie

Gestione del rischio clinico

Un'azienda ottiene un valore pessimo a livello aziendale.

Sicurezza delle strutture e degli impianti

Lo IAS di un'azienda è pari a zero a livello del distretto. Un'altra riporta un valore scadente per i CSM/SERT.

5 Appendice

5.1 Dettaglio strutture monitorate per ASS

Azienda Servizi Sanitari n° 1, Triestina

Distretto sanitario	n° 1
Poliambulatorio	del distretto n° 1
Distretto sanitario	n° 3
Poliambulatorio	del distretto n° 3
CSM	Maddalena
SERT	struttura residenziale e semiresidenziali per le dipendenze da alcool
Extra	
Benchmarking	Hospice per pazienti oncologici critici "Pineta del Carso"
Extra	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura presso l'Ospedale
Benchmarking	Maggiore

Azienda Servizi Sanitari n° 2, Isontina

Ospedale	di Monfalcone
	U.O. Pronto Soccorso
	U.O. Pediatria
	U.O. Ostetricia
	U.O. Medicina
Distretto sanitario	Alto Isontino
Poliambulatorio	del distretto Alto Isontino
CSM	di Gorizia
SERT	di Gorizia

Azienda Servizi Sanitari n° 3, Alto Friuli

Ospedale	di Gemona
	U.O. Area emergenza
	U.O. Chirurgie
	U.O. Medicina
	U.O. Pronto Soccorso
Distretto sanitario	di Tolmezzo
Poliambulatorio	del distretto di Tolmezzo
SERT	di Tolmezzo

Azienda Servizi Sanitari n° 4, Medio Friuli

Ospedale	di San Daniele
	U.O. Ortopedia Traumatologia
	U.O. Cardiologia
	U.O. Pronto Soccorso
	U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione
	U.O. Medicina Generale
Distretto sanitario	Udine
Distretto sanitario	Cividale del Friuli
Distretto sanitario	Codroipo
Poliambulatorio	del distretto di Udine
Poliambulatorio	del distretto di Cividale del Friuli
Poliambulatorio	del distretto di Codroipo
CSM	di Udine Sud

Azienda Servizi Sanitari n° 5, Bassa Friulana

Ospedale	di Palmanova
	U.O. Pediatria
	U.O. Medicina Generale
	U.O. Pronto Soccorso
Ospedale	di Latisana
	U.O. Pediatria
	U.O. Medicina Generale
	U.O. Pronto Soccorso
Distretto sanitario	di Palmanova
Poliambulatorio	del distretto di Palmanova
Distretto sanitario	di Latisana
Poliambulatorio	del distretto di Latisana

Azienda Servizi Sanitari n° 6, Friuli Occidentale

Ospedale	di San Vito al Tagliamento
	U.O. Medicina Generale
	U.O. Ginecologia
	U.O. Pronto Soccorso
	U.O. Pediatria
	U.O. Ortopedia
Ospedale	di Spilimbergo
	U.O. Medicina Generale
	U.O. Pronto Soccorso
Ospedale	Maniago
	U.O. Pronto Soccorso
Distretto sanitario	di Azzano Decimo
Poliambulatorio	del distretto di Azzano Decimo
SERT	di Pordenone
CSM	di Sacile

Azienda Ospedaliera - Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste

Ospedale	Ospedale Cattinara - Trieste
Ospedale	Ospedale Maggiore - Trieste
	U.O. Cardiochirurgia
	U.O. Cardiologia
	U.O. Chirurgia Generale
	U.O. Chirurgia Plastica
	U.O. Chirurgia Toracica
	U.O. Chirurgia Vascolare
	U.O. Clinica Chirurgica
	U.O. Clinica Dermatologica
	U.O. Clinica Medica
	U.O. Clinica Neurologica
	U.O. Clinica Oculistica
	U.O. Clinica Odontoiatrica e Stomatologia
	U.O. Clinica Ortopedica e Traumatologica
	U.O. Clinica Otorinolaringoiatra
	U.O. Clinica Urologica
	U.O. Geriatria
	U.O. I Chirurgica
	U.O. I Medica
	U.O. II Medica
	U.O. Ematologia
	U.O. III Medica
	U.O. Malattie Infettive
	U.O. Medicina Clinica
	U.O. Medicina d'Urgenza
	U.O. Medicina Riabilitativa
	U.O. Nefrologia e Dialisi
	U.O. Neurochirurgia
	U.O. Oncologia
	U.O. Ortopedia e Traumatologia
	U.O. Patologia Clinica
	U.O. Pneumologia

Casa di Cura "San Giorgio" di Pordenone

Ospedale	Casa di Cura "San Giorgio" di Pordenone
	U.O. Chirurgia generale
	U.O. Ortopedia
	U.O. Urologia
	U.O. Otorinolaringoiatria
	U.O. Medicina Generale - Lungodegenza
	U.O. Ostetricia e Ginecologia
	U.O. Terapia del dolore e cure palliative
	U.O. Day-Surgery

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno infantile "Burlo Garofalo" di Trieste

Ospedale	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno infantile di Trieste
	U.O. Chirurgia pediatrica
	U.O. Ostetricia e Ginecologia
	U.O. Chirurgia, sez. di degenza comune

Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone

Ospedale	Santa Maria degli Angeli - sede di Pordenone
	U.O. Medicina Interna 3
	U.O. Pneumologia
	U.O. Chirurgia 2
	U.O. Urologia
	U.O. Degenza breve
	U.O. Otorinolaringoiatria
	U.O. Pediatria
	U.O. Ortopedia
	U.O. Day-Surgery Dipartimentale
	U.O. Cardiologia
	U.O. Ostetricia
Ospedale	Santa Maria degli Angeli - sede di Sacile
	U.O. Medicina Generale

Centro di Riferimento Oncologico di Aviano

Ospedale	Centro di Riferimento Oncologico di Aviano
	U.O. Medicina Generale
	U.O. Oncologia medica a
	U.O. Terapia cellulare e chemioterapia ad alte dosi
	U.O. Oncologia medica B
	U.O. Oncologia medica B-C rt
	U.O. Oncologia chirurgica senologica
	U.O. Oncologia chirurgica
	U.O. Oncologia chirurgica ginecologica
	U.O. Anestesia e terapia intensiva
	U.O. Oncologia radioterapica
	U.O. Radioterapia pediatrica e degenze

Nel primo ciclo non è stato incluso l'Ospedale di Udine in quanto proprio nel periodo dei monitoraggi è stato oggetto della riorganizzazione con la fusione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria.

5.2 Composizione equipe locali

Azienda Servizi Sanitari n° 1, Triestina

Componente dei cittadini Lorenzo Magarotto
 Depta Daniela (Associazione Tutela)
 Milotti Enrico (Associazione Tutela)
 Castellano Andino (MoVI)
 Gherdevich Diana (ADA)
 Sinossi Grazia (AFASOP)
 Micol Olga (AFASOP)
 Panareo Clementina (LILT)
 Sponza Silvio (Lega Consumatori)
 Dubs Katerina (VOLOP)
 Cendach Amelia (VOLOP)
 Ravalicco Silvio (VOLOP)
 Taddeo Gabriella (Associazione Settima Onda)
 Segarich Giuliana (Associazione Settima Onda)
 Menin Rubina (Federconsumatori)

Componente aziendale Lucia Starace
 Candura Chiara
 Ravalicco Rossana
 Spanò Marco
 Sacchi Carlo
 Rossi Fulvia
 Brajnik Barbara

Azienda Servizi Sanitari n° 2, Isontina

Componente dei cittadini Trevisan Alberto
 Bulini Adriana
 Ieusig Giuseppe
 Lucchini Maria
 Santoro Annamaria
 Fontana Rosamaria
 Rossi Manera Maria
 Visintin Luisa

Componente aziendale Gloria Viotto
 Gabriella Cei
 Luisa Giacomini
 Rosella Primosi

Azienda Servizi Sanitari n° 3, Alto Friuli

Componente dei cittadini Duilio Londero, MoVI-FVG
 Laura Forgiarini, AVULSS
 Bruno Lenardis, Centro Anziani Tolmezzo
 Giuseppina Londero, AVULSS Gemona
 Giuseppe Petrin

Armando Vidoni, MoVI-FVG

Componente aziendale
Olga Passera
Beppino Colle
Mauro Baracetti
Antonietta Rossi
Sonia Micelli
Luigino Mauro

Azienda Servizi Sanitari n° 4, Medio Friuli

Componente dei cittadini
Renzo Scarso
Elia Beacco
Giannina Blasutta
Daniela Borghesi
Manlio Cozzolino
Carlo Disnan
Fausta Grattoni
Fernando Mauro
Luigino Moroso
Daniela Portegrandi
Maria Scandariato
Annamaria Sian
Claudio Zanatta

Componente aziendale
Mariacristina Novelli
Caterina Comand
Paola Paschini

Azienda Servizi Sanitari n° 5, Bassa Friulana

Componente dei cittadini
Silvio Padovese
Daniela Borghesi
Franco Chira
Roberto Dal Bello
Claudio Del Sal
Anna Pinzani
Salvatore Saccoia
Daniela Savolet
Giuseppe Sclosa

Componente aziendale
Paola Virgolin
Arianna Sellan
Tullia Zorzi

Azienda Servizi Sanitari n° 6, Friuli Occidentale

Componente dei cittadini Emiliano Ascanio Caruso, Cittadinanzattiva
Mario Magris, TDM
Raffaele Morana, TDM
Fino a maggio 2008:
Giuseppe Morandini, TDM
Vania Mitri, TDM
Attilio Del Canto, TDM
Daniela Fabris
Silvana Polo Grillo, TDM
Dal maggio 2008:
Giuseppe Crisci, Cittadinanzattiva

Componente aziendale Dott. Marco Castelletto
Dott. Paolo Andrian
Dott.ssa Silvana Corona
Sig.ra Barbara Righetti
Sig.ra Lucia Penello
Cpse Catia Cassin
Cpse Agnese D'Andrea

Azienda Ospedaliera - Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste

Componente dei cittadini Bortolozzo Benito, Lega Consumatori A.C.L.I.
Menin Rubina, Federconsumatori
Anna Gelletti, Tribunale per i Diritti del Malato
Nadia Bossi Clocchiatti, Associazione Volontari Ospedalieri
Lory Gambassini, Comitato Donne Trieste
Silvio Sponza, Lega Consumatori A.C.L.I.
Santina Contento, Assodiabetici
Margherita Bertoli, Associazione ADOSITALIA

Componente aziendale Braico Loredana
Franca Corda
Castellani Gabriella
Iez Grazia
Orel Daniela
Zaccaria Liviana

Casa di Cura "San Giorgio" di Pordenone

Componente dei cittadini Emiliano Ascanio Caruso, Cittadinanzattiva
 Mario Magris, TDM
 Raffaele Morana, TDM
Fino a maggio 2008:
 Giuseppe Morandini, TDM
 Vania Mitri, TDM
 Attilio Del Canto, TDM
 Daniela Fabris
 Silvana Polo Grillo, TDM
Dal maggio 2008:
 Giuseppe Crisci, Cittadinanzattiva

Componente aziendale Ennio Gallo
 Lucia Amarilli
 Elena di Mizio
 Elizabeth Galiazzo

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno infantile "Burlo Garofalo" di Trieste

Componente dei cittadini Menin Rubina,
 Fantuzzi Serena
 Sidari Alfredo

Componente aziendale Fontanot Donatella
 Messi Gianni
 Laura Novello

Azienda ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone

Componente dei cittadini Emiliano Ascanio Caruso, Cittadinanzattiva
 Mario Magris, TDM
 Raffaele Morana, TDM
Fino a maggio 2008:
 Giuseppe Morandini, TDM
 Vania Mitri, TDM
 Attilio Del Canto, TDM
 Daniela Fabris
 Silvana Polo Grillo, TDM
Dal maggio 2008:
 Giuseppe Crisci, Cittadinanzattiva

Componente aziendale Eva Fiappo
 Ida Zanin,
 Giampiero Polesel
 Carmen Battistella
 Elena Sacchetto

Centro di Riferimento Oncologico di Aviano

Componente dei cittadini	Emiliano Ascanio Caruso, Cittadinanzattiva Mario Magris, TDM Raffaele Morana, TDM Fino a maggio 2008: Giuseppe Morandin, TDM Vania Mitri, TDM Attilio Del Canto, TDM Daniela Fabris Silvana Polo Grillo, TDM Dal maggio 2008: Giuseppe Crisci, Cittadinanzattiva
Componente aziendale	Morassut Sandro Pitton Maurizio Valentini Maria Grazia